ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.4 July - August 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลเขาวง 1
ยุวดี คาดีวี ,วิชชุนี ละม้ายศรี

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม 10
ดารุณี นิมมิตตานนท์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 17
นันทิยา มาตรา

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus:HPV) ในผู้รับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี 27
ไพศรี ตรีผลพันธุ์

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสกลนคร 37
ขวัญจิตร์ มุงคุณ ,วิภา แก้วเคน ,วีรศักดิ์ มุงคุณ

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กระบวนการผลิตน้ำแข็ง ณ โรงงานน้ำแข็งสมุทรปราการ 44
กิตติเทพ เครือชะเอม ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,วรานนท์ คงสง ,อนุวัต เจริญสุข ,มงคง รัชชะ ,สมพร ธเนศวาณิชย์ ,วันเพ็ญ วิโรจกูฏ

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือนที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 52
วนิดา ชะเอม

การติดตามตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมและการประเมินความเสี่ยง ในโรงงานผลิตน้ำดื่ม – กรณีศึกษา 61
สุดา สินสุวรรณรักษ์ ,ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช ,เสรีย์ ตู้ประกาย

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 70
อารียา พิสัยพันธ์ ,ลักขณา สุวรรณรอด ,ขวัญกัลยา ปุนนา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี 82
ถนอม ผิวหอม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 90
กรรณิกา แสงนิลาวิวัฒน์ ,เกสร สำเภาทอง

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่ กรณีศึกษา การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว 98
อดุลย์ จุลบุตร ,ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,มงคล รัชชะ ,สมพร ธเนศวานิชย์

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลหนองคาย 108
วิวัฒนา สุขทองสา ,พัชรี จิตรกูลสัมพันธ์

ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 117
อุทัยวรรณ พนาลิกุล ,มุกดา แก้วกัญหา

การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน จังหวัดหนองคาย 125
วิไลพร แก้วฝ่าย ,สมถวิล ศรีสวัสดิ์ ,พรรณิภา ไชยรัตน์

ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี 134
สนทยา สิงห์นิกร

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 142
ขวัญตา สิงห์นิกร ,อัจฉรา คงสมฤทธิ์ ,สุภาวดี กัญญาบุญ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพ ตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 150
นิตยา บริสุทธิ์สุขศรี

โปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 160
ศรีสุดา เรืองวุฒิเดช.

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การบาบัดทดแทนทางไต ด้วยวิธีการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย 168
ทัศวรรณ บุรีขันธ์

การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบาราศนราดูร 177
ศิริกานต์ อัมพรอารีกุล

การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 184
วิลาลักษณ์ ปุรัตถิภาค

การศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 196
ณิภา แสงกิตติไพบูลย์ ,อนงค์ สง่าเนตร ,ประภาภรณ์ ตาบุดดา

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น 205
จิตเกษม เบ็ญจขันธ์

ผลของรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร 214
เบญจมภัทร เงินปาน

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของพนักงานในสถานประกอบการ กรณีศึกษา สถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี 225
สุพิชญา ไชยรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ: กรณีศึกษา 2 ราย 234
วรัญญา ไชยะวงษ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ : กรณีศึกษา 2 ราย 243
พรรณี แสนสีหา

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 251
นิรมิด กิจขยัน

การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว 260
กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย ,จาเนียร สุวรรณชาติ ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว 269
ลอองจันทร์ คาภิรานนท์ ,,เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ ,จาเนียร สุวรรณชาติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 278
อรทัย ศิวบวรวัฒนา

การศึกษาประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษา ศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) 290
พิณทิพ ช้างเผือก ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์ ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย ,ชญานิษฐ์ วิทยาภิรมย์ และมงคล รัชชะ

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา 298
สุริยา เพ็งพานิช

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี 307
ยุภาพร ทรงศรี ,ชลการ ทรงศรี ,จตุฤทธิ์ พรมศาลา

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 318
สุภารัตน์ วัฒนา

การประเมินผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู 328
พิมลพรรณ ศรีภูธร ,ปิยะวัฒน์ ประภูชะกา ,อภิญญา โพธิ์ยั่งยืน

ความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทางานของพนักงานเก็บขยะ หลังสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 337
จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล ,ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ ,ประยุกต์ เดชสุทธิกร ,เสาวลักษณ์ อนันตะบุตร

ผลของกระบวนการให้คำปรึกษาในการทาพินัยกรรมชีวิตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 345
จีระวดี พุทธาสมศรี ,รัศมี จิตโม้มา ,ชลการ ทรงศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ 355
นพดล พิมพ์จันทร์

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย 338
พัชชรี เกษแก้ว

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา 375
รุ่งตะวัน แสนยะบุตร

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ 385
นิ่มนวล หาญสิทธิ์ ,กนกวรรณ พลหงษ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลงอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี 395
ชลธาร ทองแสง ,อารี บุตรสอน ,อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

ผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 407
วันวิสา บุญยืนมั่น

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 416
พรรณีย์ โอษคลัง

ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2567 423
สุภัทรา สายันเกณะ

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสาหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี 432
จิรวดี อำนาจบุดดี

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎรธานี 438
กามีละห์ ยะโกะ ,เนตรนภา ธนพัฒน์ ,คันธรส สุขกุล

การศึกษาคุณภาพน้าทิ้งจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 448
จิราพร ข้าจันทร์ ,จาตุรนต์ กัณทะธง ,ภาณุวัฒน์ ทวีกุล ,เสกสรรค์ ทองติ๊บ ,อรัณย์ภัค พิทักษ์พงษ์

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 459
พันธุ์ทิพย์ ภักดีพัฒนาทร ,ประยูร ภักดีพัฒนาทร

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 471
ธวัช จันแดง.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 478
ธวัช จันแดง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ 485
ผกาภรณ์ แช่มศรี

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR เพื่อประเมินความเสี่ยงของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 497
พิชยา จันทร์อบ

การพัฒนาแนวทางบริการสุขภาพสาหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านบุขี้ตุ่น ตาบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 507
นวลฉวี อารยะศิลปธร

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น จังหวัดเลย 515
เพ็ญสุดา ไชยเมือง ,พรรณี บัญชรหัตถกิจ ,ทัศพร ชูศักดิ์ ,รัฐพล ศิลปรัศมี

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน 526
สมศรี ภูแพง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี .. 535
กัลยาลักษณ์ กองแก้ว ,กิตติ เหลาสุภาพ

รูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนาชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 544
สุเทพ ภูนาเหนือ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส 552
ราตรี หะนุรัตน์

ผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม 559
พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ ,นันทยา นนเลาพล ,มนันยา มณีปกรณ์ ,ปริชาติ แพนพา ,พรสวรรค์ นาวงศ์หา ,ขวัญยืน กมลเรือง

ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทในผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกฉับพลันในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลกู่แก้ว โรงพยาบาลทุ่งฝนและโรงพยาบาลไชยวาน 567
ดวงฤทัย โนวฤทธิ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ 575
นันทยา นนเลาพล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครพนม 585
อรวรรณ แสนลัง ,พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์

ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 595
ชัญญ์นิฏฐ์ วงศ์อุดมกอง ,สุภาพร สุวรรณวงษ์ ,ขวัญกัลยา ปุนนา ,อิศริณ อินทรวิเชียร

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย : กรณีศึกษา 606
จันทนา คูณสวัสดิ์

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 615
เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส 623
นฤมล ปิ่นพรม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคาใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 630
ยุทธศาสตร์ ภูวิชัย

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันเนื่องจากภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 643
จริยาพร สังข์มณีโชติ

การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ 654
ถมญาณี โชติการณ์ ,ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ ,วิภาวี เหล่าจตุรพิศ1

การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 665
ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ,อรรถวิทย์ เนินขัด ,เกรียงไกร ประจัญศรี

สมองอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus type 2 672
ลลิดา วุฒิพลากร

บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการร่วมบังคับใช้กฎหมายช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง :กรณีศึกษา 677
สุรชัย สินธวาชีวะ

แนวทางพัฒนาการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ 686
ขวัญชาติ สายน้อย ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐม 698
จุไรรัตน์ จิรภัทรโชติมณี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ... 708
นิติรัฐ นาให้ผล

แนวทางการจัดการขยะในโรงแรมห้าดาวในจังหวัดภูเก็ต 718
พชรวร ลิมปัธฐานนท์ ,ธันวา ใจเที่ยง ,จุฑามาศ เจียมสาธิต2

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ 727
ภาดล จันทพรม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก และกระดูกหักหลายตำแหน่ง : กรณีศึกษา . 738
รัตนาภรณ์ ศรีเสงี่ยม

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: การก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน 749
ภฤศมน แจ่มสว่าง ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์ ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย ,ชญานิษฐ์ วิทยาภิรมย์ ,มงคล รัชชะ

รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดนประเทศไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 760
วรวัตต์ ชาญวิรัตน์ ,พรชรัฐ สายยุทธ ,พรชนก เพ็ญศรี

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 769
วรวรรธน์ แก้ววิเชียร

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกาหนด : กรณีศึกษา 2 ราย 779
สุจิตรา สมวงษา

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 789
ธนาพร ปะตาทะโย

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี 796
บรรเทิง พลสวัสดิ์ ,อรทัย พินสุวรรณ์ ,ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ ,บุญรักษ์ เชิงชุมพิทักษ์ ,พัชรี ใจการุณ ,เพชรไทย นิรมานสกุลพงษ์

บทบาทพยาบาลในการให้คาปรึกษาสตรีตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองและป้องกันกลุ่มอาการดาวน์: กรณีศึกษา 809
เพ็ญ จิระชีวะนันท์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 821
จุฑามาศ แก้วจันดี ,ถิรดา สุจันทร์ ,กาญจนา ขันตี ,เรียมลัดดา พิมพ์ทอง ,อิสราภรณ์ เฉลิม ,วิชชุดา พิสัย ,สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 เชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 829
ประภัสสร แสงฟ้าสกุลไท

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 28 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสม การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา ผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ การให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมและการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย การจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ อาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือด การตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพ การเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ การดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดาอักเสบในทารกแรกเกิด การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการ ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ ปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียม ผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน การป้องกันอันตรายจากการทางานของพนักงานเก็บขยะ การทาพินัยกรรมชีวิตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน บริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสาหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด บริการสุขภาพสาหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.4 July - August 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART I

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลเขาวง 1
ยุวดี คาดีวี ,วิชชุนี ละม้ายศรี

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม 10
ดารุณี นิมมิตตานนท์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 17
นันทิยา มาตรา

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus:HPV) ในผู้รับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี 27
ไพศรี ตรีผลพันธุ์

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสกลนคร 37
ขวัญจิตร์ มุงคุณ ,วิภา แก้วเคน ,วีรศักดิ์ มุงคุณ

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กระบวนการผลิตน้ำแข็ง ณ โรงงานน้ำแข็งสมุทรปราการ 44
กิตติเทพ เครือชะเอม ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,วรานนท์ คงสง ,อนุวัต เจริญสุข ,มงคง รัชชะ ,สมพร ธเนศวาณิชย์ ,วันเพ็ญ วิโรจกูฏ

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือนที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 52
วนิดา ชะเอม

การติดตามตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมและการประเมินความเสี่ยง ในโรงงานผลิตน้ำดื่ม – กรณีศึกษา 61
สุดา สินสุวรรณรักษ์ ,ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช ,เสรีย์ ตู้ประกาย

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 70
อารียา พิสัยพันธ์ ,ลักขณา สุวรรณรอด ,ขวัญกัลยา ปุนนา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี 82
ถนอม ผิวหอม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 90
กรรณิกา แสงนิลาวิวัฒน์ ,เกสร สำเภาทอง

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่ กรณีศึกษา การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว 98
อดุลย์ จุลบุตร ,ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,มงคล รัชชะ ,สมพร ธเนศวานิชย์

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลหนองคาย 108
วิวัฒนา สุขทองสา ,พัชรี จิตรกูลสัมพันธ์

ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 117
อุทัยวรรณ พนาลิกุล ,มุกดา แก้วกัญหา

การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน จังหวัดหนองคาย 125
วิไลพร แก้วฝ่าย ,สมถวิล ศรีสวัสดิ์ ,พรรณิภา ไชยรัตน์

ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี 134
สนทยา สิงห์นิกร

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 142
ขวัญตา สิงห์นิกร ,อัจฉรา คงสมฤทธิ์ ,สุภาวดี กัญญาบุญ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพ ตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 150
นิตยา บริสุทธิ์สุขศรี

โปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 160
ศรีสุดา เรืองวุฒิเดช.

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การบาบัดทดแทนทางไต ด้วยวิธีการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย 168
ทัศวรรณ บุรีขันธ์

การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบาราศนราดูร 177
ศิริกานต์ อัมพรอารีกุล

การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 184
วิลาลักษณ์ ปุรัตถิภาค

การศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 196
ณิภา แสงกิตติไพบูลย์ ,อนงค์ สง่าเนตร ,ประภาภรณ์ ตาบุดดา

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น 205
จิตเกษม เบ็ญจขันธ์

ผลของรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร 214
เบญจมภัทร เงินปาน

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของพนักงานในสถานประกอบการ กรณีศึกษา สถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี 225
สุพิชญา ไชยรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ: กรณีศึกษา 2 ราย 234
วรัญญา ไชยะวงษ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ : กรณีศึกษา 2 ราย 243
พรรณี แสนสีหา

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 251
นิรมิด กิจขยัน

การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว 260
กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย ,จาเนียร สุวรรณชาติ ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว 261
ลอองจันทร์ คาภิรานนท์ ,,เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ ,จาเนียร สุวรรณชาติ

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 28 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสม การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา ผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ การให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมและการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย การจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ อาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือด การตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพ การเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ การดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดาอักเสบในทารกแรกเกิด การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการ ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ ปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียม ผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน การป้องกันอันตรายจากการทางานของพนักงานเก็บขยะ การทาพินัยกรรมชีวิตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน บริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสาหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด บริการสุขภาพสาหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลเขาวง

Effects of the program applying the theory of PRECEDE-PROCEED model to health behavior change in patients with type 2 diabetes cannot control their blood sugar Khao Wong Hospital.

(Received: July 29,2024 ; Revised: August 7,2024 ; Accepted: August 8,2024)

ยุวดี คาดีวี [1] วิชชุนี ละม้ายศรี[1]
Yuwadi Kadeevee[1] Witchunee Lamaisri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง วิธีการดำเนินการวิจัย ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน และได้รับการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามและการจดบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอ้างอิง (t-test, chi-square, repeated-measures analysis of variance)

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรม น้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมมีค่าขนาดอิทธิพลปานกลางถึงสูง ผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองสามารถรักษาพฤติกรรมสุขภาพคงอยู่นาน 12 เดือน

คำสำคัญ : PRECEDE-PROCEED model การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the results of the theory application program. PRECEDE-PROCEED model for changing health behaviors in patients with type 2 diabetes who cannot control their sugar. Khao Wong Hospital How to conduct research People with type 2 diabetes who met the criteria were randomly assigned to a sample of 120 people, and 60 people were randomly assigned to an experimental group and 60 people to a control group. The experimental group received a theory application program. PRECEDE-PROCEED model for changing health behaviors in patients with type 2 diabetes who cannot control their sugar. while the control group received normal care. Data were collected by answering questionnaires and taking notes. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean and standard deviation) and reference statistics (t-test, chi-square, repeated-measures analysis of variance).

Research results: The experimental group had knowledge, behavior, and blood sugar. Accumulated sugar was significantly better than the control group. The program has a medium to high influence value. People with diabetes in the experimental group were able to maintain healthy behaviors for 12 months.

Keywords: PRECEDE-PROCEED model, health behavior change, Patients with type 2 diabetes who cannot control their sugar.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุการเกิดเบาหวานเกิดได้หลายปัจจัย ที่สำคัญคือสาเหตุจากกรรมพันธุ์และความอ้วนและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานนอกจากพันธุกรรมแล้ว สาเหตุที่สำคัญคือรูปแบบการดำเนินชีวิต สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนกว่า 5 ล้านคน หรือเปรียบเทียบ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปกำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้เพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยเสียชีวิตมากถึง 200 รายต่อวัน จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 7 พบความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 8.11 ได้รับการวินิจฉัยและอยู่ในระบบดูแลรักษาของหน่วยบริการภาครัฐ ร้อยละ 67.54[1]

เช่นเดียวกับสถานการณ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จำนวน 56,298, 58,497 และ 60,136 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี จำนวน 10,926 ,12,570 และ 14,429 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.41 , 21.49 และ 23.99 ตามลำดับ และพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,770 ,1,474 และ 1,245 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.14, 2.52 และ 2.07 ตามลำดับ และสถานการณ์ของโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 2,766 , 2,812 และ 2,834 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.31 , 9.64 และ 9.87 โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี จำนวน 640 , 626 และ 609 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 23.13 , 22.26 และ 21.48 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มลดลงและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 2,126 , 2,186 และ 2,225 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 76.86, 77.73และ 78.51[2]

วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตอำเภอเขาวง มีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพการทำงานเป็นสำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีอาชีพทำนา เกษตรกรรม ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ทอผ้า ทำเครื่องจักสาน และไม้กวาด ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และต้องทำงานประมาณ 10- 12 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เช่น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนจากปรุงอาหารทานเองเป็นอาหารถุง เกิดความเครียด ขาดการจัดสรรเวลาในการออกกำลังกาย และพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น การแกไขปัญหาดังกล่าวจึงต้องส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญา และพฤติกรรมของบุคคล[3] การนำหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวมาใช้ในการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันที่ลดลง โดยมีการจัดการในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด[4] ในประเทศเม็กซิโกมีการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกายควบคู่กับการบันทึกด้วยตนเอง โดยมีนักสุขภาพเป็นผู้ที่คอยสนับสนุน อีกทั้งมีการประยุกต์ใช้วัฒนธรรมของท้องถิ่นและทรัพยากรในชุมชนมาร่วมสนับสนุน และมีการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักโดยเพิ่มทัศนคติในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการผสมผสานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าไปด้วย[5]

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเบาหวาน

และบุคคลกรสุขภาพที่เกี่ยวข้องเช่น แพทย์ พยาบาล และโภชนากร เป็นต้น เป้าหมายของการรักษาพยาบาลคือการช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคและอายุ ซึ่งทำได้โดยการสนับสนุนให้ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การป้องกันภาวะ แทรกซ้อน การเสริมความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ตลอดจนการกระตุ้นให้ผู้เป็นเบาหวานคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเช่น การงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์การรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม[6] ความรู้และทักษะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค เมื่อผู้เป็นเบาหวานจัดการตนเองได้ดีจะส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปในทางที่ดีขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความสำคัญและจำเป็นมากสำหรับผู้เป็นเบาหวาน เพราะการควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมายจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง หากลดค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ได้ร้อยละ 1 จะสามารถลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 33 และลดอัตราตายที่เกิดจากเบาหวานได้ร้อยละ 27[7]

กล่าวได้ว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ดังกล่าวมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model[8] ซึ่งเป็นเครื่องมือวินิจฉัยสาเหตุจากพฤติกรรมที่สำคัญ สามารถสร้างเป็นกรอบแนวคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานแบบสหปัจจัยได้อย่างครอบคลุม โดยมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม และปัจจัยเสริมที่ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งเป็นผลจากการกระทำของตนเอง[10] การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่นิยมศึกษาเชิงความสัมพันธ์และการทำนายและพบงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวนน้อยมาก[11] นอกจากนี้ ยังไม่พบการประยุกต์ใช้ในการแก้ไขพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีบริบทและวิถีในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากประชาชนทั่วไป ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลเขาวง ซึ่งอาจนำไปสู่รูปแบบสำเร็จรูปภายใต้บริบทของโรงพยาบาลเขาวง ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. เพื่อประเมินความแตกต่างของดัชนีสุขภาพ (น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลสะสม) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1.กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำด้านมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ต้องการ ปัจจัยเสริมด้านการเสริมแรงทางบวกมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและดัชนีมวลกายลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร

$N = 2[(Z\alpha + Z\beta)\ \sigma]2/d2$

กำหนดค่า $Z\alpha = 1.96$ เมื่อ $\alpha = 0.05$ (2 tailed) $Z\beta = 0.80$ เมื่อ $\beta = 0.2$ (power = 80%) σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีค่า 1.75 (ข้อมูลส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่า HbA1C ของผู้เป็นเบาหวานในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลเขาวง ที่ผู้วิจัยได้เฝ้าติดตาม ก่อนทำการศึกษาในครั้งนี้) d = ค่าความแตกต่างของค่า HbA1C ของผู้เป็นเบาหวานกลุ่มทดลองและควบคุมที่ถือว่า มีนัยสำคัญทางคลินิกมีค่าเท่ากับร้อยละ 1

จากสูตรดังกล่าว คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอีกร้อยละ 20 (10 คน) เผื่อการสูญหายของข้อมูลในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาออกจากการศึกษาก่อนเวลา ดังนั้นจะมีกลุ่ม ตัวอย่างเท่ากับ 60 คนต่อกลุ่มโดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) >7

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 40 ปี 2) เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประวัติการตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษ 3) มีผล HbA1C มากกว่าร้อยละ 7.00 อย่างน้อยในรอบปีที่ผ่านมา 4) มีสติสัมปชัญญะดี เข้าใจภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 5) สามารถดูแลตนเองโดยไม่ต้องพึงพาผู้อื่น

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจวายรุนแรงหรือภาวะคีโตแอสิโดซิส หรือมีเหตุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานหรือมีอุปสรรคอื่น ๆ ที่อาจทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่ม (random sampling) โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างมา 120 คนจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (random assignment) โดยวิธีการจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆ ละ 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ประกอบด้วยบทเรียนให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะการจัดการปัญหา การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ บทเรียนมีทั้งหมด 10 บท แต่ละบทใช้เวลา 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้ บทที่ 1 เรื่องโรคเบาหวาน บทที่ 2 เรื่องภาวะแทรกซ้อน บทที่ 3 เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ บทที่ 4 เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน บทที่ 5 เรื่องการควบคุมไขมันและโซเดียม บทที่ 6 เรื่องการเลือกกินเมื่ออยู่นอกบ้าน บทที่ 7 เรื่องฉลากอาหาร บทที่ 8 เรื่องการออกกำลังกาย บทที่ 9 เรื่องการติดตามและควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง และบทที่10 เรื่องทำอย่างไรไม่ให้ถูกตัดขา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามข้อมูลด้าน ประชากร 5 ข้อ ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ 6 ข้อ และข้อมูลด้านสุขภาพ 5 ข้อ รวม

คำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ คำถามเป็นคำถามแบบปรนัย ให้เลือกตอบหรือเป็นคำถามปลายเปิด ให้ตอบสั้นๆ

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งครอบคลุมความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน อาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 50 ข้อ เป็นคำถามปรนัยที่มีตัวเลือก 3 ตัว ตอบถูกได้1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 50 คะแนนโดยผู้ได้คะแนนสูงถือว่ามีความรู้ดีกว่าผู้ได้คะแนนต่ำ

3. แบบประเมินพฤติกรรมจัดการเบาหวานด้วยตนเอง จำนวน 37 ข้อ เป็นคำถามปรนัยให้เลือกตอบจาก ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้คะแนน 1, 2, 3 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 111 คะแนนโดยผู้ได้คะแนนสูง ถือว่ามีพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองดีกว่าผู้ได้คะแนนต่ำ

4. แบบบันทึกการควบคุมเบาหวานเป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับดัชนีสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งเจาะจากปลายนิ้ว (fasting blood sugar, FBS) ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ความดันโลหิตขณะบีบและคลายตัว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น น้ำตาลในกระแสเลือดสูง/ต่ำ รวมถึงปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองและแผนการสอนได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากแพทย์เฉพาะทางสาขาต่อมไร้ท่อและเมตาบอริซึ่ม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน โภชนากรและนักสุขศึกษา รวม 4 คน ส่วนแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยจากการ ทบทวนวรรณกรรมได้รับการตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (context validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.92, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบประเมินไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิและทดสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยคำนวนค่า Kuder Richadson 20 ได้เท่ากับ 0.85 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมจัดการเบาหวานด้วยตนเองโดยคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ t-test, chi-square, repeated-measures analysis of variance

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ 95/2564

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 120 คน จัดอยู่ในกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน ผู้เข้าร่วม ข้อมูลส่วนบุคคลด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มทดลอง มีดังนี้ อายุเฉลี่ย 56.5ปี เป็นเพศหญิง 43 คน (ร้อยละ 71.67) เพศชาย 17 คน (ร้อยละ 28.33) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มาจากครอบครัวเดี่ยว 55 คน คิดเป็น ร้อยละ 91.66 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 48 คน คิดเป็นร้อยละ 81.66 นับถือศาสนาพุทธ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 55 คน คิดเป็นร้อยละ 91.66 รายได้มาจากการทำนาขายข้าวนาปี 50 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 เพียงพอต่อการดำรงชีวิต 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71.66

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มควบคุม มีดังนี้ อายุเฉลี่ย 52.38ปี เป็นเพศหญิง 50 คน (ร้อยละ 83.33) เพศชาย 10 คน (ร้อยละ 16.67) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส

จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 81.66. มาจากครอบครัวเดี่ยว 53 คน คิดเป็น ร้อยละ 88.33 จบการศึกษาระดับปฐมศึกษา 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71.67 นับถือศาสนาพุทธ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 53 คน คิดเป็นร้อยละ 88.33 รายได้มาจากการทำนาขายข้าวนาปี 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.33 เพียงพอต่อการดำรงชีวิต 40 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66

ข้อมูลด้านสุขภาพด้านการรับรู้ว่าเป็นโรค พบว่า กลุ่มทดลองรับรู้ว่าเป็นเบาหวานเฉลี่ย 14.47 ปี(SD = 9.36) ส่วนกลุ่มควบคุมรับรู้ว่าเป็นเบาหวานเฉลี่ย 12.22 ปี (SD = 9.76) กลุ่มทดลอง รับรู้ว่าภาวะโรคของตนเองมีความรุนแรงน้อย ปานกลางและมาก คิดเป็นร้อยละ 6.8 ร้อยละ 22.2 และร้อยละ 21.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมรับรู้ว่าภาวะโรคของตนเองมีความรุนแรงน้อย ปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 2.6 ร้อยละ 34.2 และร้อยละ 12.8 ตามลำดับ

ด้านการรักษาโรค พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 23.1 รักษาโรคด้วยการรับประทานยา ร้อยละ 23.1 รับประทานยาร่วมกับการฉีดอินสุลิน และร้อยละ 4.3 ด้วยการฉีดอินสุลิน ในส่วนของกลุ่มควบคุม พบว่า ร้อยละ 24.8 รักษาด้วยการรับประทานยา ร้อยละ 19.7 รับประทานยาร่วมกับการฉีดอินสุลิน และร้อยละ 5.1 ด้วยการฉีดอินสุลิน ในรอบปีที่ผ่านมากลุ่มทดลองเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 1.44 ครั้ง (SD = 2.24) ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคแล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่พบเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ตามัว (ร้อยละ 67.8) หลอดเลือดสมองและหัวใจตีบ/อุดตัน (ร้อยละ 15.3) ไตวาย (ร้อยละ 5.1) และตัดนิ้วเท้า (ร้อยละ 3.4) ในขณะที่กลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 1.22 ครั้ง (SD = 1.86) ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคแล้วเช่นกัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ตามัว (ร้อยละ 58.6) หลอดเลือดสมองและหัวใจตีบ/อุดตัน (ร้อยละ 10.3) ไตวาย (ร้อยละ5.2) และตัดนิ้วเท้า (ร้อยละ3.4) ผู้วิจัยทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจและสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแรกรับ พบว่าข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมก่อนเข้าโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูล เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลด้านความรู้ พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพแรกรับเข้าโครงการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยทดสอบความแตกต่างของความรู้ พฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง FBS และ HbA1C ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้พฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง FBS และ HbA1C ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 16.65$, $p < .001$, effect size = .43) และคะแนนพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.34$, $p < 0.001$, effect size = .46) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมในเดือนที่ 3, 5, 7, 9 และ 12

FBS ของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.72$, $p < 0.05$, effect size = .21) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน FBS ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมใน เดือนที่ เดือนที่ 3, 5, 7, 9 และ 12

เมื่อทดสอบความแตกต่างของดัชนีสุขภาพตัวอื่นๆ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI เส้นรอบเอว และความดัน โลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วม โครงการ พบว่า ค่าดัชนีสุขภาพเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ.05

จากการเยี่ยมบ้านพบว่าอุปสรรคที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานในการศึกษานี้ไม่สามารถควบคุม FBS ได้ ตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องได้แก่ 1) การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ทั้งในรูปของการรับประทานอาหารไม่ถูกตามหลักโภชนาการ หรือรับประทานบางมื้อมากกว่าปกติ เช่น ผู้เป็นเบาหวานบางคนชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและนมปรุงแต่งรสหวานเป็นอาหารเช้า แทนอาหารปกติในขณะที่บางส่วนไปงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อย ทำให้รับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย 2) วิถีชีวิตรวมถึงการทำงานเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานไม่ตรงเวลา งดอาหารเมื่อเลยเวลาหิว เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพขายของชำหรือขายอาหารตามสั่ง มักอดอาหารบางมื้อเป็นประจำโดยเฉพาะช่วงใกล้มื้ออาหารเนื่องจากยุ่งมากจนไม่มีเวลารับประทานอาหาร เมื่อเลยเวลาอาหารไปสักระยะก็ไม่รู้สึกหิว ทำให้ไม่อยากรับประทานเป็นผลให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำบ่อย 3) การไม่ออกกำลังกายทำให้เกิดการสะสมของพลังงานที่มากไป ส่งผลให้ควบคุมน้ำตาลไม่ดี การเยี่ยม บ้านจึงเป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเข้าใจผู้รับบริการตามสถานการณ์และบริบทต่าง ๆ กัน พยาบาลรับรู้ปัญหาของผู้เป็นเบาหวานได้ดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาในการสนทนาและรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกตลอดจนมองเห็นภาพวิถีชีวิตของผู้รับบริการมากขึ้น การเยี่ยมบ้านเปิดโอกาสให้พยาบาล และผู้เป็นเบาหวานได้ร่วมกันคิดหาหนทางแก้ปัญหาเพื่อให้การควบคุมน้ำตาลเป็นไปตามเป้าหมาย

สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง นี้มีส่วนช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้และทักษะที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถจัดการเบาหวานด้วยตนเองตลอดจนแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการควบคุมน้ำตาลในร่างกายได้ดีขึ้นซึ่งสะท้อนให้เห็นจากค่า FBS ที่ลดลงเช่นเดียวกับโปรแกรมอื่น ๆ ที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถจัดการเบาหวานด้วยตนเอง[12] โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษานี้แตกต่างจากโปรแกรมอื่นเนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ออกแบบภายใต้กรอบแนวคิด precede proceed model ที่ใช้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (ปัจจัยนำ) การฝึกทักษะการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง (ปัจจัยเอื้อ) การสนับสนุนจากพยาบาลที่ช่วยทบทวนความรู้และเสริมทักษะที่พร่องไป การกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้เป็นเบาหวาน (ปัจจัยเสริม) รวมถึงการเน้นให้ผู้เป็นเบาหวานรับรู้สมรรถนะของตนเองจากการปฏิบัติจริง การได้สนทนากับผู้เป็นเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการควบคุม FBS การได้รับแรงสนับสนุนบวกจากพยาบาลและการคาดหวังผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้เป็นเบาหวาน สามารถจัดการเบาหวานด้วยตนเองได้ดีขึ้น เป็นการแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาภายใต้ precede proceed model ใช้ได้ผลดีและการทดสอบทางสถิติยังย้ำให้เห็นว่าโปรแกรมมีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ปานกลางถึงสูง และผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองสามารถรักษาระดับ FBS ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมยาวนานถึง 12 เดือน ถือเป็นงานวิจัยที่มีการจัดกระทำและติดตามผลระยะยาว

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (random sampling) จากประชากรในขั้นแรกและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มที่ศึกษา (random assignment) ในขั้นต่อไป วิธีการสุ่มทำให้ประชากรมีโอกาสได้รับเลือกเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเท่าเทียมกัน เป็นการลดอคติ(bias) ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร เพิ่มความตรงภายนอก (external validity) นั่นคือ เพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาสู่ประชากรที่ เป็นเบาหวานในเขตชุมชนเมืองได้นอกจากนี้การสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมยังเพิ่มความตรง ภายใน

(internal validity) ความแตกต่างที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มเป็นผลมาจากการได้รับหรือไม่ได้รับโปรแกรม ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมสามารถควบคุม FBS ได้จริง

โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นี้ออกแบบโดยเน้นการเรียนรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งมีการศึกษาสนับสนุนว่ามีประโยชน์ต่อผู้เป็นเบาหวาน[5] กิจกรรมในโปรแกรมจะเข้มข้นมากในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากนั้นอีก 9 เดือนเป็นเวลาของการนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน โดยมีพยาบาลซึ่งอยู่ในทีมวิจัยคอยช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้เป็นเบาหวานจัดการตนเองได้และดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข การใช้กระบวนการกลุ่มระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นช่องทางหนึ่งที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ความรู้สึกและประสบการณ์ของกันและกัน ได้รับแรงสนับสนุนและกำลังใจด้วยกัน ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความรู้สึกดีและมีพลังใจในการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ให้ดียิ่งขึ้นไป โปรแกรมนี้ผนวกการเยี่ยมบ้านเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (บ้านของกลุ่มตัวอย่าง) ทำให้พยาบาลเข้าใจบริบทและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีส่วนส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานและพยาบาลมีโอกาสร่วมประเมินปัญหาใหม่ ร่วมคิดและร่วมวางแผนจัดการปัญหาต่าง ๆ ในแง่มุมใหม่ที่สอดรับกับบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผลจากการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้เป็นเบาหวานส่วนหนึ่งจัดการเบาหวานด้วยตนเองได้ดีขึ้น[9] มีความประทับใจในบริการที่ได้รับจากวิชาชีพพยาบาลมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้นอกจากจะมีประโยชน์ต่อผู้เป็นเบาหวานแล้วยังมีประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล ทำให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง โดยเฉพาะด้านการจัดการรายกรณี (case management) และการประสานความร่วมมือ (collaboration) ระหว่างแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาล (clinical nurse specialist) และพยาบาลชุมชน (nurse practitioner) ซึ่งล้วนมีส่วนช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมกับภาวะของโรคและเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมสามารถประยุกต์ใช้กับหน่วยงานอื่นที่มีการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 7 ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2563.
2. โรงพยาบาลเขาวง, รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลเขาวง, 2563
3. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
4. พรพนิต ปวงนิยม. ผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.), มหาวิทยาลัยบูรพา, 2552.
5. Norris S, Engelgau M, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2001; 24(3):561-87.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2012. Diabetes Care. 2011;35 (Suppl): S11-S63.
7. Holman RR, Paul SK, Bethel MA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Eng J Med. 2008; 359:1577-89.
8. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. Boston: McGraw-Hill: 2005.

9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2553.
10. Powwattana, P. and et al. Health promotion and disease prevention in community:an application of concepts and theories to practice. 3rd ed. Khon Kaen. Klungnana Vitthaya Press. 2013.Thai.
11. Ua-Kit, N. and Pensri, L. Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019;12: 38-48. Thai.
12. Phanwattana, P. Food consumption behavior of working age people in Bangkok. The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. 2019;26: 93-103. Thai

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม

Development of a discharge planning model for pregnant women with preterm labor, Tha Uthen Hospital, Nakhon Phanom.

(Received: July 23,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

ดารุณี นิมมิตตานนท์[1]
Darunee Nimmitanon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงพฤษภาคม 2567 กลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่รับไว้นอนโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 1) รูปแบบการวางแผนจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้ ในการพิจารณา แบบประเมินคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่แผนกฝากครรภ์ แบบปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลตามกรอบแนวคิด (D-M-E-T-H-0-D) ให้ความรู้ การสอน การสาธิต และฝึกทักษะประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ใช้สื่อการสอน แจกแผ่นพับ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ 2) เครื่องมือที่ใช้ใน การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบคัดกรอง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของทีมสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมเพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปโรงพยาบาลจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า อายุครรภ์ที่คลอด < 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 60) มากกว่าการคลอดที่อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 10) อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ10 ไม่กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 90 ไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภายหลังได้รับการให้ความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับความรู้ ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์หลังการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย มีความพึงพอใจมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, รูปแบบการวางแผนจำหน่าย, เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Abstract

This action research aimed to develop a discharge planning model for pregnant women with preterm labor pain. Tha Uthen Hospital, Nakhon Phanom, between February and May 2024, target group of pregnant women with preterm labor pain. who was admitted to the hospital The research tools include The tools used in conducting the research are divided into 2 types: 1) Distribution planning format Tools used in consideration: Evaluation form for screening pregnant women at risk of premature birth at the prenatal care unit. Activities practice Conceptual nursing (D-M-E-T-H-0-D) provides knowledge, teaching, demonstration, and practice skills in self-assessment of uterine contractions. Use teaching media, distribute pamphlets and follow up with telephone visits for 1 week. 2) Tools used in Data collection consisted of a screening form and a general information recording form for pregnant women. Knowledge assessment for pregnant women Pregnant women's satisfaction assessment form Questionnaire on opinions and satisfaction of the health team Obstetric patient information record form for referring pregnant women to provincial hospitals Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the study found that births with a gestational age < 37 weeks (60%) were more than births with a gestational age < 37 weeks (10%). The rate of repeat treatment was 10%, did not return for repeat treatment, and 90% did not rupture. different The mean score of knowledge about preterm labor was higher after receiving the knowledge than before receiving the knowledge. Satisfaction level of pregnant women after developing a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม

discharge planning model They were more satisfied than before the development of the distribution planning model.

Keywords: model development, discharge planning model, preterm labor pain

บทนำ

การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (preterm Labor) เป็นการเจ็บครรภ์ก่อนที่อายุครรภ์จะครบ 37 สัปดาห์ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก หากไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ถึงร้อยละ 50-80 การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารกเป็นอันดับ 22 รองจากภาวะพิการแต่กำเนิดหากทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เสียชีวิต อาจเกิดภาวะทุพพลภาพเช่น สมองพิการ หรือความสามารถในการมองเห็นผิดปกติจากการได้รับออกซิเจนเพื่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ทารกที่คลอดก่อนกำหนดนั้นจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หลายอย่างเนื่องจากอวัยวะต่างๆ นั้นยังไม่พร้อมสำหรับการทำงานที่ พบบ่อย คือ ภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากปอดของทารกนั้นยังไม่สมบูรณ์ นอกจากนั้นอาจจะพบภาวะเลือดออกในสมอง ลำไส้เน่าตาย จากการขาดเลือด และการติดเชื้อที่รุนแรงได้ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยมากๆ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ อาจจะรุนแรงจนถึงขั้นทำให้ทารกเสียชีวิตได้ ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาสูง และใช้เวลานอนโรงพยาบาลนาน เฉลี่ยรายละ 2-3 เดือน ทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด โดยพบว่ารัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับการดูแลรักษาทารกที่คลอดก่อนกำหนดทั่วประเทศ 15,000 ราย สองล้านสามแสนล้านบาท[1]

อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด จะพบประมาณร้อยละ 5-7 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีอุบัติการณ์ที่มากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ในปัจจุบันการคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย สถิติการคลอดก่อนกำหนดพบถึงร้อยละ 10-12 ของอัตราการคลอด จากสถิติของจังหวัดนครพนม ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 8.03 ,9.33 และ 9.60 ของอัตรา การคลอดตามลำดับ[2] ห้องคลอดโรงพยาบาลท่าอุเทน มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการที่ห้องคลอดจำนวน 100, 77, 89 ราย หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน 4, 3, 3 ราย ที่ re-admit จำนวน 2, 7, 4 ราย คิดเป็นอัตรา การ re-admit ร้อยละ 2.0, 6.49 และ4.19 ตามลำดับ และอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 3.69, 3.53 และ 4.17 ตามลำดับ[3] การแก้ไขภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะสูติแพทย์ กุมารแพทย์ รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแล ซึ่งแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย 3 แนวทางใหญ่ ๆ คือ 1) การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อยืดอายุครรภ์ 2) การรักษาด้วยสูติศาสตร์หัตถการ 3) การพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ ได้แก่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนการจำหน่ายเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมโดยใช้เป็นแนวทางการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องกลับมารับการรักษาซ้ำโดยการให้ความรู้และทักษะการดูแลตนเองผ่านกระบวนการวางแผนที่ต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภาวะผิดปกติ นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจและยืดอายุครรภ์ได้ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาและมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านด้วย

การวางแผนจำหน่าย ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น[1]

จากการทบทวนวิเคราะห์สภาพการณ์และระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลท่าอุเทน ที่ผ่านมาพบว่า การพยาบาลที่ให้มุ่งเน้นการพยาบาลให้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก การดูแลตามอาการการจำกัดกิจกรรม การให้คำแนะนำและชี้แนะ ไม่มีแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความตั้งใจจะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยนำมากำหนดเนื้อหาประยุกต์ใช้ตามกรอบ D-M-E-T-H-0-D ประกอบด้วย การให้ความรู้ ทักษะ ข้อมูล ความช่วยเหลือให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกิดสมรรถะแห่งตนและสามารถกลับไปดูแลกันเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านกระบวนการวางแผนจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าหน่วยงานจะมีรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีคุณภาพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Readmission) และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดี
ยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม

2. พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม โดยที่อายุครรภ์ระหว่าง 28 สัปดาห์ - 36 สัปดาห์ 6 วัน และตรวจพบปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซ็นติเมตร และได้รับการยับยั้งการคลอด ช่วงระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2567 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน
เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ข้อมูลด้าน
ประสิทธิผล โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2. แบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ เป็นแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ ความรู้ระดับปานกลาง ความรู้ระดับสูง

3. แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด มีจำนวน 10 ข้อ

คะแนนเต็ม 30 คะแนน จากนั้นรวมคะแนนและจัดระดับคะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ช่วง ระดับต่ำ/ปานกลาง/สูง

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนนจากนั้นรวมคะแนนและจัดระดับคะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ช่วง ระดับต่ำ/ปานกลาง/สูง

5. แบบคัดกรองมารดากลุ่มเสี่ยงที่ห้องฝากครรภ์ 8 ข้อ

6. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมเพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปโรงพยาบาลจังหวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ หลัก D METHODที่ผู้วิจัยพัฒนา
ขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากงานวิจัยของ สุกัญญา ศรีผา โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ประกอบไปด้วย

1.แบบปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตาม กรอบแนวคิด (D-M-E-T-H-0-D) สื่อการสอน ได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ แผนการสอนสุขศึกษารายบุคคล เครื่องวัดความดันโลหิตแบบบีบมือสำหรับฝึกการสังเกตการณ์หดรัดตัวของมดลูก

2.แบบบันทึกการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ แบบบันทึกอายุครรภ์เมื่อคลอด การกลับมารักษาซ้ำ ระบบสื่อสารในการติดตามเยี่ยม และให้คำปรึกษา ได้แก่ โทรศัพท์ แอพพลิเคชั่นไลน์ (Line) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการพัฒนาในหน่วยงาน

3. แผนการดำเนินงานโครงการลดภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการสร้างเครือข่ายการดูแลในจังหวัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและแบบสอบถาม ที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแล้วค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 หลังนำไปปรับใช้ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปทดลองใช้ (Try Out) 5 คน ในคลินิกฝากครรภ์และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ0.83 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นที่สามารถยอมรับได้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1. วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ศึกษาข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลท่าอุเทนนครพนมและวิเคราะห์สถาณการณ์การดูแลจำหน่ายใน รูปแบบเดิม และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน8 ข้อ

2. รวบรวมข้อมูลที่ได้รับ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดป่วยที่ รับไว้นอนโรงพยาบาลท่าอุเทนคืนข้อมูลให้คณะกรรมการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดป่วยที่ รับไว้นอนโรงพยาบาล

3. ศึกษาเอกสารการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดป่วยที่ รับไว้นอนโรงพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาระบบที่สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มคนเหล่านี้ ประสานงานกับทีมสุขภาพ ติดตามดูแลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดย

ใช้ หลัก D METHODการให้ความรู้, การสอน สาธิต และฝึกทักษะประเมินการหดรัดตัวของ มดลูกด้วยตนเอง ใช้สื่อการสอน แจกแผ่นพับ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1. การแต่งตั้งคณะกรรมการ ประกอบด้วย แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน เภสัชกร 2 คน จำนวน 10 คน

2. การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D METHODการให้ความรู้, การสอน สาธิต และฝึกทักษะประเมินการหดรัดตัวของ มดลูกด้วยตนเอง ใช้สื่อการสอน แจกแผ่นพับ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ มีทีมสหวิชาชีพให้บริการเน้นปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย ให้คำแนะนำตามตามปัญหาที่พบ

3. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม เพื่อติดตามดูแล

4. การกำหนดตัวชี้วัดในการดูแล / การตั้งเกณฑ์ในการตรวจ Complicationหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

5. พัฒนาแนวทางการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม CPG หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อย่างเคร่งคัด

6. การเยี่ยมเสริมพลังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และญาติ ติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร ด้านความร่วมมือในการใช้ยา การปฏิบัติตัว ให้คำแนะนำ/ความช่วยเหลือตามความต้องการและปัญหาที่พบ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัย เดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม 2567

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย แบบ สหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิด การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D METHOD ก่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

1. ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาและความพร้อมในการดูแลการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D METHOD

2. ได้ระบบการดูแลการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่าย (Dischrge Plan) โดยใช้ หลัก D METHOD

3. ทราบปัญหา ข้อจำกัด และปัจจัยเอื้อสู่ความสำเร็จ และข้อเสนอแนะสำหรับนำมาการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่าย (Dischrge Plan) โดยใช้ หลัก D METHOD

4.เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ลดภาวะแทรกซ้อนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC017/67 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

พบว่าข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่มีอายุ 21-34 ปี ร้อยละ 70 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 70 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 60 มีรายได้ครอบครัว 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 90 ลำดับการตั้งครรภ์ ลำดับที่ 2 ร้อยละ 50 เคยคลอดบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 30, ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 70 หญิงตั้งครรภ์คลอดที่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 50 คลอดที่อายุครรภ์< 37 สัปดาห์ ร้อยละ50 ยับยั้งไม่สำเร็จได้ refer ร้อยละ 10 ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ก่อนให้ความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง หลังให้ความรู้มีคะแนนความรู้ที่สูงขึ้น

ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่ากลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนมอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชฎารัตน์ แก้วเวียงเดชและคณะ ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลอำนาจเจริญ พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการใช้รูปแบบตามกรอบ M-E-T-H-0-D โดยให้ความรู้ สอน สาธิต และฝึกทักษะประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเองและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คลอดที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 60 อธิบายได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สาเหตุ อาการ อาการแสดง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดซ้ำ อาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถสังเกตการณ์หดรัดตัวของมดลูก การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้รีบกลับมารักษาได้อย่างทันท่วงทีก่อนจะมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกจนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการคลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงทำให้สามารถยืดอายุครรภ์จนครบกำหนดได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด[4] ผลการวิจัยพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[5] ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภคลอดก่อนกำหนดได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 89 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่กลับมารักษาซ้ำร้อยละ 100 กลับมารักษาซ้ำร้อยละ 0 ซึ่งไม่แตกต่างกันอธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสอน สาธิต การสังเกตการหดรัดตัวของมดลูก อาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ทำให้สามารถสังเกตการณ์หดรัดตัวของมดลูก อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ตั้งแต่ระยะที่ปากมดลูกเปิดน้อย สามารถยับยั้งคลอดได้นานขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด[6] ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า การส่งเสริม แนะนำการปฏิบัติ

การได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตน ร่วมกับการกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจ ย่อมสร้างความพึงพอใจให้กับหญิงตั้งครรภ์ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[7] ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากสุดระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลทั้งหมดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92 อธิบายได้ว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการกำหนด ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีแผนการสอนสุขศึกษา มีสื่ออุปกรณ์ ประกอบการวางแผนจำหน่าย ทำให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน เป็นประโยชน์ต่อ หญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของชฎารัตน์ แก้วเวียงเดชและคณะ ได้การศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดผลการวิจัยพบว่าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาฝากครรภ์ที่ ANC ทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต. เพื่อสร้างความรอบรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

2. การป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด ควรกำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน มีการเชื่อมโยงกันกับระดับชุมชน เน้นชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

3. ควรมีการจัดห้องเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้มีความเป็นส่วนตัวไม่รวมกับผู้มาคลอดรายอื่น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อน ไม่มีเสียงดังรบกวนจากผู้มาคลอดและจากการปฏิบัติกิจกรรมของเจ้าหน้าที่

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิรวรรณ บัวแย้ม, เพียงบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสบชัย.การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. Rama Nurs J September-December 2019.
2. สำนักงานสาธารณสุขนครพนม. (2565) ข้อมูล HDC, สำนักงานสาธารณสุขนครพนม
3. โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. (2565) รายงาน ก 2, โรงพยาบาลท่าอุเทน
4. ประชุมพร สุวรรณรัตน์และคณะ.(2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา ; กันยายน – ธันวาคม 2565 ปีที่5 ฉบับที่3
5. อัสมะ จารู .(2561).ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลาศรนครินทร์
6. สุนทรี ไชยเจริญ (2554) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดใน หญิงตั้งครรภ์มุสลิม.วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลาศรนครินทร์
7. ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดชและคณะ(2560) ผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลอำนาจเจริญ วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of a behavior modification program based on the health belief model on self-care behaviors among uncontrolled Hemoglobin A1c levels diabetes mellitus patients, Nong Kung Si Hospital, Kalasin Province.

(Received: July 23,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

นันทิยา มาตรา[1]
Nanthiya Matra[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ซึ่งขึ้นทะเบียนและรับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการตรวจเลือดประจำปีในรอบที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2567) ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ จำนวน 42 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเข้ารับโปรแกรมฯ ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึง เดือน มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t- test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้

Abstract

This research was quasi-experimental research aimed to study the effects of a behavior modification program using health belief patterns on self-care behaviors of diabetic patients who cannot control their blood sugar levels. who are registered and receive treatment at the diabetes clinic Outpatient department Nong Kung Si Hospital Nong Kung Si District Kalasin Province The sample group is 42 patients with type 2 diabetes who received an annual blood test in the past cycle (fiscal year 2024) who were unable to control their blood sugar levels by specific selection. By accepting the program The implementation period is from April 2024 to June 2024, totaling 12 weeks. The tool used is a health promotion program for diabetic patients by applying a health belief model. General data recording form knowledge test Behavioral assessment form Satisfaction assessment form Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The results of the research found that 1) the average of the self-care behavior scores of the sample group After participating in the program, there was a statistically significant difference ($P < 0.001$) 2) The average of the accumulated blood sugar levels between the sample groups. After joining the program There is an average of accumulated sugar levels in the blood after participating in the program. Lower than before joining the program Statistically significant ($P < 0.001$)

Keywords: behavior modification, health belief patterns, diabetic patients who cannot control their blood sugar levels.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพทั่วโลก พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที[1] สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย จากการรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ แต่จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้งประเทศที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีเพียงร้อยละ 26.3[2] ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมเนือยนิ่ง ไม่ออกกำลังกาย และภาวะเครียด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นระยะเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เพิ่มขึ้น 4-9 เท่า ภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้น 10 เท่า ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด 2-3 เท่า[3]

จากการรายงานในฐานข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แฟ้ม (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ.2563-2566 อำเภอหนองกุงศรี มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน รับการรักษาในโรงพยาบาลหนองกุงศรี จำนวน 3,419, 3,457, 3,732 และ 3,857 คน คิดเป็นอัตราป่วย 375.81, 495, 593.20 ,588.44 ต่อประชากรแสนตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปีและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ปี พ.ศ.2563-2566 คิดเป็นร้อยละ 42.85, 41.51, 43.89 และ 27.35 ตามลำดับ ปี พ.ศ.2566 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้เพียง ร้อยละ 27.2 ซึ่งไม่เป็นตามเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 40 และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองและโรคไตวายเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2563-2566 อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 292, 287, 302 และ 293 และอัตราป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง 100.31, 110, 143.71 และ199.21 ต่อประชากรแสนตามลำดับ

โรงพยาบาลหนองกุงศรี มีการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน โดยจัดคลินิกบริการ 3 วันต่อสัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการประมาณ 120 คนต่อวัน ในคลินิกโรคเบาหวานจะมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ซักประวัติ ประเมินปัญหาพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่ประเมินได้ ใช้เวลาในการให้คำแนะนำ3-5 นาทีต่อคนไม่มีรูปแบบการให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกันที่ชัดเจน จากการดำเนินงานในคลินิกโรคเบาหวานที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้เพียง ร้อยละ 27.2 ซึ่งไม่เป็นตามเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 40 โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตปริมาณเกิน

ความจำเป็น ออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือเกิดจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอและความเครียด จากปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนและการจัดการกับความเครียดจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีขึ้น

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับโดยรับรู้ว่าไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ[4] ซึ่งโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 4 องค์ประกอบ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และ 4) การรับรู้ถึงอุปสรรค และจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่าบุคคล เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ก็จะปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสม โดยผู้ป่วยเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลในเลือดมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การนอนหลับพักผ่อน[5] ดังนั้นจึงใช้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้ง 4 ด้าน และการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเป็นตัวแปรตาม จากการทบทววรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้นทุกด้าน ทั้งด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.5) หลังเข้าร่วมโปรแกรมและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงขึ้นเช่นกัน[6] และการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน[7] พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่าก่อนทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.5) และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลอง และการศึกษาของ สิทธิพร เพชรทองขาว และคณะ[5] พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตนที่ดี การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่การศึกษาทั้งสามการศึกษานี้ไม่ได้มีการเปรียบเทียบผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังทดลอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้

จากสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลหนองกุงศรี ที่ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้น้อยไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจะเป็นการวัดการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belife Model : HBM)[4] ที่ระบุถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุภาพ การเสริมสร้างปัจจัยกระตุ้นทั้งภายใน ภายนอกตัวบุคคล และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถเพิ่มความตระหนักรู้ให้กับผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดการตระหนักรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้เท่ากับค่าปกติ ลดการใช้ยา ลดค่าใช้จ่าย ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาค ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อสร้างเจตคติที่ดีและส่งผลไปยังการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับ ด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (one-group pretest-posttest design) โดยกลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึง เดือนมิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการตรวจเลือดประจำปีในรอบที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2567) ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองกุงศรี จำนวน 602 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่า 7% มารับบริการที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึงเดือน มิถุนายน 2567 โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียน และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) อายุ 30-59 ปี 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด 5) มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่า 7% 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมโดยการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ทำการรักษา เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายระยะสุดท้าย 7) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม และเข้าร่วมโปรแกรมตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 1 2) อายุต่ำกว่า 30 ปี และอายุ 60 ปี ขึ้นไป 3) มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงโดยการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ทำการรักษา ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายระยะสุดท้าย 4) ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช จนรบกวนความสามารถต่อการเรียนรู้ 5) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดหรือไม่ประสงค์ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยนำรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นมาสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (sample random sampling) การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.6144 (medium effect size) จากผลการวิจัยของ สิทธิพร เพชรทองขาว และคณะ(2566) แทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แล้วได้กลุ่มตัวอย่าง 37 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% (Grove, S.K., Burn, N.,& Gray, J.R., 2013) โดยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$\text{Nadjust} = \frac{n}{(1-R)} = \frac{37}{(1-0.1)} = 41.11 \text{ คน}$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง การสร้างเครื่องมือประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) กิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง การมีกิจกรรมทางกายจากการทำงานบ้าน งานสวน การพบแพทย์ตามนัด

ส่งเสริมความรู้อาหารสำหรับโรคเบาหวาน ประเมินการรับประทานอาหารแต่ละหมวดหมู่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สอนการนับคาร์บแบบง่าย อาหารแลกเปลี่ยน การแบ่งสัดส่วนอาหารในจาน (2:1:1) โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ โมเดลอาหาร อธิบายการจดบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวันในคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้เวลา 20 นาที

2) กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการวิเคราะห์ข้อมูลผลตรวจสุขภาพประกอบด้วย การชั่ง

น้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว แจ้งผลตรวจเลือดประจำปี วิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย (Body Composition) เพื่อสร้างแรงจูงใจตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน

เสริมสร้างการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคเบาหวาน โดยกระตุ้นให้เกิดความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยวีดิทัศน์ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์ที่จะได้รับจาการปฏิบัติตัวที่ดี ให้ความรู้โดยการบรรยาย ใช้สื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 20 นาที

3) กิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง ส่งเสริมการรับรู้การจัดการกับความเครียดและการนอนหลับพักผ่อน ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับความเครียดกับโรคเรื้อรังมีผลเสียทั้งร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม โดยการบรรยาย วีดิทัศน์และฝึกการปฏิบัติผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิและการฝึกสติแบบสั้น ใช้เวลา 20 นาที

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องโดยจากการศึกษาจากคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีการจดบันทึกการปฏิบัติตน เจาะปลายนิ้วติดตามระดับน้ำตาลทุก 4 สัปดาห์และติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องโดยติดตามทางโทรศัพท์ หรือทาง LINE

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้คือ แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยศึกษาพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากจากการทบทวนวรรณกรรมของ ลักษณา เปลี่ยนวงษ์ (2565) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ ให้คะแนน 1 คะแนน ไม่แน่ใจและไม่ใช่ ให้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (8 ข้อ) การรับประทานยา (5 ข้อ) การออกกำลังกาย (2 ข้อ) การจัดการกับความเครียด (5 ข้อ) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (5 ข้อ) การเฝ้าระวังโรค (3 ข้อ) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นประจำและทุกวัน / ทุกครั้ง แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน /ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนนเป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นาน ๆ ครั้งให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับ สร้างขึ้นโดย ผู้วิจัย แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ โดย 12 ข้อ เป็นข้อคำถามใน แต่ละประเด็นต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับ และอีก 1 ข้อ เป็นข้อคำถามความพึงพอใจ โดยรวม มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่ามีความพึงพอใจ มาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจแบ่งเกณฑ์การ พิจารณาในแต่ละข้อดังนี้ คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้ คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา การ

ใช้ภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยมีค่าดัชนีมากกว่า 0.8 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โรคเบาหวาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการนอนหลับ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการนอนหลับ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สถิติที่ใช้ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ พบว่า มีอายุเฉลี่ย 35.80 ปี (S.D. 10.00) ช่วงอายุที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 45-49 ปี ร้อยละ 30.95 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.38 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 30.95 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 38.10 ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 38.10 รายได้ต่อเดือนสูงสุด 6001-10000 บาท ร้อยละ 52.38 มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยเป็นปู่ ยา/ตา ยาย ร้อยละ 35.71 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 11-15 ปี ร้อยละ 52.38 มีโรคร่วมเป็นโรคความดัน และไขมันในเลือดสูง เท่ากัน ร้อยละ 35.71 และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ภายในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 8.3 ปี (S.D. 1.15)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ พบว่า

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลอง พบว่า มี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม ก่อนทดลอง = 90.31 (SD = 10.95) และหลังทดลอง = 110.31 (SD= 7.59) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมก่อนทดลอง = 8.10 (SD = 1.00) หลังทดลอง = 7.45 (SD = 0.84) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และจำแนกรายด้าน และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม(n =42)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม(n =42)		Mean Diff.	P value
	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้โรคเบาหวาน	21.62	6.55	31.34	3.28	-9.71	<0.001
พฤติกรรมด้านการควบคุมอาการ	68.68	6.49	69.28	6.05	-0.59	<0.001
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	61.62	6.59	71.34	7.28	-0.61	<0.001
พฤติกรรมด้านการนอนหลับผักผ่อน	62.62	6.45	67.34	6.07	-0.71	<0.001
พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด	67.68	6.49	69.28	6.05	-0.59	<0.001
โดยรวม	90.31	10.59	110.31	7.59	-20.00	<0.001
น้ำตาลสะสมในเลือด	8.10	1.00	7.45	0.84	0.65	<0.001

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ ร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจมาก รองลงมา ร้อยละ 11.1 และ 2.2 มีความพึงพอใจปานกลางและน้อย โดยมีความพึงพอใจมากในเรื่องประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมระบบการดูแลตามโปรแกรมฯ ร้อยละ 91.1 รองลงมา คือเรื่องสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 88.9

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ พบว่า

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับผักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้น ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทัศนคติที่ดีต่อการอยาก มีสุขภาพที่ดี มีต้นแบบมาพูดคุยให้คำแนะนำประสบการณ์เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำลง และให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เพื่อให้เกิด

การเรียนรู้ในการจัดการตนเองและสร้างความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ การจัดการตนเองใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสอดคล้องกับสุรากรี หนูแบน และคณะ[6] เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการอบรมให้ความรู้และเพิ่มการรับรู้ 5 ฐาน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคเบาหวาน อาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค การออกกำลังกายและผ่อนคลายความเครียด ใช้ระยะเวลาในการทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.5) ส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.5) ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพที่จำเป็น และการจัดการความเครียด ซึ่งงานวิจัยนี้สามารถนำมาปรับใช้กับงานวิจัยของผู้ศึกษา

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 ทั้งนี้เป็น เพราะว่าผลของโปรแกรมฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมและทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง[8]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย โรคเบาหวานในสถานบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

2. ควรนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง ผิดปกติ และนำไปใช้กับคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในระยะ 1 ปี โปรแกรมฯ มีผลต่อค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในระยะยาว หรือไม่ และเป็นการทดสอบความคงทนของการใช้โปรแกรม

4. นำโปรแกรมฯ ที่ได้จาการพัฒนาครั้งนี้ไปต่อยอดการศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนาทำการทดลอง และพัฒนาไปเรื่อย ๆ จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร:ศรีเมืองการพิมพ์.
2. วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที 6 พ.ศ.2562-2563. กรุงเทพ กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. นครินทร์ อาจหาญ, สุกัญญา บัวศรี และ ธีรพันธ์ จันทร์เป็ง. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง. วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒน์, 5(1), 62-74.

4. Rosenstok, I.M. (1974) The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monograph, 2(4), 354-386.
5. สิทธิพร เพชรทองขาว, อัญชิสา สุขบาล, ธีราพร สังข์รอด และ ฐิตินันท์ ชูเมฆ.(2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสาธารณสุขล้านนา, 19(2), 88-101.
6. สุรากรี หนูแบน, อารยา ปรานประวิตร และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารบัณฑิตวิจัย, 7(1), 101-104. สืบค้นเมื่อ 25กุมภาพันธุ์ 2567]; [แหล่งข้อมูล: https://so02.tci-thaijo.rg/index.php/banditvijai/article/view/96472
7. ดวงเดือน หันทยุง, วรพล แวงนอก และ วรากร เกรียงไกรศักดา. (2559). ผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(1), 36-51.
8. สุนทรีย์ คำเพ็ง และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมการการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลัง กาย น้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562; 74(2) : 74-85

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในผู้รับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Prevalence and factors associated with human papilloma virus (HPV) infection among screening services recipients at Health promotion center 10th

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

ไพศรี ตรีผลพันธุ์[1]
Paisri Treeponpun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา ด้วยการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary Data) จากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs2020) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับการเก็บข้อมูลพฤติกรรมย้อนหลังด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงอายุ 25-59 ปีที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 1,178 คน ในเขตสุขภาพที่ 10 รวมรวมข้อมูล ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ใช้สถิติถดถอย โลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR (AOR) และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ p-value <0.05

ผลการศึกษา ความชุกการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 14.43 และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV ในกลุ่มอายุ 26-35 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 62 (AOR =1.62; 95%CI: 1.02-2.57; P=<0.037) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุมากว่า การไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 62 (AOR = 1.62; 95%CI: 1.14-2.15; P=0.043) เมื่อเทียบกับการสวมถุงยางอนามัย และการใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิดเป็นปัจจัยป้องกัน ร้อยละ 38 (AOR =0.62; 95%CI: 0.32-0.87; P=0.037) เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิด สรุปผลการศึกษา พบความชุกของการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 14.43

คำสำคัญ: การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา, มะเร็งปากมดลูก, การตรวจคัดกรอง

Abstract

This study was survey research aimed to investigate the prevalence and associated factors of HPV infection through a retrospective study using secondary data from the HPV DNA Test (HPVcxs2020) screening program by the National Cancer Institute, along with historical behavioral data collected via questionnaires. The sample comprised 1,178 women aged 25-59 years who met the selection criteria in Health Region 10. Data was collected from February to October 2023. Multiple logistic regression was utilized to determine associations, presented with Adjusted Odds Ratios (AOR) and 95% Confidence Intervals (CI) at a significance level of 0.05.

Results showed an HPV infection prevalence of 14.43%. Significant risk factors for HPV infection included being aged 26-35 years (AOR = 1.62; 95% CI: 1.02-2.57; P = 0.037) compared to older age groups, and not using condoms during sexual intercourse (AOR = 1.62; 95% CI: 1.14-2.15; P = 0.043) compared to using condoms. Hormonal contraceptive use was a protective factor (AOR = 0.62; 95% CI: 0.32-0.87; P = 0.037) compared to non-use of hormonal contraceptives. In conclusion, the study found an HPV infection prevalence of 14.43%, underscoring the need for comprehensive HPV screening in the area to prevent cervical cancer. The findings highlight the importance of raising awareness and implementing preventive measures against HPV infection, especially among older women and those not using condoms during sexual intercourse.

Keywords: Human Papillomavirus Infection, Cervical Cancer, Screening

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกทั่วโลกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสี่ในผู้หญิง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 ประมาณ 604,000 ราย และเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 342,000 ราย ซึ่งอัตราการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 13.3 ต่อแสนประชากร และประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง[1] ในปี 2563 ประเทศไทยเกิดมะเร็งปากมดลูกในเพศหญิงประมาณ 9,000 รายต่อปี อัตราการเสียชีวิตมะเร็งปากมดลูก 7.3 ต่อแสนประชากร ในขณะที่การเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมจะพบเพียง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิงทั้งหมด ซึ่งมีอัตราสูงกว่ามะเร็งปากมดลูกแต่เมื่อผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีอัตราการเสียชีวิตจะสูงกว่ามะเร็งเต้านมมาก[2]

การจะป้องกันปัญหาดังกล่าว จะต้องทราบถึงสาเหตุสำคัญของการเป็นมะเร็งปากมดลูก จากการทบทวนพบว่าสาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papillomavirus: HPV) คือ HPV ชนิดที่ 16 และ 18 ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 70 ซึ่งการติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่ติดผ่านการมีเพศสัมพันธ์และมักจะไม่แสดงอาการ อาจจะใช้เวลาประมาณ 15 ถึง 20 ปีในการพัฒนาในสตรีที่มีระบบภูมิคุ้มกันปกติ และใช้เวลาเพียง 5 ถึง 10 ปีในสตรีที่มีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น ผู้ที่ติดเชื้อ HIV ที่ไม่ได้รับการรักษา[3] นอกจากการติดเชื้อ HPV ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV ได้แก่ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน ประวัติการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การติดเชื้อ HIV และการสูบบุหรี่[2,4-6]

ดังนั้น เพื่อลดอัตราการป่วยตายมะเร็งปากมดลูก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้ประกาศให้การตรวจคัดกรองตามแนวปฏิบัติใหม่ขององค์การอนามัยโลกในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ HPV[7] แนะนำให้ทำการตรวจ HPV DNA ซึ่งเป็นวิธีที่มีความคุ้มค่ากว่าการตรวจด้วยภาพด้วยกรดอะซิติก (VIA) หรือเซลล์วิทยา ที่รู้จักกันทั่วไปในชื่อ “การตรวจแปป สเมียร์” และการศึกษายังพบว่าผู้รับบริการจะรู้สึกสบายใจกว่าที่จะเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง เช่นที่บ้านของตนเองอย่างสะดวกสบาย แทนที่จะไปพบผู้ให้บริการเพื่อทำการตรวจคัดกรอง อย่างไรก็ตามผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม และให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ กองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยผู้หญิงไทย ในปี 2566 สามารถเข้ารับการคัดกรองได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ ผ่านโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs2020) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[8]

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีเป็นหน่วยหนึ่งที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test และได้เก็บรวมรวมข้อมูลผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการนำมาวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่ยังไม่มีผลการศึกษาความชุกและประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในเพศหญิงในระดับพื้นที่ ผู้วิจัยจึงได้ทำวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในผู้รับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการความชุกการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในผู้รับบริการตรวจคัดกรอง ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในผู้รับบริการตรวจคัดกรอง ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาดังกล่าวจะได้นำไปใช้การจัดทำแผนงานสร้างความรอบรู้การป้องกันการติดเชื้อ HPV ในกลุ่มหญิงที่มี

ความเสี่ยงสูง ในพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary Data) จากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs2020) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับการเก็บข้อมูลพฤติกรรมย้อนหลังด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 25-59 จำนวน 1,178 คน ในเขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือ ประชากร เพศหญิงในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร เก็บรวมรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 2,134 คน ขนาดตัวอย่าง (sample size) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary Data) จากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs2020) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[8] จำนวน 2,134 คน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด จำนวน 1,178 คน และเพื่อแสดงว่าจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เพียงพอสำหรับการศึกษา ผู้วิจัยจึงคำนวณอำนาจการทดสอบของกลุ่มตัวอย่าง (power of test) โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับการหาความสัมพันธ์ที่มีการแจกแจงตัวแปรตามเป็นแบบทวินาม (0, 1)[9]มีอำนาจทดสอบประมาณร้อยละ 98-100 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในการวิเคราะห์หาโอกาสในการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม (Y=1) เพราะฉะนั้นขนาดตัวอย่าง จำนวน 1,178 คน จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและสามารถเป็นตัวแทนประชากรในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) คือ มีภูมิลำเนาเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร เป็นเพศหญิงที่มารับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary Data) จากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs2020) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[8] ที่ได้ให้พื้นที่ทำการตรวจคัดกรอง และลงข้อมูลในโปรแกรมโดยเจ้าหน้าที่

2.2 เก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมด้วยแบบสอบถามชนิดปลายปิด จำนวน 8 ข้อ เป็นตัวแปรต้น (independent variable, X) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอนปัจจุบัน ประวัติการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การสูบบุหรี่ การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.80 ถือว่ามีความสอดคล้อง วิผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.81 ถือว่ามีความเหมาะสม

วิธีการเก็บข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลส่วนที่ 1 ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (secondary Data) จากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs2020) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ทำหนังสือเพื่อขอใช้ข้อมูล

ผู้รับบริการที่มาการตรวจคัดกรอง ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นการเก็บรวมรวมข้อมูลเพิ่มเติมด้วยแบบสอบถามโดยการโทรสัมภาษณ์

เมื่อรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ส่วน ได้ตัวแปรครบถ้วน จึงนำข้อมูลมาจัดการดังต่อไปนี้

1) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2) ตรวจสอบความถูกต้องในการเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งข้อมูล

3) ทดสอบการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ (Distribution) ตามข้อกำหนดทางสถิติวิเคราะห์ (Assumption)

4) นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 15 Texas USA 2007 (ลิขสิทธิ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) โดยใช้เทคนิคทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติที่ใช้เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การบรรยายคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

สถิติที่ใช้เพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษา การประมาณการความชุกการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human Papilloma virus: HPV) จากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยโลจีสติก (logistic regression) เพื่อระบุความสัมพันธ์โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1) การวิเคราะห์แบบที่ละคู่ (bivariate) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก อย่างง่าย (simple logistic regression) จะแสดงค่า Odd Ratio อย่างหยาบ (COR) และ 95%CI ของ COR เพื่อดูความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัว คือ ตัวแปรตาม 1 ตัวแปร และตัวแปรต้น 1 ตัวแปร โดยยังไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ ที่เหลือ จากนั้นนำตัวแปรที่มีหลักฐานอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้านี้ว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค หรือตัวแปรที่มีค่า p-value จากโมเดลสองตัวแปรน้อยกว่า 0.25[10] เข้าสู่โมเดลตั้งต้น (Initial Model) เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (multivariable analysis) ต่อไป

2) การวิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression) เริ่มจากนำตัวแปรต้นทุกตัวจากการวิเคราะห์อย่างหยาบ (crude analysis) ก่อนหน้า เข้าสู่โมเดล จากนั้นพิจารณาขจัดตัวแปรที่ไม่มีผลต่อโมเดลออก ด้วยวิธี Backward elimination โดยพิจารณาที่ค่า p-value ของ Wald test ที่มีค่ามากกว่า 0.05 ที่สูงที่สุด ในโมเดล และมีค่า p-value จากการทดสอบอัตราส่วนความน่าจะเป็น (Likelihood ratio test) มากกว่า 0.05 จนได้โมเดลสุดท้าย (final model) ที่รวมเฉพาะตัวแปรที่มีผลต่อโมเดล นำเสนอขนาดของความสัมพันธ์เป็นค่า Adjusted OR (AOR) และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การแปลผลค่า OR หากค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แปลผลได้ว่า ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ ในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แปลผลได้ว่า ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยป้องกันต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human Papilloma virus: HPV)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ คือ ID-11-66-03-F ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2567 ถึงวันที่10 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ

(secondary Data) จากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs2020) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับการเก็บข้อมูลพฤติกรรมย้อนหลังด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 25-59 จำนวน 1,178 คน ในเขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ความชุกการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในผู้รับบริการตรวจคัดกรอง ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลการศึกษาความชุกการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในเพศหญิงที่มารับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,178 คน มีอายุเฉลี่ย 44.14 ปี (SD=8.16) ส่วนใหญ่อายุ 46-59 ปี ร้อยละ 46.10 มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างรัฐ ร้อยละ 50.25 รองลงมาเป็นพนักงานเอกชน/ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 39.13 และอื่นๆ ร้อยละ 19.61 พบเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ร้อยละ 49.15 จำนวนคู่นอนในปัจจุบัน ร้อยละ 11.04 เคยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 2.89 มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 26.15 ผ่านการตั้งครรภ์ร้อยละ 79.80 เคยแท้งมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 23.68 จำนวนบุตร 1 คน ร้อยละ 69.61 มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน ร้อยละ 10.44 มีการใช้ฮอร์โมนร้อยละ 23.68 และสูบหรือเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 4.75

1.2 ความชุกการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ความชุกการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในเพศหญิงอายุ 25-59 ปีในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีความชุกการติดเชื้อ HPV ในภาพรวมร้อยละ 14.69 เมื่อแยกรายกลุ่มอายุ พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-35 ปี ถึงร้อยละ 20.39 ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย มีความชุกร้อยละ 17.21 และในกลุ่มที่ไม่มีบุตรมีความชุกร้อยละ 20

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในผู้รับบริการตรวจคัดกรอง ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จากการวิเคราะห์แบบทีละคู่ (bivariate analysis) โดยใช้การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) จะแสดงค่า Odd Ratio อย่างหยาบ (COR) และ 95%CI ของ COR โดยยังไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น พบว่า ปัจจัยที่มี p-value น้อยกว่า 0.05 คือ อายุ การใช้ถุงยางอนามัย การตั้งครรภ์ การแท้ง จำนวนบุตร และการใช้ฮอร์โมน พิจารณาให้เข้าสู่โมเดลตั้งต้น (initial model) ในการวิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (multivariable analysis) และตัวแปรที่สนใจ (factors of interests) ได้แก่ จำนวนคู่นอน และการสูบบุหรี่ เพื่อเข้าสู่โมเดลตั้งต้น (initial model) ในการวิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression) ต่อไป

ในการวิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic Regression) จนได้โมเดลสุดท้าย (final model) ที่รวมเฉพาะตัวแปรที่มีผลต่อโมเดล นำเสนอขนาดของความสัมพันธ์เป็นค่า Adjusted OR (AOR) และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ในผู้ที่มารับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า 1) อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัย การใช้ถุงยางอนามัย จำนวนคู่นอน การตั้งครรภ์ การแท้ง จำนวนบุตร การใช้ฮอร์โมน และการสูบบุหรี่ พบว่าอายุ 25-35 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 62 (AOR

=1.62; 95%CI: 1.02-2.57; P=<0.037) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 46-59 2) การไม่สวมถุงยางอนามัยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัย อายุ จำนวนคู่นอนการตั้งครรภ์ การแท้ง การใช้ฮอร์โมน จำนวนบุตร และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 62 (AOR = 1.62; 95%CI: 1.14-2.15; P=0.043) เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย และ 3) การใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัย อายุ การใช้ถุงยางอนามัย จำนวนคู่นอน การตั้งครรภ์ การแท้ง จำนวนบุตร และการสูบบุหรี่ พบว่า การใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิด เป็นปัจจัยเป้องกัน ร้อยละ 38 (AOR =0.62; 95%CI: 0.32-0.87; P=0.037) เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์คราวละหลายปัจจัยในคราวเดียวกันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) (n=1,178)

	ปัจจัย	% HPV	COR	AOR	95%CI	p-value
การติดเชื้อ HPV		14.69	N/A	N/A	N/A	
อายุ (ปี)	46-59		1			
	36-45		0.89	0.98	0.67-1.42	0.915
	25-35		1.72	1.62	1.02-2.57	0.037*
การใช้ถุงยางอนามัย	ใช้		1			
	ใช้บางครั้ง		1.45	1.25	1.06-1.89	0.171
	ไม่ใช้		1.74	1.62	1.14-2.15	0.043*
จำนวนคู่นอนในปัจจุบัน	1 คน		1	1		
	มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน		1.16	1.20	0.694-2.08	0.509
การตั้งครรภ์	ไม่เคยตั้งครรภ์		1			
	เคยตั้งครรภ์		1.58	1.32	0.86 -1.96	0.186
การแท้ง	ไม่เคยแท้ง		1			
	เคยแท้งมากว่า 1 ครั้ง		1.45	1.23	0.80- 1.89	0.378
จำนวนบุตร	ไม่มีบุตร			1		
	1 คน			1.22	0.27-5.48	0.26
	มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน			1.39	0.55-6.72	0.41
การใช้ฮอร์โมน	ไม่ใช้		1	N/A	N/A	
	ใช้		0.58	0.62	0.32-0.87	0.037*
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ		1	N/A	N/A	
	สูบ/ เคยสูบ		1.48		0.67-2.67	0.338

*p-value<0.05

COR = ค่าความเสี่ยงจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ โดยใช้สถิติ simple logistic regression

AOR = ค่าความเสี่ยงจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คราวละหลายปัจจัยในคราวเดียวกัน โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (Human papilloma virus: HPV) ชนิดที่ 16 และ 18 ในเพศหญิงอายุ 25-59 ปีในเขตสุขภาพที่ 10 ในภาพรวมร้อยละ 14.69 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับที่องค์การอนามัยโลกรายงานว่าความชุกของการติดเชื้อ HPV ในหญิงไทยในช่วง 3 ปีล่าสุดมีแนวโน้มคงที่ โดยประมาณการว่าประมาณ

ร้อยละ 10-15[11] แต่ทั้งนี้ในพื้นที่ยังสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยเล็กน้อย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2021[12] พบว่าความชุกของการติดเชื้อ HPV ในหญิงไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15-64 ปีอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11.5 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น HPV 16 และ 18 การศึกษาที่ดำเนินการโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2022[13] พบว่าความชุกของการติดเชื้อ HPV ในหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 12.3 ซึ่งเป็นการศึกษาที่รวบรวมข้อมูลจากหลายจังหวัดในประเทศไทย และการสำรวจสุขภาพแห่งชาติในปี 2023 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข[14] พบว่าความชุกของการติดเชื้อ HPV ในหญิงไทยอายุ 18-35 ปี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 13.7 ซึ่งเป็นการสำรวจที่ครอบคลุมทั้งเขตเมืองและชนบทของประเทศไทย โดยมีการสังเกตเห็นความแตกต่างที่เห็นได้ชัดในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชายแดน[15] การนำวัคซีน HPV เข้าสู่โครงการฉีดวัคซีนระดับชาติของประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีที่คุ้มค่าในการป้องกันผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสะสมและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนในการลดภาระโรคและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ[16] นอกจากนี้ การศึกษาถึงการคัดกรองอย่างต่อเนื่องเป็นการแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพในการป้องกันเช่นกัน[17]

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบปัจจัย อายุ การใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ฮอร์โมนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV โดย 1) อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัย การใช้ถุงยางอนามัย จำนวนคู่นอน การตั้งครรภ์ การแท้ง จำนวนบุตร การใช้ฮอร์โมน และการสูบบุหรี่ พบว่า อายุ 25-35 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 62 (AOR =1.62; 95%CI: 1.02-2.57; P=<0.037) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 46-59 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศปี 2006 พบผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 25 ปี มีโอกาสติดเชื้อ HPV สูงกว่าอายุมากกว่า 25 ปี OR = 2.1 (95% CI: 1.7-2.6)[18] การศึกษาในปี 2007 พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญ โดยพบว่าผู้หญิงอายุน้อยกว่า 30 ปีมีความเสี่ยงติดเชื้อ HPV สูงกว่าอายุมากกว่า 30 ปี RR = 1.9 (95% CI: 1.5-2.3)[19] และการศึกษาในปี 2016 พบว่า ผู้หญิงในช่วงอายุ 20-24 ปีมีความชุกของการติดเชื้อ HPV สูงที่สุด OR = 3.2 (95%CI: 2.10-4.88) เปรียบเทียบกับผู้หญิงในช่วงอายุ 35-39 ปี[20] รวมถึงในประเทศไทย มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มอายุที่อายุน้อยกว่าโดยเฉพาะวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HPV[21] นอกจากนี้ความชุกของการติดเชื้อ HPV มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นในผู้หญิงอายุ 20-26 ปี โดยมีความรู้ในระดับต่ำเกี่ยวกับการติดเชื้อ HPV และการฉีดวัคซีน จึงควรให้ความสำคัญของการศึกษาช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น[22] 2) การไม่สวมถุงยางอนามัยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัย อายุ จำนวนคู่นอน การตั้งครรภ์ การแท้ง การใช้ฮอร์โมน จำนวนบุตร และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 62 (AOR = 1.62; 95%CI: 1.14-2.15; P=0.043) เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับรายงานอื่นๆ ที่ให้ความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย สามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ รวมถึงการติดเชื้อ HPV อย่างมีมีนัยสำคัญ การศึกษาระบุว่าการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอสามารถลดโอกาสในการติดเชื้อ HPV OR = 5.3 (95% CI: 1.7–16.6)[23] นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยยัง พบว่า ปัญหาการใช้ถุงยางอนามัยเกิดจากการปฏิเสธโดยคู่ครองและมีความคิดว่าทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง[24] จึงควรเน้นถึงการให้ความสำคัญในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันต่อการติดเชื้อ HPV และโรคติดต่อทางเพศอื่นๆ 3) การใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัย อายุ การใช้ถุงยางอนามัย จำนวนคู่นอน การตั้งครรภ์ การแท้ง จำนวนบุตร และการสูบบุหรี่ พบว่า การใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิด เป็นปัจจัย

ป้องกัน ร้อยละ 38 (AOR =0.62; 95%CI: 0.32-0.87; P=0.037) เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิด ทั้งนี้ผลการศึกษาของเราเป็นปัจจัยป้องกันซึ่งอาจจะเกิดจากข้อคำถามไม่ได้ระบุถึงระยะเวลาการใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิดยาวนานเท่าใด ทำให้ผลการศึกษายังไม่ชัดเจน เช่นในการศึกษาในต่างประเทศก็ยังพบว่ามีความไม่ชัดเจนเช่นกัน คือจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการใช้ยาคุมกำเนิดในระยะยาวอาจเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก 1.5 ถึง 3.3 เท่า โดยเฉพาะในผู้หญิงที่เป็น HPV positive โดยมีความเสี่ยงจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไปหลังจากหยุดยา[25] อย่างไรก็ตาม การวิจัยล่าสุดระบุว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดและการติดเชื้อ HPV ที่มีความเสี่ยงสูงชนิด 16 และ 18[26] ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการใช้ยาคุมกำเนิดแบบผสมผสานมานานกว่า 6 ปี เชื่อมโยงกับความชุกที่สูงขึ้นของ HPV และการติดเชื้อ HPV ที่มีความเสี่ยงสูง (adjusted OR = 9.82, 95% CI = 3.02-31.89) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้โดยไม่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมทางเพศและความผิดปกติของปากมดลู[4] แต่ทั้งนี้นอกจากผลการศึกษาของเราก็ยังพบหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการศึกษาแบบอภิทาน มีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อ HPV ได้แก่ ปัจจัยอาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาที่ ผู้หญิงที่มีบุตรหลายคน การคลอดก่อนกำหนด ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย จำนวนคู่นอนมากกว่า 10 คน ประวัติการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ HIV และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาในการจัดทำมาตรการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ HPV ร่วมกับการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1.1 ควรส่งเสริมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ HPV เพื่อนำไปเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบาย แผนงาน และมาตรการเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนให้เข้มข้นมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ HPV ที่ยังมีความชุกสูงในเขตสุขภาพที่ 10 ร่วมกับการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุม

1.2 ควรนำผลการศึกษานี้ คืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการสร้างนโยบายสาธารณะ การวางแผนและจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมป้องกันและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ HPV ที่ยังมีความชุกสูงในเขตสุขภาพที่ 10

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในประเด็นการป้องกันการติดเชื้อ HPV ให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและสามารถขยายรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวเพื่อลดการติดเชื้อ HPV ในเขตสุขภาพที่ 10

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลนโยบาย แผนงาน มาตรการและผลลัพธ์ การการวางแผนและจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมป้องกันและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ HPV ที่ยังมีความชุกสูงในเขตสุขภาพที่ 10

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และผู้รับผิดชอบงานเขตรับผิดชอบคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเขตศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021; 71(3): 209-49.
2. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [อินเตอร์เน็ต]. มะเร็งปากมดลูก รู้เร็ว รักษาได้ [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.med.cmu.ac.th/web/news-event/news/pr-news/9989/.
3.WHO [Internet]. Cervical cancer 2022 [cited 2023 17 November]. Available from: https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer.
4. Boonyanurak P, Panichakul S, Wilawan K. Prevalence of high-risk human papillomavirus infection (HPV) and correlation with postmenopausal hormonal therapy in Thai women aged more than 45 years old. Medical journal of the Medical Association of Thailand. 2010; 93(1): 9.
5. Boonthum N, Suthutvoravut S. Prevalence, Types, and Associated Factors of HPV Infection Among Women with Abnormal Cervical Cytology Screening at Ramathibodi Hospital; 2021.
6. Bortolli APR, Treco IC, Vieira VK, Pascotto CR, Ferreto LED, Wendt GW, et al. Prevalence of HPV and associated factors in a population of women living in southern Brazil. Brazilian Journal of Microbiology. 2022; 53(4): 1979-86.
7. WHO [Internet]. New recommendations for screening and treatment to prevent cervical cancer 2021 [cited 2023 17 November]. Available from: https://www.who.int/news/item/06-07-2021-new-recommendations-for-screening-and-treatment-to-prevent-cervical-cancer.
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ [อินเตอร์เน็ต]. โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (HPVcxs2020) 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:]. Available from: https://hpv.nci.go.th/login.jsp;jsessionid=721658065099B857E494DD8FEF22A479.
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in medicine. 1998; 17(14): 1623-34.
10. Hosmer Jr DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression: John Wiley & Sons; 2013.
11. Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, Eslahi M, Ginsburg O, Lauby-Secretan B, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. The lancet global health. 2023; 11(2): 197-206.
12. กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564.
13. Faculty of Public Health Mahidol University [Interne]. Prevalence of HPV infection in Thai women 2022 2022 [cited 2024 16 June]. Available from: https://www.mahidol.ac.th/publications/2022
14. National Statistical Office of Thailand. National Health Survey 2023; 2023.
15. Termrungruanglert W, Khemapech N, Vasuratna A, Havanond P, Deebukkham P, Kulkarni AS, et al. The epidemiologic and economic impact of a quadrivalent human papillomavirus vaccine in Thailand. Plos one. 2021;16(2): e0245894.
16. Vongpunsawad S, Rhee C, Nilyanimit P, Poudyal N, Jiamsiri S, Ahn HS, et al. Prevalence of HPV infection among Thai schoolgirls in the north-eastern provinces in 2018: implications for HPV immunization policy. IJID regions. 2023; 7: 110-5.
17. Phoolcharoen N, Kantathavorn N, Sricharunrat T, Saeloo S, Krongthong W. A population-based study of cervical cytology findings and human papillomavirus infection in a suburban area of Thailand. Gynecologic oncology reports. 2017; 21: 73-77.
18. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. Vaccine. 2006; 24: 4-15.

19. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. International journal of cancer. 2007; 121(3): 621-632.
20. Liu Y, Zhang S, Song X, Wang X. Age-specific prevalence of HPV and its associated factors in women in Beijing, China. Epidemiology and Infection. 2016; 144((13): 2865-73.
21. Jiamsiri S, Rhee C, Ahn HS, Poudyal N, Seo H-W, Klinsupa W, et al. A community intervention effectiveness study of single dose or two doses of bivalent HPV vaccine (CERVARIX®) in female school students in Thailand. Plos one. 2022; 17(4): e0267294.
22. Gatechompol S, Teeratakulpisarn N, Wittawatmongkol O, Teeraananchai S, Kerr SJ, Chalermchockcharoenkit A, et al. Incidence, persistence, and factors associated with HPV infection among male adolescents with and without perinatally acquired HIV infection. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2020; 85(5): 553-560.
23. Pierce Campbell CM, Lin H-Y, Fulp W, Papenfuss MR, Salmerón JJ, Quiterio MM, et al. Consistent condom use reduces the genital human papillomavirus burden among high-risk men: the HPV infection in men study. The Journal of infectious diseases. 2013; 208(3): 373-384.
24. Aneklap P, Chayachinda C, Klerdklinhom C, Thamkhantho M. Factors influencing inconsistent condom use in Thai HIV-infected heterosexual couples. Journal of the Medical Association of Thailand. 2020; 103(5): 504-511.
25. Gadducci A, Cosio S, Fruzzetti F. Estro-progestin contraceptives and risk of cervical cancer: a debated issue. Anticancer Research. 2020; 40(11): 5995-6002.
26. Akter T, Festin M, Dawson A. Hormonal contraceptive use and the risk of sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. Scientific Reports. 2022; 12(1): 20325.

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

DEVELOPMENT OF NURSING GUIDELINES FOR PATIENTS WITH PERIPHERAL VASCULAR INJURIES EMERGENCY ROOM SAKON NAKHON HOSPITAL

(Received: July 23,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

ขวัญจิตร์ มุงคุณ[1]วิภา แก้วเคน[1]วีรศักดิ์ มุงคุณ[1]
Kwanjit MungKhun i[1] Wipa Kaewken [1] Weerasak Mungkhun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สภาพปัจจุบันและความต้องการจำเป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร 2) รูปแบบการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน และ 3) ทดลองใช้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 35 คน กลุ่มเป้าหมายผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน จำนวน 10 คนและกลุ่มเป้าหมายตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน จำนวน 10 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับและแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและค่าสถิติ t- test paired two sample

ผลของการวิจัยพบว่า ผลการทดลองใช้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า หลังการทดลองสูงสุดกว่าคะแนนก่อนการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : พยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน, โรงพยาบาลสกลนคร

ABSTRACT

This research was action research. The objectives are: 1) Current conditions and necessary needsDevelopment of nursing guidelines for patients with peripheral vascular injuries in the emergency room Sakon Nakhon Hospital 2) Model for developing nursing guidelines for patients with peripheral vascular injuries.emergency room and 3) experiment with the development of nursing guidelines for patients with peripheral vascular injuries in the emergency room The target group was 35 people, the target group was 10 people who were experts in developing a model for developing nursing guidelines for patients with peripheral vascular injuries in the emergency room, and the target group was examining the model for developing nursing guidelines for patients with peripheral vascular injuries in the emergency room. 10 people using the purposive selection method The tool used is a questionnaire.Types of 5-level rating scales and knowledge and understanding tests. Statistics used in data analysis are frequency, percentage, mean, standard deviation, analysis.Content and statistical value t- test paired two sample

The results of the research found that results of the trial using the development of nursing guidelines for patients with peripheral vascular injuries in the emergency room. Sakon Nakhon Hospital found that after the

[1] งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

experiment the score was higher than before the experiment. There is a statistical significant difference at the 0.05 level.

Keywords : Nursing guidelines for patients with peripheral vascular injuries emergency room, Sakon Nakhon Hospital

บทนำ

งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นงานบริการด่านหน้า มีระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ระบบหลักคือ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ EMS (Emergency Medical Service) มีบทบาทในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนถึง โรงพยาบาล (Pre-hospital care) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In hospital in Emergency Department) ระบบส่งต่อ(Referral System) และระบบการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพทุกกลุ่มโรค ตลอด 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น[1] ขอบเขตหน่วยงานในความรับผิดชอบ 1) ห้องฉุกเฉิน 2) ห้องสังเกตอาการ 3) ศูนย์รับส่งต่อ 4) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 5) ศูนย์เปล 6) TEA Unit ขอบเขตแนวทางการจัดบริการตามระดับศักยภาพ (ER Service Delivery)ER Service Delivery คือ การส่งมอบการบริการของห้องฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ได้แก่ การบริการการรักษาพยาบาล คือ 1) การบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในสถานพยาบาล 3) ให้การบริการหัตถการที่สำคัญ ฉีดยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด 4) การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสตรีและเด็กที่ถูกทารุณกรรม การประสานงานการรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง คือ 1) ส่งต่อการรักษาเพื่อการดูแลต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล 2) ประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล 3) การสอนและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคลากร นักศึกษาประชาชนหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งบุคลากรพยาบาลและอัตรากาลัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้มีการเตรียมความพร้อมของทีมการพยาบาลที่จะปฏิบัติหน้าที่ในบทบาททีมการพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีในกลุ่มโรคสำคัญตามแผนการให้บริการ (Service plan) โดยพัฒนาบทบาทพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้านร่างกายจิตใจ จิตสังคม ทักษะการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงทักษะการเจรจาต่อรองและอำนาจการตัดสินใจพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินจะหมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ศูนย์ประสานงานการรับ-ส่งต่อจังหวัดสกลนครและเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีการจัดอัตรากาลังในการให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้หลักเกณฑ์ของสำนักการพยาบาลในการจัดสัดส่วนการบริการของพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1 : 10 ทำให้การจัดอัตรากำลังเพิ่มในภาระงานที่เพิ่มขึ้น[1]

ปัญหาของพยาบาลวิชชีพของผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน มีดังนี้ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย ได้แก่ ขาดการปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิหรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักคุณธรรม จริยธรรมอย่างเหมาะสม 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ ได้แก่ ขาดความรู้ ความสามารถใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ใช้บริการได้ทุกกลุ่มวัย ทุกภาวะสุขภาพและครอบคลุมทุกมิติได้อย่างเหมาะสม 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ได้แก่ ขาดพฤติกรรมบริการแสดงความเต็มใจ ความ

กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ขาดการกำหนดเป้าหมายงานที่ได้รับมอบหมาย จัดลำดับความสำคัญและขาดวางแผนการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และทรัพยากร 5) ด้านเทคโนโลยีและสังคม ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การนำเสนอประมวลผลและการนำไปใช้และขาดการมีส่วนร่วมในการจัดเก็บข้อมูล 6) ด้านวิชาการและการวิจัย ได้แก่ และ 7) การสื่อสารและสัมพันธภาพ ได้แก่ ขาดทักษะการฟัง การอ่านและสามารถสรุปประเด็นได้ถูกต้อง ขาดการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้พยาบาลและสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง[1] ดังนั้นผู้วิจัยการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) ด้านการปฏิบัติการ 2) ด้านการวางแผน 3) ด้านการประสานงานและ 4) ด้านการบริการจะต้องมีความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพของการให้บริการและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของพยาบาลวิชาชีพ คือ การทำงานเป็นทีม เป็นการวางแผนการทำงานที่มีการวางเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายเอาไว้เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพอย่างมีแบบแผน มีระบบสร้างความรู้สึกว่าให้สมาชิกในทีมสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ เพื่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งกระบวนการทำงานเป็นทีม ได้แก่ การมีเป้าหมายร่วมกัน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน ด้านการแบ่งงานตามความสามารถของบุคคลและด้านความรับผิดชอบ และการติดต่อสื่อสาร เป็นการสื่อสารเพื่อการสงต่อของข้อมูลทางการพยาบาล เพื่อถ่ายโอนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวของจากพยาบาลที่ดูแลผู้ปป่วยมากอน แล้วสงต่อข้อมูลไปยังพยาบาลอีกคน ดังนั้นการติดต่อสื่อสารจึงมีความสำคัญต่อพยาบาลวิชาชีพเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในหน่วยงาน ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ มีขวัญ กำลังใจ และภาคภูมิใจเกิดความยึดมั่นผูกพันพร้อมที่จะปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของหน่วยงานและเกิดการพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล[2]

การพัฒนาบุคลากร เป็นการเพิ่มเติมความรู้ทักษะ ประสบการณ์และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำงานด้วยความสุขและวิธีการพัฒนาบุคลากรที่มีประสิทธิผล ได้แก่ 1) การฝึกอบรม 2) การสอนงาน/ ถ่ายทอด 3) การสัมมนา/ บรรยาย 4) การศึกษาดูงาน 5) การศึกษาต่อเนื่อง 6) การนิเทศ และ 7) การประชุมกลุ่มย่อย และ 5) การประเมินผล[3] และการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรจึงมีความสำคัญเพราะจะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะและคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงออกทั้งวิธีคิดและพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลในหน้าที่รับผิดชอบให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และประเมินผลสมรรถนะพยาบาลวิชีพที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามมาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานที่องค์การกำหนดไว้[4]

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนครและเป็นการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ค่านิยมและเจตคติในการที่จะปฏิบัติงานการทำงานเป็นทีมและการติดต่อสื่อสารที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อหน่วยงานของโรงพยาบาลสกลนให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการจำเป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

2. เพื่อพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

3. เพื่อทดลองใช้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามความมุ่งหมายของการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการจำเป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 35 คน เกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติเป็นพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การหาคุณภาพของของเครื่องโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ผลตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 1.00 ถือว่าใช้ได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 รูปแบบการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 10 คน เกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปหรือเป็นนักวิชาการที่มีประสบการณ์มกกว่า 10 ปีขึ้นไปหรือบุคลากรทางด้านผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉินหรือพยาบาลวิชาชีพที่มีวิทยฐานะระดับชำนาญการขึ้นไป เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การหาคุณภาพของของเครื่องโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ผลตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 1.00 ถือว่าใช้ได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตรวจสอบคู่มือการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนครที่พัฒนาขึ้นด้านความเหมาะสมและด้านความเป็นไปได้ (กลุ่มเป้าหมายชุดเดิมในระยะที่ 2)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนครด้านความเหมาะสมและด้านความเป็นไปได้ จำนวน 35 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การหาคุณภาพของของเครื่องโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ผลตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 1.00 ถือว่าใช้ได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันและความต้องการจำเป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า สภาพปัจจุบันปัญหาการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน พบว่า รวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยมีดังนี้ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ ด้านเทคโนโลยีและสังคม ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและพัฒนาคุณภาพ ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ การสื่อสารและสัมพันธภาพ ด้านวิชาการและการวิจัย ตามลำดับ และ ความต้องการจำเป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน พบว่า รวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และแนวทางการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน พบว่า รวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยมีดังนี้ การฝึกอบรม การสอนงาน การนิเทศ การศึกษาดูงาน การสัมมนา และการศึกษาต่อ ตามลำดับ

2. รูปแบบการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย 1 ชุด 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การติดต่อสื่อสาร และ กิจกรรมที่ 2 การทำงานเป็นทีม ซึ่งมีองค์ประกอบของคู่มือประกอบด้วย 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการพัฒนาและ 5) การวัดและประเมินผล และผลการตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนครที่พัฒนาขึ้นด้านความเหมาะสมและด้านความเป็นไปได้ โดยเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน กิจกรรมที่ 1 ด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่า มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ตามลำดับ และกิจกรรมที่ 2 ด้านการทำงานเป็นทีม พบว่า มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

3. ผลการทดลองใช้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า หลังอบรมและก่อนอบรมเท่ากับ 27.31/ 16.68 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันโดยใช้การทดสอบค่าที เท่ากับ 30.53 ปรากฏวา Sig. = .00 ดังนั้น Sig. < α (.00 < .05) แสดงว่าหลังทดสอบสูงกว่าก อนทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และและระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรม โดยเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านความเข้าใจ ด้านสถานที่ / เอกสาร ด้านการนำความรู้ไปใช้ และ ด้านวิทยากร

สรุปและอภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. สภาพปัจจุบันและความต้องการจำเป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า สภาพปัจจุบันและความต้องการจำเป็นโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากแนวโน้มการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล พบว่า การปฏิรูปการศึกษาของประเทศไทยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อวิชาชีพพยาบาลในทุกด้านทั้งในส่วนของด้านการบริการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล ด้านการบริหาร การพยาบาลและด้านการวิจัยทางการพยาบาล ทั้งนี้แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงของการศึกษาไทยจะทำให้ประชาชนไทยและแม้กระทั่งนักศึกษาพยาบาลและตัวบุคลากรทางการพยาบาลเองมีความรู้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการใช้เทคโนโลยีได้มากขึ้น กระบวนการกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารและวิธี การใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เหล่านี้ยังคงมีประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป จึงทำให้

บุคลากรวิชาชีพต้องการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อตนเองและองค์กรจึงทำให้ผลของการศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุดและความต้องการจำเป็นก็เช่นเดียว (อัศนี วันชัย. 2562, หน้า 106-117) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ชลธิชา โภขนกิจ[3] ได้ศึกษาการพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล พบว่า ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ด้านการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพ ด้านวิชาการและการวิจัย ด้านคุณลักษณะทางวิชาชีพ และด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและสังคม โดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับผลการวิจัยของมารศรี ก้วนหิ้น[6] พบว่าสถาพปัญหาการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมและรายสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลางและความต้องการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ในระดับสูง

2. รูปแบบการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร มี 1 ชุด 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การติดต่อสื่อสาร และกิจกรรมที่ 2 การทำงานเป็นทีม ซึ่งมีองค์ประกอบของคู่มือประกอบด้วย 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการพัฒนาและ 5) การวัดและประเมินผล และผลการตรวจสอบคู่มือการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนครที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมาให้ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉินและการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 เพื่อเสนอรูปแบบการพัฒนาบุคลากรพยาบาลวิชาชีพและทุกท่านได้เห็นดีกับการพัฒนาในเรื่องของการทำงานเป็นทีม มีความสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความสำเร็จในงานต้องมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเพื่อนมนุษย์ส่งเสริมและพัฒนาอยู่เสมอ เพื่อให้สมาชิกและทีมมีศักยภาพและมีความพร้อมในการทำงานทีมที่สามารถทำงานให้ประสบความสำเร็จได้ ต้องประกอบด้วยความสามารถพิเศษ ความรู้ การมีอิทธิพลต่อความคิดของคนในองค์กร ประสบการณ์ และความรู้เกี่ยวกับวิธีการทำงานในเชิงเทคนิคที่จำเป็นสำหรับการทำงานของทีม ความสำคัญของการรวมตัวกันเพื่อทำงานเป็นทีมความรู้ความสามารถและศักยภาพในตัวบุคคลมีขอบเขตที่จำกัด จึงต้องมารวมกลุ่มกันเพื่อนำจุดดี จุดด้อยความรู้และความสามารถที่แตกต่างกันเพื่อร่วมกันแก้ปัญหา เพื่อประโยชน์ทั้งส่วนบุคคลและส่วนรวม สรุปได้ว่า การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญอย่างยิ่งกับการพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ย่อมเกิดจากทีมที่มีประสิทธิภาพที มที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีความรู้ความสามารถอย่างสูง และสามารถบริหารจัดการองค์ความรู้ของบุคลากรที่อยู่ในทีมประสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดขององค์กร[5] ซึ่งการติดต่อสื่อสารมีความสำคัญ เช่น 1) การดำรงชีวิตของปัจเจกบุคคล เพราะว่าคนจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้จะต้องใช้การพูดจาสร้างมิตรภาพ ทั้งในบ้าน สถานศึกษาที่ทำงานและสังคมภายนอกอื่น ๆ ได้แก่ ร้านค้า โรงพยาบาล และงานเลี้ยง เป็นต้น บางครั้งอาจอยู่ในรูปของสัญลักษณ์ ได้แก่ สัญญาณไฟเขียวไฟแดง การส่งดอกไม้ก็ได้ 2) การสื่อสารก่อให้เกิดการประสานสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสังคม ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างคนในสังคม ช่วยสืบทอดวัฒนธรรมประเพณี สะท้อนให้เห็นภาพความเจริญรุ่งเรือง วิถีชีวิตของผู้คน ช่วยธำรงสังคมให้อยู่ร่วมกันเป็นปกติสุขและอยู่ร่วมกันอย่างสันติ และ 3) การพัฒนาความ

เจริญก้าวหน้าทั้งตัวบุคคลและสังคม การพัฒนาทางสังคมในด้านคุณธรรม จริยธรรม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ฯลฯ รวมทั้งศาสตร์ในการสื่อสารจำเป็นต้องพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์และพัฒนาความเจริญ ก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ

3. ผลการทดลองใช้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า หลังทดสอบสูงกว่าก่อนทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรม โดยเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน และทุกข้อ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนครภายหลังการเข้ารับการฝึกอบรมจึงทำให้ผลการทดลองใช้อยู่ในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับผลการวิจัยของมารศรี ก้วนหิ้น[6] พบว่า ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมและรายสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลางและหลังอบรมการพัฒนาทักษะอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำผลการศึกษาเพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารระดับสูงหรือที่เกี่ยวข้องจะได้รับการพัฒนา ส่งเสริมต่อการจัดทำแผนพัฒนาต่อไป

1.2 ควรนำผลการศึกษาไปสู่การปฏิบัติของพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนครเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อองค์กรและใช้เป็นสารสนเทศ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ต่อหน่วยงานที่มีความสนใจศึกษา

2. สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงเชิงปฏิบัติการและด้านเทคโนโลยีและสังคมที่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

2.2 ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลสกลนคร. (2564). แบบรายงานการประเมินตนเอง. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร กระทรวงสาธารณสุข.
2. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, กมลพรรณ วัฒนากร, ชุติมา เทียนชัยทัศน์, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2562). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6 (พิเศษ), 15-28.
3. ชลธิชา โภขนกิจ. (2560). การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
4. McClelland, D.C. (1970). Testing for Competence rather than for Intelligence. Journal of American Psychologist, 30, 1-14.
5. ลำเทียน เผ้าอาจ. (2559). การทำงานเป็นทีมของข้าราชการในโรงเรียนขยายโอกาสอำเภอเมืองตราด สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตราด. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. มารศรี ก้วนหิ้น. (2560). การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 13(3). 30-40

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กระบวนการผลิตน้ำแข็ง ณ โรงงานน้ำแข็งสมุทรปราการ

Assessing the carbon footprint of product: A case Study on the ice house process in Samut Prakan.

(Received: July 11,2024 ; Revised: July 20,2024 ; Accepted: July 21,2024)

กิตติเทพ เครือชะเอม[1] ,เสรีย์ ตู้ประกาย[2] ,วรานนท์ คงสง[3] ,อนุวัต เจริญสุข[4]
มงคง รัชชะ[5] ,สมพร ธเนศวาณิชย์[6] ,วันเพ็ญ วิโรจกูฏ[7]
Kittitep Khruachaem[1] ,Seree Tuprakay[2] , Waranon Kongsong[3] , Anuwat Charoensuk[4]
Mongkol Ratcha[5] , Somporn Taneswanit[6] , Wanpen Wirojanagud[7]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา กระบวนการผลิตน้ำแข็ง เพื่อประเมินค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์เทียบเท่าของกระบวนการผลิตน้ำแข็งโดยใช้หลักการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ และเสนอมาตรการการลดค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ตัวอย่างในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนกรผลิตน้ำแข็ง มีค่าการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากผลิตภัณฑ์น้ำแข็ง จำนวน 1 กิโลกรัม เท่ากับ 0.0496 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิต ประกอบด้วย สัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการใช้ไฟฟ้า เท่ากับ 0.0489 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล เท่ากับ 0.000461 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ และการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้สารเคมี เท่ากับ 0.000192 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์

คำสำคัญ : คาร์บอนฟุตพริ้นท์, ก๊าซเรือนกระจก, ผลิตภัณฑ์

Abstract

This research is a case study, proposes to analyze the carbon footprint of products that focus on a case study, which involves to ice products. The assessment utilized the carbon footprint methodology for product, specifically focusing on the carbon footprint of ice production. Data analysis is an example study.

The study's results revealed that the production process of ice product is associated with a greenhouse gas emission value of 0.0496 kilogram carbon dioxide equivalent per product unit for the production of a ton ice product. This value comprises a greenhouse gas emission proportion of 0.0489 kilogram carbon dioxide equivalent per product unit for electricity use, a greenhouse gas emission proportion of 0.000461 kilogram carbon dioxide equivalent per product unit for water use and a greenhouse gas emission proportion of 0.000192 kilogram dioxide equivalent per product unit for chemical use.

Keywords: carbon footprint, greenhouse gases, products

---

[1] นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิศวกรรมการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[2] วศ.ด.รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์พิเศษ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[5] ปร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: Mongkol.r@ru.ac.th
[6] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[7] รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) และภาวะโลกร้อน (Global Warming) เป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ท้าทายมนุษยชาติมากที่สุดในศตวรรษที่ 21 เกิดจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gases: GHGs) สู่ชั้นบรรยากาศโลกมากจนเกินสมดุลธรรมชาติ ทำให้ความร้อนจากแสงอาทิตย์ที่ส่งลงมายังพื้นโลกไม่สามารถระบายออกสู่บรรยากาศชั้นนอกของโลกได้ จึงเกิดการกักเก็บความร้อนที่เรียกว่า ภาวะเรือนกระจก (Greenhouse Effect) และทำให้อุณหภูมิสูงขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อระบบนิเวศและสิ่งมีชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ การละลายของภูเขาน้ำแข็งและธารน้ำแข็ง การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำทะเลและมหาสมุทร ความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศ และการเกิดพายุและภัยธรรมชาติที่รุนแรงและบ่อยครั้งขึ้น เป็นต้น[1] ผลกระทบจากภาวะโลกร้อนทำให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกตื่นตัวในการดำเนินงาน เพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ทั้งจากการคำนวณหาปริมาณ การติดตามตรวจสอบ การรายงานผล การทวนสอบการปล่อยหรือการดูดกลับก๊าซเรือนกระจก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการริเริ่ม เพื่อจำกัดความเข้มข้นของก๊าซเรือนกระจกในชั้นบรรยากาศ โดยประเทศไทยได้จัดส่งข้อเสนอการมีส่วนร่วมของประเทศในการลดก๊าซเรือนกระจกและการดำเนินงานด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศภายหลังปี พ.ศ. 2563 (Intended Nationally Determined Contributions: INDCs) ไปยังสำนักเลขาการอนุสัญญาสหประชาชาติ ว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยมีเป้าหมายการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศไทย ภายหลังปี พ.ศ. 2563 ที่ร้อยละ 20-25 จากกรณีปกติ[2] ดังนั้น ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงต้องมีส่วนร่วมในการลดก๊าซเรือนกระจกจากส่วนที่ต้นรับผิดชอบ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สถานการณ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของประเทศไทยจากการจัดทำบัญชีก๊าซเรือนกระจก ปี พ.ศ. 2554 ของสำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยปล่อยก๊าซเรือนกระจกรวมทั้งสิ้น 305.52 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (Carbon dioxide equivalent: CO_2eq) ประกอบด้วย ภาคพลังงานปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งสิ้นรวม 222.94 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ภาคกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมปล่อยก๊าซเรือนกระจกรวมทั้งสิ้น 18.23 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ภาคเกษตรกรรมปล่อยก๊าซเรือนกระจกรวมทั้งสิ้น 52.92 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า และภาคของเสียปล่อยก๊าซเรือนกระจกรวมทั้งสิ้น 11.43 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า เมื่อรวมการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกจากภาคการใช้ประโยชน์ที่ดิน การเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์ที่ดินและป่าไม้ ซึ่งมีปริมาณเท่ากับ 43.19 - 114.13 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ตามลำดับแล้ว การปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยรวมของประเทศไทยจะมีค่าลดลงเหลือ 234.58 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า เนื่องจากมีการดูดกลับก๊าซเรือนกระจกสุทธิเท่ากับ -70.94 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า เมื่อเทียบกับการปล่อยก๊าซเรือนกระจกกับประเทศต่างๆ ในอาเซียน พบว่า ประเทศอินโดนีเซียมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด เนื่องจากมีการผลิตและใช้ถ่านหินเป็นจำนวนมาก และประเทศไทยมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นอันดับสอง โดยเฉพาะภาคพลังงานที่ประเทศไทยใช้สูงสุด[3]

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเรื่องการประเมิน การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กระบวนการผลิตน้ำแข็ง ณ โรงงานน้ำแข็งสมุทรปราการโดยใช้หลักการประเมินวัฏจักรชีวิตของ

ผลิตภัณฑ์ (Life Cycle Assessment : LCA) ทั้งนี้สามารถนำข้อมูลการใช้พลังงาน การผลิต และการมาคำนวณค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดขึ้นได้ครบถ้วนและแม่นยำ

น้ำแข็งเป็นผลิตภัณฑ์ที่นิยมบริโภคกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากประเทศไทยเป็นเมืองที่มีอากาศร้อนเกือบตลอดทั้งปี จึงนิยมใช้น้ำแข็งเป็นส่วนประกอบของเครื่องดื่มและอาหารเพื่อให้ความเย็น รวมทั้งใช้ในการเก็บรักษาคุณภาพของอาหาร นอกจากนี้ในภาคอุตสาหกรรมยังใช้น้ำแข็งในการลดอุณภูมิของผลิตภัณฑ์อีกด้วย ทำให้ในแต่ละวันมีความต้องการบริโภคและอุปโภคน้ำแข็งปริมาณมากและมีโรงงานผลิตกระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยน้ำแข็งที่ผลิตในประเทศไทยมี 2 ประเภทหลักๆคือน้ำแข็งซองและน้ำแข็งหลอด น้ำแข็งซองนำไปใช้ในการบริโภคโดยตรงและใช้ลดอุณหภูมิวัตถุดิบหรือผลิตภัณฑ์อาหารให้เย็นลง สำหรับน้ำแข็งหลอดใช้ในการบริโภคโดยตรง[4] ในการผลิตน้ำแข็งต้องใช้พลังงานไฟฟ้าสูงมาก โดยใช้หลักการของระบบทำความเย็นในการลดอุณหภูมิและเปลี่ยนสภานะของน้ำจากของเหลวที่อุณหภูมิบรรยากาศ (ประมาณ 26-29 องศาเซลเซียส) เพื่อให้แข็งตัวเป็นน้ำแข็งที่อุณหภูมิ 0 องศาเซลเซียส และยังมีการใช้สารเคมีในระบบทำความเย็น การใช้สารเคมีในการปรับคุณภาพน้ำ ทำให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกสู่ภายนอก

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำหลักการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ผลิตภัณฑ์มาประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งจะช่วยให้มีข้อมูลในการตัดสินใจ และใช้เป็นแนวทางในการควบคุมการปล่อยการก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นในการผลิตหรือค้นหาเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงาน อีกทั้งสามารถเป็นตัวชี้วัดในกลุ่มอุตสาหกรรมน้ำแข็งในกลุ่มเดียวกันถึงความตระหนักในการช่วยลดการปล่อยมลพิษสู่ภายนอกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อประเมินค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์เทียบเท่าของกระบวนการผลิตน้ำแข็งโดยใช้หลักการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์และเสนอมาตรการการลดค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์

วิธีดำเนินงานวิจัย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิจัย โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสำรวจกระบวนการผลิตน้ำแข็งเพื่อรวบรวมการใช้พลังงานไฟฟ้า การใช้น้ำประปาน้ำบาดาลและการใช้สารเคมี จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์และเสนอแนวทางในการลดค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1) กำหนดขอบเขตการศึกษา

ทำการศึกษาโดยทำการประเมินและรวบรวมข้อมูลปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมในกระบวนการผลิตน้ำแข็ง ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ในส่วนของการผลิตดังนี้ แผนกสูบน้ำบาดาล แผนกปรับคุณภาพน้ำ และแผนกผลิตน้ำแข็ง
โดยใช้รูปแบบการประเมินตามหลักการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) แบบ Cradle to Gate หรือ B2B มีขั้นตอนดังภาพที่ 1

2) กำหนดขอบเขตช่วงเวลาทำการศึกษา

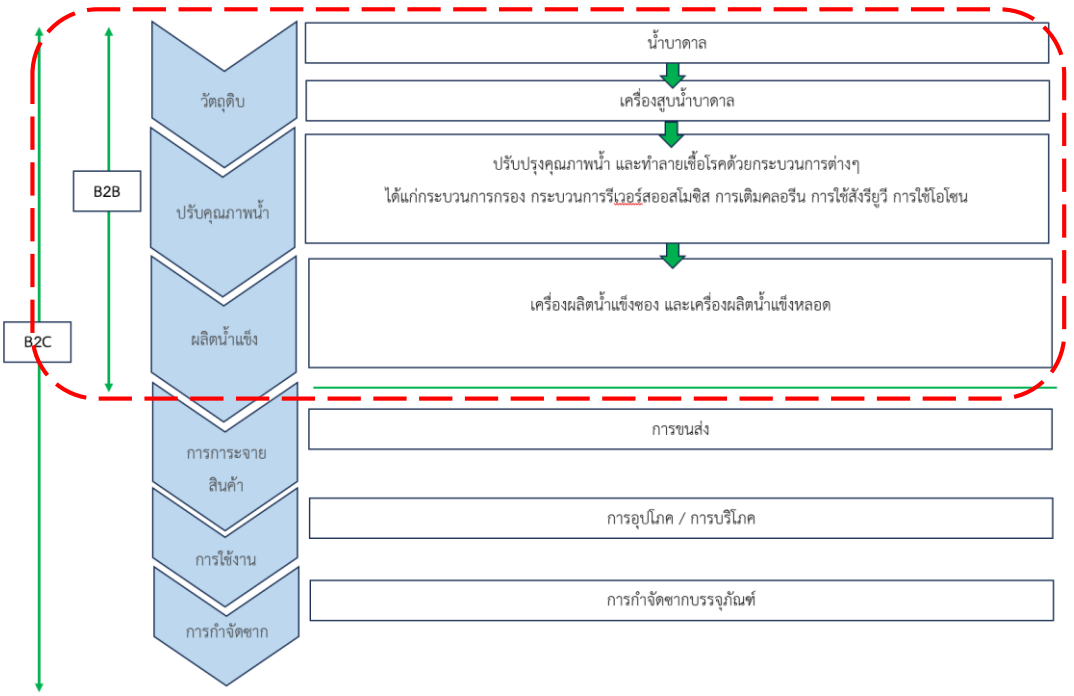
การศึกษาโดยการรวบรวมปริมาณการใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล และการใช้สารเคมีในช่วง มกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566

3) การจัดทำบัญชีรายการ

การจัดทำบัญชีรายการ คือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็นที่ใช้ในการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปริมาณการใช้ไฟฟ้า ปริมาณการใช้ประปาและน้ำบาดาล ปริมาณการใช้สารเคมี

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณ คือ ข้อมูลด้านกิจกรรม (Activity data) และค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ข้อมูลจะอยู่ในรูปของปริมาณการใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล และการใช้สารเคมี โดยจะทำการเก็บข้อมูลเป็นหน่วยต่อการใช้งาน ข้อมูลที่กล่าวมาเป็นข้อมูลที่ได้รับจากผู้ประกอบการโดยตรง



ภาพที่ 1 รูปแบบการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์น้ำแข็ง

5) ขั้นตอนการคำนวณ

การคำนวณหาค่าปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของผลิตภัณฑ์น้ำแข็ง โดยการนำข้อมูลด้านปฐมภูมิและข้อด้านมูลทุติยภูมิมาคำนวณและแปลงออกมาให้อยู่ในรูปปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยการคูณเข้ากับค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของ การใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล การใช้สารเคมี และบันทึกในรูปปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ โดยสามารถคำนวณได้จากสมการนี้[5]

$$CFP = \Sigma (A_i \times EF_i)$$

โดย CFP คือ ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์มีหน่วยเป็น กิโลกรัมคาร์บอนได - ออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยของผลิตภัณฑ์

A_i = ปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกิจกรรม i มีหน่วยเป็น (หน่วยกิจกรรมต่อหน่วยผลิตภัณฑ์)

EF_i = ค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของวัตถุดิบหรือกิจกรรมของ i โดยมีหน่วยเป็นกิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วย[6]

ผลการศึกษาและวิจารณ์ผล

1. การกำหนดขอบเขตของการประเมิน

ตารางที่ 1 ขอบเขตของการประเมิน

ขอบเขตการประเมิน	รายละเอียด
สิ่งที่สนใจทำการประเมิน	ผลิตภัณฑ์น้ำแข็ง
ขอบเขตการประเมิน	B2B หรือ Cradle to gate
หน่วยที่ใช้ประเมิน	1 กิโลกรัม
ช่วงเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	มกราคม – ธันวาคม 2566

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการประเมินสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ 2 แหล่ง คือ ข้อมูลปฐมภูมิ ข้อมูลทุติยภูมิ และรายละเอียดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจก ดังตารางที่ 2 และตารางที่3 และผลการประเมินคาร์บอนฟุตริ้นท์ของกระบวนการผลิตน้ำแข็ง ดังตารางที่ 3 และภาพที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ปริมาณน้ำแข็งที่ผลิตได้ต่อปี

รายการ	หน่วยเก็บข้อมูล	ปริมาณที่ผลิตได้ต่อปี
น้ำแข็งซอง	kg	76,650,000
น้ำแข็งหลอด	kg	18,250,000
รวมทั้งสิ้น		94,900,000

ตารางที่ 3 แหล่งของข้อมูล

รายการ	ข้อมูลปฐมภูมิ	ข้อมูลทุติยภูมิ	หน่วยเก็บข้อมูล	รายละเอียดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจก
ข้อมูลการใช้ไฟฟ้า	ข้อมูลกระบวนการผลิตย้อนหลัง 12 เดือน ตั้งแต่ ม.ค. - ธ.ค. 66	องค์การบริหารก๊าซเรือนกระจก	kWh	- เครื่องผลิตน้ำแข็งหลอด กำลังผลิต 50 ตัน/วัน - เครื่องผลิตน้ำแข็งซอง กำลังผลิต 1050 ซอง/วัน - เครื่องกรองน้ำ - เครื่องฆ่าเชื้อโรค - ปั๊มสูบน้ำ - พัดลมระบายอากาศ - หลอดไฟ
ข้อมูลการใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล			m^3	- ปริมาณการใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล
ข้อมูลการใช้สารเคมี			kg	- เกลือแกง (Sodium Chloride) - คลอรีน (Chlorine) - แอมโมเนีย (Ammonia)

*น้ำแข็งซอง 1 หน่วยมีน้ำหนัก 200 กิโลกรัม

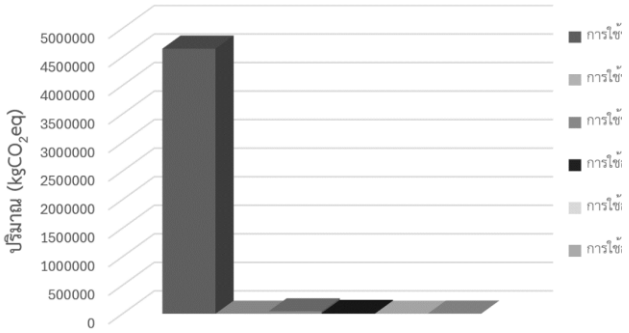
ตารางที่ 4 ผลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์

รายการ	ปริมาณก๊าซเรือนกระจกต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ ($kgCO^2eq$)	สัดส่วนปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (%)
1. การใช้พลังงานไฟฟ้า	4,644,720	98.68
2. การใช้น้ำประปา	1,320	0.03
3. การใช้น้ำบาดาล	42,410	0.9
4. การใช้สารเคมีเกลือแกง	13,950	0.3
5. การใช้สารเคมีคลอรีน	910	0.02
6. การใช้สารเคมีแอมโมเนีย	3400	0.07
รวมทั้งสิ้น	4,706,710	100

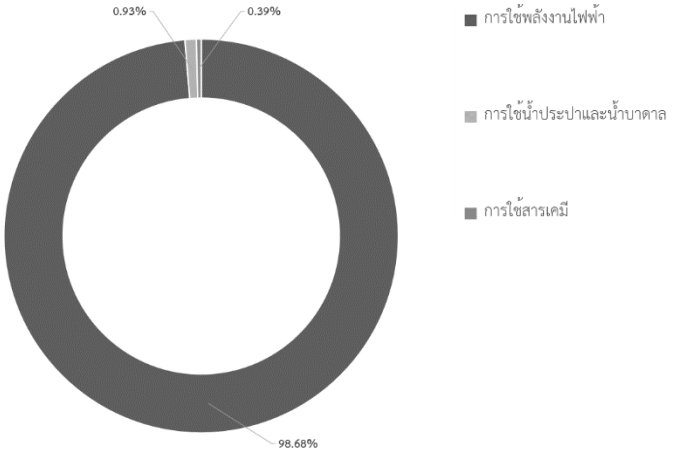
จากตารางที่ 4 พบว่า มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกรวมทั้งสิ้น 4,706,710 $kgCO_2eq$ โดยแยกเป็นการใช้พลังงานไฟฟ้ามีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเท่ากับ 4,644,720 $kgCO_2eq$ คิดเป็นร้อยละ 98.68

การใช้น้ำประปามีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเท่ากับ 1,320 $kgCO_2eq$ คิดเป็นร้อยละ 0.03 การใช้น้ำบาดาลมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเท่ากับ 42,410 $kgCO_2eq$ คิดเป็นร้อยละ 0.90 การใช้สารเคมีเกลือแกงมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเท่ากับ 13,950 $kgCO_2eq$

คิดเป็นร้อยละ 0.30 การใช้สารเคมีคลอรีนมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเท่ากับ 910 $kgCO_2eq$ คิดเป็นร้อยละ 0.02 และการใช้สารเคมีแอมโมเนียมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเท่ากับ 3,400 $kgCO_2eq$ คิดเป็นร้อยละ 0.07



ภาพที่ 2 ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกกระบวนการผลิตน้ำแข็ง



ภาพที่ 3 ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกกระบวนการผลิตน้ำแข็ง

จากภาพที่ 3 แสดงผลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากกระบวนการผลิต พบว่า การใช้พลังงานไฟฟ้ามีการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เท่ากับ 4,644,720 $kgCO_2eq$ หรือคิดเป็นร้อยละ 98.65 การใช้น้ำประปาและน้ำบาดาลมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เท่ากับ 43,730 $kgCO_2eq$ หรือคิดเป็นร้อยละ 0.96 และการใช้สารเคมีมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เท่ากับ 18,260 $kgCO_2eq$ คิดเป็นร้อยละ 0.39

ตารางที่ 5 สรุปการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้น

กิจกรรม	การผลิตน้ำแข็ง จำนวน 94,900,000 กิโลกรัม	การผลิตน้ำแข็ง จำนวน 1 กิโลกรัม
การใช้ไฟฟ้า	4,644,720	0.0489
การใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล	43,730	0.000461
การใช้สารเคมี	18,260	0.000192
คาร์บอนฟุตพริ้นท์ผลิตภัณฑ์	**4,706,710 $kgCO_2$ eq/ 94,900,000 กิโลกรัม**	**0.0496 $kgCO_2$ eq/ 1 กิโลกรัม**

จากตารางที่ 5 สรุปการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตน้ำแข็งโดยพบว่ามีค่าการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการผลิตน้ำแข็งปริมาณ 1 กิโลกรัม เท่ากับ 0.0496 $kgCO_2$ eq

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กระบวนการผลิตน้ำแข็ง ณ โรงงานน้ำแข็งสมุทรปราการ โดยพบว่าค่าการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากผลิตภัณฑ์น้ำแข็งจำนวน 1 กิโลกรัม เท่ากับ 0.0496 $kgCO_2$ eq ประกอบด้วย สัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการใช้ไฟฟ้า เท่ากับ 0.0489 $kgCO_2$ eq การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล เท่ากับ 0.000461 $kgCO_2$ eq และการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้สารเคมี เท่ากับ 0.000192 $kgCO_2$ eq สัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงที่สุดคือการใช้ไฟฟ้า เนื่องจากกระบวนการผลิตน้ำแข็งมีอุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นหลักและจำเป็นต้องใช้งานตลอดทั้งวัน ทำให้ต้องใช้ไฟฟ้าในปริมาณมาก[7] ในระยะยาวควรติดตั้งเซลล์แสงอาทิตย์เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายการใช้พลังงานไฟฟ้า

การใช้น้ำประปาและน้ำบาดาลซึ่งเป็นวัตถุดิบหลักในการผลิตน้ำแข็งหลอด เนื่องจากคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่ตั้งโรงงานมีปริมาณเพียงพอใช้ตลอดปี ละคุณภาพดีกว่าน้ำประปา ทำให้เจ้าของโรงงานเลือกใช้น้ำบาดาลในการผลิตเป็นหลัก

การใช้สารเคมีในกระบวนการผลิต เช่น เกลือแกง (Sodium Chloride) คลอรีน (Chlorine) และแอมโมเนีย (Ammonia) เป็นสารเคมีที่จำเป็นในกระบวนการผลิต ควรควบคุมและดูแลการใช้ให้อยู่ในปริมาณที่พอเหมาะตามกฎหมายไม่เป็นอันตรายแก่ผู้บริโภค และควรกำจัดสารเคมีให้ถูกต้องตามคู่มือการใช้สารเคมี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการผลิตที่มาจากการใช้พลังงานไฟฟ้าสามารถลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้โดยการใช้พลังงานทดแทนจากการติดตั้งเซลล์แสงอาทิตย์ภายในพื้นที่โรงงาน จากการสอบถามเจ้าของโรงงาน ได้ความว่า ทางโรงงานมีความตั้งใจที่จะติดตั้งเซลล์แสงอาทิตย์บริเวณหลังคาโรงงานเพื่อลดการใช้พลังงานไฟฟ้าในกระบวนการผลิต และได้ติดต่อบริษัทที่เกี่ยวข้องเพื่อมาประเมินประสิทธิภาพการผลิตไฟฟ้าจากเซลล์แสงอาทิตย์ พบว่า ถ้าติดตั้งเซลล์แสงอาทิตย์บริเวณหลังคาโรงงานได้ทั้งหมด จะสามารถลดค่าใช้จ่ายการใช้พลังงานไฟฟ้าในแต่ละเดือนได้ถึง 5 – 10 % ขึ้นอยู่กับสภาพอากาศและปริมาณแสงอาทิตย์ในแต่ละวัน และใช้เวลา 7 – 8 ปีเป็นระยะเวลาคืนทุนจากการติดตั้งเซลล์แสงอาทิตย์ และจากการสอบถามเจ้าของโรงงานเกี่ยวกับการลดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการปลูกต้นไม้ทดแทนในบริเวณโรงงาน ได้ความว่า พื้นที่บริเวณโรงงานมีจำกัดและไม่สามารถใช้พื้นที่ในการปลูกต้นไม้ เช่น ไม้ยืนต้น ได้อย่างพอเพียง การติดตั้งเซลล์แสงอาทิตย์ช่วยลดการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นส่วนที่ส่งผลต่อค่าปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ดังนั้นเมื่อลดการใช้พลังงานไฟฟ้าลง ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก็จะลดลงไปด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรมที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกควรมีการจัดการระบบการเก็บข้อมูลให้ละเอียดขึ้น หรือให้มีการจัดทำการตรวจวัดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยตรง เพราะทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพสูง และการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรเพื่อให้เห็นภาพรวมของการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มิ่งสรรพ์ ขาวสะอาด และกอบกุล รายะนาคร. (2553). นโยบายเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ. เชียงใหม่: ล็อคอินดีไซน์เวิร์ค.
2. สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). แผนที่นำทางการลดก๊าซเรือนกระจก ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๓. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
3. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. (2559). การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของอาเซียน. สืบค้นจาก http://www.environnet.in.th/archives/401
4. กระทรวงสาธารณะสุข. (2564). คู่มือสำหรับผู้ควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติและน้ำแข็งบริโภค. กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5. องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). (2565). แนวทางกระประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรโครงการส่งเสริมการจัดทำคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร. ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.
6. องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). 2565. ค่า Emission Factor. https://thaicarbonlabel.tgo.or.th/index.php?lang=TH&mod=Y0hKdlpIVmpkSE5mWlcxcGMzTnBiMjQ9
7. ธนพร เงาะหวาน. (2554). การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรโรงงานน้ำแข็ง ห้างหุ้นส่วน จำกัด ปั้นน้ำเพชร. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยพะเยา

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือนที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

The Development Model Educating for Child caregivers together with TEDA4I Program on Children 18-60 Month with Delayed Development of Language, Phanna Nikom subdistrict, Phanna Nikom district, Sakon Nakhon Province.

(Received: July 5,2024 ; Revised: July 23,2024 ; Accepted: July 27,2024)

วนิดา ชะเอม[1]
vanida_cha-em[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) การบันทึกข้อมูล แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และแบบบันทึกพฤติกรรมการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ในเด็กอายุ 18-60 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน โดยใช้การวิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนข้อมูลทั่วไปใช้การวิเคราะห์ค่าร้อยละ

ผลจากการวิเคราะห์การวิจัย พบว่าผู้ที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงมากที่สุด ช่วงอายุ 31-40 ปี และช่วงอายุ 51-60 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการ มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่าส่วนใหญ่เป็นครูพี่เลี้ยง รองลงมาคือเป็นพ่อแม่ ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีความบกพร่องด้านพัฒนาการ และไม่มีความกังวลใจต่อการดูแลบุตรหลาน เด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าทางภาษาเป็นเพศชายทั้งหมด อยู่ในช่วงอายุ 15-18 เดือน มากที่สุดร้อยละ 50 น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ(น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม) มากที่สุดร้อยละ 66.7 และมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 33.3 หลังจากกระตุ้นพัฒนาการครบ 4 สัปดาห์ พฤติกรรมด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษายังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 100 ทำการกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องครบ 8,12 สัปดาห์ พฤติกรรมด้านการเข้าใจภาษาผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ส่วนพฤติกรรมด้านการใช้ภาษา ผ่านเกณฑ์ประมิน ร้อยละ 66.67 ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 33.33

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การให้ความรู้ ผู้ดูแลเด็ก โปรแกรม TEDA4I เด็กอายุ 18-60 เดือน พัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา

Abstract

This Action Research aims to develop a model for educating child care providers in conjunction with the use of the TEDA4I program for children aged 18-60 months with suspected language development delays, Phanna Subdistrict, Phanna Nikhom District. Sakon Nakhon Province. The research tools used include focus group questions, which are open-ended questions. The question line includes Operational guidelines. Problems and obstacles in reaching the target group Forwarding system Data recording. Assessment of knowledge and understanding in promoting language development and a behavioral record for stimulating the development of children suspected of having delayed language development to help early childhood children with developmental problems (TEDA4I) in children aged 18-60 months. The sample group used in this research included children aged 18-60 months with suspected language development delays. and was followed up to

[1] งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

stimulate development continuously until 3 months data were analyzed by percentage , mean ($\bar{x}$) and standard deviation (S.D.)

Results from research analysis It was found that the majority of respondents were female, with an age range of 31-40 years and an age range of 51-60 years. Marital status, bachelor's degree education. Government career. Have a monthly income of more than 10,000 baht. Relationship with children found that most of them are mentors. Next is being a parent. There is no family history of developmental disabilities. and have no concerns about taking care of their children. All children suspected of having language delays were male. In the age range of 15-18 months, at most 50 percent, birth weight Weight was within the normal range (weight greater than or equal to 2,500 grams) for 66.7%, and weight was less than the norm for 33.3%. After stimulating development for 4 weeks, behavior in understanding language and using language still did not pass the assessment criteria by 100 percent. After stimulating development continuously for 8,12 weeks, behavior in understanding language passed the criteria for 100 percent. As for language use behavior 66.67% passed the evaluation criteria, 33.33% did not pass the criteria.

Keywords: Model development, giving knowledge, Child caretaker, TEDA4I program, children aged 18-60 months, Suspected developmental delay in language

บทนำ

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จะต้องเริ่มต้นจากเด็กโดยเฉพาะในช่วงแรกเกิด–5 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีการพัฒนาในด้านต่างๆอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้าน ร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม เด็กในวัยนี้ถ้าได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม มีการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานและมีการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีในแต่ละด้าน ก็จะทำให้เด็กนั้นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต[1] การดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงกลุ่มอายุต่างๆนั้น พบว่าปัญหาเด็กมีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มาจากการขาดการเลี้ยงดูและการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมซึ่งการเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง[2]

พัฒนาการในเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะและระบบต่างๆเพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถของเด็กให้มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นอย่างเป็นลำดับขั้น[3] องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่าเป็นการพัฒนาด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านร่างกาย ด้านภาษา ด้านการเคลื่อนไหว และด้านสังคมและอารมณ์ในเด็ก 0-8 ปี[4] ทั้งนี้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยให้ความสำคัญมาโดยตลอด เนื่องจากช่วงเวลานี้เป็นการสร้างรากฐานของชีวิตของเด็กที่เติบโตเป็นกำลังสำคัญในทางเศรษฐ ศาสตร์ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด[5] ยิ่งเริ่ม เร็วยิ่งเป็นผลดีเนื่องจากในช่วงปฐมวัยเป็นช่วงที่สมองเติบโตและพัฒนารวดเร็วที่สุดกว่าช่วงวัยอื่นเด็กที่มีพัฒนา การสมวัยจะมีความพร้อมต่อการเรียนรู้และปรับตัวสู่โลกกว้าง เมื่อเข้าโรงเรียนจะสามารถเรียนหนังสืออย่างมีประสิทธิภาพมีแนวโน้มที่จะรู้จักคิดวิเคราะห์ ความจำดี จัดการกับอารมณ์และเข้าสังคมกับผู้อื่นได้ดี เปรียบเสมือนการสร้างฐานที่มั่นคงสามารถรองรับชีวิตในอนาคตต่อไปได้[6] สิ่งเหล่านี้เกิดจากการเลี้ยงดูและได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างถูกต้องและอย่างเหมาะสมจากผู้ปกครอง[7] การดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการในปัจจุบันเน้นการให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยเร็วที่สุดโดยมีพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็ก เป็นคนสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเพราะสมองของเด็กปฐมวัยมีความยืดหยุ่นปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว หากเด็กต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นปัจจัยระหว่างตั้งครรภ์ กระบวน การคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะคลอด สภาพแวดล้อมหลังคลอดและสุขภาพของเด็กส่งผลต่อพัฒนาการรวมทั้งการที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบิดา มารดา อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด ยากจน ถูกทอดทิ้ง ปัจจัยด้าน

การศึกษา เชาวน์ปัญญา และความสามารถของมารดาในการจัดสภาพการเรียนรู้ของเด็ก ล้วนทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าทั้งสิ้น การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ จึงเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อแก้ไข/กระตุ้นพัฒนาการ ให้เด็กมีพัฒนาการสูงสุดตามศักยภาพ เริ่มได้ตั้งแต่วัยทารกต่อเนื่องไปได้ทุกช่วงวัยโดยอาศัยความรู้และความเข้าใจในพัฒนาการเด็กปกติ ซึ่งการจัดการช่วยเหลือเร็วจะเป็นผลดีแก่เด็กและครอบครัว ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น สามารถป้องกันหรือลดความล่าช้าของพัฒนาการ[8] นอกจากนี้การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ มีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้เด็กมี ทักษะหรือความสามารถในด้านต่างๆ ดีขึ้นเป็นไปตามช่วงวัย มีความพร้อมและมีความสามารถในการเรียนรู้ที่ดีมีค่าคะแนนเชาวน์ปัญญาเพิ่มขึ้น มีโอกาสสำเร็จการศึกษามากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ สามารถปรับตัวและช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเติบโตขึ้น ส่วนพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูจะไม่เครียดมีครอบครัวที่เข้มแข็ง ประเทศชาติจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษาพิเศษ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการด้านสุขภาพอื่นๆแก่เด็กกลุ่มนี้อีกด้วย[9]

พัฒนาการเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ (Function) และวุฒิภาวะ (Maturity) ของอวัยวะระบบต่างๆ รวมทั้งตัวบุคคลทำให้ทำสิ่งที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงกลุ่มวัยที่ล่าช้า จึงส่งผลต่อการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็ก นิตยา คชภักดี (2557)[10]กล่าวว่า หน้าต่างแห่งโอกาสพัฒนาเด็ก (Window of Opportunity) หากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปี และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยปกติ เด็กที่มีระดับเชาวน์ปัญญา(IntelligenceQuotient : IQ) และความฉลาดทางอารมณ์(Emotional Quotient :EQ) ดีก็จะสามารถปรับตัวได้ดี รับมือกับปัญหาได้และประสบความสำเร็จในชีวิตมากขึ้น ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม TEDA4I ภายในระยะ เวลา 3 เดือน เด็กจะมีพัฒนาการกลับมาสมวัย ร้อยละ 28.33[9]

งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ในปี2564-2566 พบว่าการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี โดยใช้เครื่องมือ DSPM ร้อยละ 93.65, 82.92,80.21 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) การคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 30.27, 10.29 และ 32.19 ตามลำดับ(เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) ด้านที่มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือ พัฒนาการทางภาษา เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 31.97 (ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 90)และเด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 4.08 ไม่ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง(ที่มา : รายงานจาก HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566) จากการวิเคราะห์หาสาเหตุสภาพปัญหา พบปัญหาส่วนใหญ่เกิดจาก 1) ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 2) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเป็นไปค่อนข้างลำบาก 3) ระบบการส่งต่อในการติดตามเด็กยังไม่ชัดเจนและ4) ระบบการบันทึกและส่งออกข้อมูลในรายงาน HDC ไม่ครบถ้วนและทันเวลา จะเห็นได้ว่าจากสภาพปัญหาที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้น หากเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการคัดกรอง ค้นหาที่รวดเร็วและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม จะสามารถทำให้เด็กกลับมามีพัฒนาการสมวัยได้ ถ้าเด็กสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี ก็จะส่งเสริมการสร้างประสบการณ์ทางสังคมและการเรียนรู้ด้านอื่นได้อย่างรวดเร็วขึ้นด้วย เด็กที่พูดช้าบางรายอาจมีปัญหาหูตึง หูหนวก ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขโดยเร็ว อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้ในบางรายแม้ได้รับการแก้ไขจนกลายเป็นปกติในภายหลัง แต่การที่พูดได้ช้าอาจมีผลในระยะยาวต่อการ

เรียน โดยเฉพาะด้านการอ่าน การสะกดคำ และการเขียน[11] และสอดคล้องกับสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เมื่อนำข้อมูลเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงสุดด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ร้อยละ 75 และรองลงมาคือด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) ร้อยละ 60.5 เมื่อเปรียบเทียบตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2565 พบว่า พัฒนาการไม่สมวัยด้านภาษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[12]

จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในบทบาทของผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลจึงต้องการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา[13] ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร เพื่อนำผลลัพธ์ของการพัฒนาดังกล่าวไปใช้ขยายผลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ตามบริบทพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)ที่ใช้วิธีวิจัย แบบที่มีแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นคำถามปลายเปิด แนวคำถามประกอบด้วย แนวทางการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ระบบการส่งต่อ การบันทึกข้อมูล แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และแบบบันทึกพฤติกรรมการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในปีงบประมาณ 2567 เฉพาะที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร จำนวน 166 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566) พ่อแม่ ผู้ปกครอง จำนวน 166 คน และครูพี่เลี้ยง จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วิจัยครั้งนี้ ใช้เป็นแบบสอบถามโดยแบ่งเป็นชุด ซึ่งมีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด โดยกำหนดตัวเลือกให้ตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก รายได้ต่อเดือน ประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการ จำนวนบุตรหลานที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า และความกังวลใจต่อการดูแลบุตรหลาน

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงของวรรณริชฎา กิตติธงโสภณ(2565) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ(ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าคำตอบถูกหรือผิด) โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	เลือกตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
ข้อความถูก	1	0	0
ข้อความผิด	0	1	0

กำหนดระดับความรู้โดยอ้างอิงหลักการของบลูม (Bloom, 1968 อ้างถึงในยุทธิดา กองเนียม, 2565) โดยมีคะแนนจากการวัดร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ความรู้ระดับมาก	9.60–12.00
ความรู้ระดับปานกลาง	7.20–9.59
ความรู้ระดับน้อย	000–7.19

ชุดที่ 2 แบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ด้านการเข้าใจภาษา (RL) และด้านการใช้ภาษา (EL) โดยใช้ประเมินพัฒนาการเด็ก 3 ครั้ง คือ หลังเข้าร่วมโครงการ 4 , 8 , 12 สัปดาห์และประเมินผลตามรายด้านทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านการเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษา ตามด้านที่เด็กมีความผิดปกติในด้านนั้นๆ การแปลผลคือ เด็กผ่านทุกทักษะในอายุพัฒนาการและ/หรือช่วงอายุพัฒนาการที่อายุและ/หรือช่วงอายุใด ให้สรุปผลว่า เด็กมีพัฒนาการในทักษะด้านนั้นเท่ากับอายุพัฒนาการ

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ แนวทางการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ระบบการส่งต่อ และการบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้การวิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนข้อมูลทั่วไปใช้การวิเคราะห์ค่าร้อยละ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเกี่ยวกับความรู้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง มีจำนวนทั้งสิ้น 15คน โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลได้ดังนี้ **เพศ** พบว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 **อายุ** พบว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถามมีช่วงอายุ 31-40 ปี และช่วงอายุ 51-60 ปีมากที่สุดร้อยละ 26.7 ช่วงอายุมากกว่า 60 ปีน้อยที่สุดร้อยละ 6.7 **สถานภาพ** พบว่า อยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ 80 **ระดับการศึกษา** พบว่า จบระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 46.7 จบระดับปริญญาโทและระดับประถมศึกษาน้อยที่สุดร้อยละ 13.3 **อาชีพ** พบว่า ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ มากที่สุดร้อยละ 53.3 ว่างงานและเกษตรกรรมน้อยที่สุดร้อยละ 13.3 **รายได้ต่อเดือน** พบว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถามมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 40 น้อยที่สุดคือผู้ที่มีรายได้อยู่ในช่วง 3,001 – 5,000 บาทร้อยละ 13.3 **ความสัมพันธ์กับเด็ก** พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครูพี่เลี้ยงมากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมาคือเป็นพ่อแม่ร้อยละ33.3 ประวัติบุคคลในครอบครัวมีความบกพร่องด้าน**พัฒนาการ** พบว่า ไม่มีประวัติในครอบครัวมีความบกพร่องด้านพัฒนาการ ร้อยละ 86.7 **จำนวนบุตรหลานที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า** พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีร้อยละ 53.3 น้อยที่สุดคือมีจำนวน 2 คน ร้อยละ 20 **ความกังวลใจต่อการดูแลบุตรหลาน** พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลใจร้อยละ 80

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง ก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการครบ 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความรู้ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 86.67 ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.33 หลังเข้าร่วมโครงการประชุมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลเด็ก เรื่อง “การใช้คู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) เน้นทักษะทางด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาเมื่อครบ 12 สัปดาห์มีการติดตามประเมินความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับมากทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

3. ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทางภาษา ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทางภาษา มีจำนวนทั้งสิ้น 6 คน โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลได้ดังนี้ **เพศ** กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 **อายุของเด็ก** อยู่ในช่วงอายุ 15-18 เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 อยู่ในช่วงอายุ 25-30 เดือนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.7 **น้ำหนักแรกเกิด** น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ(น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม) มากที่สุด ร้อยละ 66.7

4. ข้อมูลเกี่ยวกับผลการประเมินพัฒนาการโดยการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร หลังจากกระตุ้นพัฒนาการครบ 4, 8, 12 สัปดาห์ พบว่าหลังจากมีการกระตุ้นพัฒนาการโดยการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร หลังจากกระตุ้นพัฒนาการครบ 4 สัปดาห์ ผลการประเมินพฤติกรรมพัฒนาการ พบว่า พฤติกรรมด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษายังผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 100 ทำการกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องครบ 8,12 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมพัฒนาการทางภาษา พบว่า พฤติกรรมด้านการเข้าใจภาษา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ส่วนพฤติกรรมด้านการใช้ภาษา พบว่า ผ่านเกณฑ์ประมินเพียงร้อยละ 66.67 ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 33.33

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

1) การประเมินรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54.44 หลังเข้าร่วมโครงการมีการให้ความรู้และสอนทักษะการประเมินและวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีความล่าช้าทางภาษาจนผู้เข้าร่วมโครงการมีความมั่นใจ ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมนิเทศ สร้างช่องทางในการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เมื่อครบ 12 สัปดาห์ผู้วิจัยติดตามประเมินความรู้พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.55 ซึ่งก่อนเข้าร่วมประชุมพ่อแม่ ผู้ปกครองครูผู้ดูแลเด็กหลายคนยังขาดประสบการณ์และการฝึกความรู้ทางด้านการคัดกรองพัฒนาการจึงยังไม่เกิดทักษะการปฏิบัติและความมั่นใจในการทำงาน ความสามารถในการกระตุ้นเด็กที่สงสัยให้กลับมีพัฒนาการสมวัย ขาดผู้ให้คำปรึกษาและผู้ให้ความรู้ที่ถูกต้องในการประเมินพัฒนาการ ซึ่งส่งผลต่อการส่งเด็กไปโรงเรียนครูจะเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าได้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับเจตต์ชัญญา บุญเฉลียว, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทโมลี[14] ทำการประเมินรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กหลังการทดลองใช้แผนกิจกรรมฯ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองใช้แผนกิจกรรมอย่างนี้นัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) และการศึกษาของอรุณศรี กัณวเศรษฐ, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์และ สุภาวดี เครือโชติกุล[15] ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องพัฒนา การด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภา ษาล่าช้าและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาล่าช้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษาล่าช้าพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องพัฒนาการด้านภาษาสำหรับผู้ดูแลเด็กหลังการทดลอง มากกว่าก่อนทดลอง

(p<0.001)

2)การประเมินพัฒนาการโดยการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18-60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร หลังจากกระตุ้นพัฒนาการครบ 4, 8, 12 สัปดาห์ หลังจากกระตุ้นพัฒนาการครบ 4 สัปดาห์ พฤติกรรมด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษายังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 100 ทำการกระตุ้นพัฒนา การต่อเนื่องครบ 8,12 สัปดาห์ พฤติกรรมด้านการเข้าใจภาษาผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ลีลาวงศ์กิจ[16] ที่ศึกษาผลการใช้เครื่องมือ TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปีงบประ มาณ 2562 ซึ่งมีการใช้ TEDA4I อย่างกว้างขวาง (P≤0.05) และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของเจตต์ชัญญา บุญเฉลียว, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทโมลี[14] พบว่า หากพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก ทำการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าอย่างต่อเนื่องจะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย นอกจากนี้สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์[17] ได้กล่าวว่า ภาษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้เด็กมีการพัฒนาความสามารถทางการสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว คือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ การพูดคุยระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู การได้เล่นกับเด็กอื่นหรือผู้เลี้ยงดูเป็นประจำ การอ่านหนังสือร่วมกับเด็ก เป็นต้น และศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการและเข้าถึงบริการของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมจนเด็กมีพัฒนาการปกติ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก มีระบบทะเบียนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้ติดตาม ช่วยในการเฝ้าระวังเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ทำให้ได้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของชฎาภรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ้ม และเพียงนคร คำผา[18] ซึ่งพบว่า หลังจากได้จัดรูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการโดยดำเนินงานร่วมกัน ผสมผสานการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ ดำเนินงานต่อเนื่องด้วยระบบติดตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ พบว่า หลังทดลองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถกระตุ้นพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าในเด็กกลุ่มที่สงสัยล่าช้าในระยะเวลา 1 เดือน และ 2 เดือน ทำให้พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มารดาหรือบิดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และ อสม. มีความรู้และดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น

ส่วนพฤติกรรมด้านการใช้ภาษา ผ่านเกณฑ์ประมิน ร้อยละ 66.67 ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 33.33 ในส่วนพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่า เป็นเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและเป็นเด็กแฝดอยู่ในช่วงอายุ 37-42 เดือน มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการ อาศัยอยู่กับพ่อแม่ อาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งภาษาของเด็กจะพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น วุฒิภาวะ การทำงานของสมองและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการออกเสียง เพศ สิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจของบิดามารดารวมถึงสมาชิกภายในครอบครัว สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก[14] สอดคล้องกับ Topping, Dekhinet, & Zeedyk, 2013[19] ที่กล่าวว่า พัฒนาการทางภาษาของทารกและเด็กเล็กค่อยๆเกิดขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจสงผลให้ทารกและเด็กเล็กแต่ละคนมีลำดับพัฒนาการที่เร็วหรือช้าแตกต่างกันได เชน อายุครรภของทารกเมื่อแรกคลอด ภาวะทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว(Socioeconomic Status) จำนวนภาษาที่เด็กเรียนรู สภาพแวดลอมรอบตัวทารก และวิธีการที่ผู้ปกครองใชส่งเสริมพัฒนาการของทารก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีนโยบายให้มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาด้านภาษาและความสำคัญต่อการพัฒนาการเด็กให้เหมาะสมกับวัยและมีการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก และจัดให้เกิดความร่วมมือระดับโรงเรียนและผู้ปกครองเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

2. ควรมีการศึกษากึ่งทดลองเพื่อพัฒนาความสามารถด้านการฟังและการพูดที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าทางภาษาโดยการใช้เทคนิคอื่นๆ เช่น เกมส์ บทบาทสมมุติ เป็นต้น

3. ควรมีการนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น โมบายแอพพลิเคชันมาใช้ในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการด้านความเข้าใจภาษาและพัฒนาการด้านการใช้ภาษา

เอกสารอ้างอิง

1.กรมสุขภาพจิต สถาบันราชานุกูล. (2562). ผลการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กบกพร่องทางพัฒนาการสติปัญญา สถาบันราชานุกูล. กรุงเทพฯ: สถาบันรา ชานุกูล กรมสุขภาพจิต.

2.รัตโนทัย พลับรู้การ และคณะ. (2552). วิเคราะห์สุขภาวะเด็กและวัยรุ่นอายุ2-5 ปี.กรุงเทพมหานคร: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

3.อดิศร์สุดา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, ดิศร์สุดา เฟื่องฟู และจริยา จุฑาภิสิทธิ์(2561).การเฝ้าระวังติดตามและคัดกรองพัฒนาการเด็ก(บก.,พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลิฟวิ่ง.

4.World Health Organization. (2020). Improving early childhood development: Who guideline.Retrieved from https://www.who.int/publications//item/97892400020986

5.สุริยา ฆ้องเสนาะ. (2558). การศึกษาของเด็กปฐมวัยหัวใจสำคัญของการศึกษา. เข้าถึงได้จาก https://library2.parliament.go.th/ebook/contentissue/2558/hi2558-082.pdf

6.อรพรรณ บัวอิ่ม.(2560).การศึกษาปฐมวัยและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศกำลังพัฒนา:หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทย. พัฒนาการเศรษฐกิจปริทรรศน์.1(11), 73-107.

7.สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). คู่มือสำหรับพ่อแม่ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแล และพัฒนาเด็ก: ตอนวัยเด็กเล็ก 0-3 ปี. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

8.นพวรรณ ศรีวงค์พานิช.(2556). การส่งเสรพัฒนาการ.กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

9.กรมสุขภาพจิต. (2558). คู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention:TEDA4I). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

10.นิตยา คชภักดี.(2557).Windows of Opportunity หน้าต่างแห่งโอกาส:การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM).สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.วันที่ 4-5กุมภาพันธ์ 2557.

11.นิรชา เรื่องดารกานนท์ ทิพวรรณหรรษา คุณาชัยและคณะ (บรรณาธิการ) (2554). ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการของเด็กในตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป.กรุงเทพมหานคร : กรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก.

12.กรมอนามัย. (2566). รายงานการประชุมติดตามผลการดำเนินงานและสรุปผลการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566.เข้าถึงได้จากhttps://nich.anamai.moph.go.th/th/kpr66/download?id=109886&mid=37540&mkey=m_document&lang=th&did=32824

13.อัมพร เบญจพลพิทักษ์ , สมัย ศิริทองถาวร และนพวรรณ ศรีวงค์พานิช(บรรณาธิการ). (2558). คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ(Thai Early Developmental Assessment forIntervention : TEDA4I). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมเกษตรแห่งประเทศไทย.

14.เจตต์ชัญญา บุญเฉลียว, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์จันทโมลี. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 6(1): 52-69.

15.อฐณศฐี กัณวเศรษฐ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ และสุภาวดี เครือโชติกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความฐู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย. วชิรสารการพยาบาล. 20(1): 40-53.

16.เอกชัย ลีลาวงศ์กิจ. (2563). ผลของการใช้เครื่องมือ TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า จังหวัดอุดรธานี.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 28(1): 101-11.

17.สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(2): 122-132.

18.ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ้ม และเพียงนคร คำผา. (2561). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอน แก่น. 6(2):290-315.

19.จุฑามณี อ่อนสุวรรณ, นวศรี ชนมหาตระกูล,จุฑาทิพ ดวงมาลย์, ณัฐชยา อติชาติธานินทร์, พรไตรรัตน์ วรกุล และวีระศักดิ์ ชลไชย. (2563). แง่คิดและแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาของทารกและเด็กเล็กจากข้อมูลการศึกษาวิจัย. วารสารศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 20(1):184-201.

การติดตามตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมและการประเมินความเสี่ยง ในโรงงานผลิตน้ำดื่ม – กรณีศึกษา

Environmental Microbial Monitoring and Risk Assessment of Drinking water production plant – A Case Study.

(Received: July 19,2024 ; Revised: July 25,2024 ; Accepted: July 26,2024)

สุดา สินสุวรรณรักษ์[1], ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช[2] , เสรีย์ ตู้ประกาย[2]
Suda Sinsuwanrak[1], Piyarat Premanoch[2] , Seree Tuprakay[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมในโรงงานผลิตน้ำดื่มแห่งหนึ่ง โดยการหาปริมาณจุลินทรีย์รวมและแบคทีเรียแกรมลบในอากาศ และเพื่อการประเมินความเสี่ยงจากการปนเปื้อนข้ามของจุลินทรีย์ในอากาศภายในโรงงาน ตามมาตรฐาน ISO 31000 ซึ่งวิเคราะห์ความเสี่ยงด้วยเทคนิคการวิเคราะห์อันตรายและจุดควบคุมวิกฤต (HACCP) และการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากผลคูณของระดับโอกาสการเกิดความเสี่ยงจากผลการคำนวณอัตราการปนเปื้อน กับระดับผลกระทบจากปริมาณและชนิดจุลินทรีย์ที่พบในผลิตภัณฑ์น้ำดื่ม

ผลการศึกษาพบว่า โรงงานนี้มีความเสี่ยงจากการปนเปื้อนข้ามของจุลินทรีย์ในอากาศที่ห้องบรรจุน้ำดื่ม บริเวณจุดบรรจุน้ำ สายพานลำเลียง และจุดปิดฝาขวด โดยผลการตรวจสอบเชื้อบริเวณที่เสี่ยงในช่วงสามเดือน พบจุลินทรีย์รวมในอากาศ คือ 37-83 cfu/4h และ 11-59 cfu/h รวมถึง แบคทีเรียแกรมลบ 0-11 cfu/4h ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง พบว่าอยู่ในระดับที่ 2 เป็นความเสี่ยงระดับต่ำ

คำสำคัญ: จุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อม, การประเมินความเสี่ยง, น้ำดื่ม, การวิเคราะห์อันตรายและจุดควบคุมวิกฤต (HACCP)

Abstract

This study was case study aimed at monitoring microorganisms in the environment of a drinking water production plant. The objectives include determining the total microbial count and the presence of Gram-negative bacteria in the air, as well as assessing the risk of cross-contamination of airborne microorganisms within the plant according to ISO 31000 standards. Risk analysis was conducted using Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) techniques and risk assessment based on the multiplication of the probability level of contamination occurrence and the impact level from the quantity and type of microorganisms found in the drinking water product.

The study results indicated that the plant has a risk of airborne cross-contamination in the water filling room, at the filling point, on the conveyor belt, and at the bottle capping point. During a three-month period, the microbial counts in the air at these critical points ranged from 37-83 cfu/4h and 11-59 cfu/h, including Gram-negative bacteria counts of 0-11 cfu/4h. The risk analysis showed that the risk level is at Level 2, indicating a low risk.

Keywords: Environmental Microbial, Risk Assessment, Drinking Water, Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP).

บทนำ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) ได้กำหนดผลิตภัณฑ์สุขภาพไว้ 6 กลุ่ม คือ ผลิตภัณฑ์ยา อาหาร เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุออกฤทธิ์ยาเสพติดให้โทษ และวัตถุอันตราย[1] ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีหลายประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่ถูกทำให้ปราศจากเชื้อในขั้นตอนสุดท้าย (terminally sterilized product) ผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการผลิตด้วยกระบวนการปราศจากเชื้อ (aseptic process) และผลิตภัณฑ์ไม่ปราศจากเชื้อ (non sterile product)

[1] นักศึกษาปริญญาเอก สาขาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author

[2] รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ซึ่งการปนเปื้อนข้าม (cross contamination) ของจุลินทรีย์ในผลิตภัณฑ์มีโอกาสเกิดขึ้นได้ง่ายกับประเภทผลิตภัณฑ์ไม่ปราศจากเชื้อ เช่น อาหาร เครื่องสำอาง ที่มีโอกาสเกิดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในระหว่างการผลิตได้ ทั้งจุลินทรีย์ที่มาจากอากาศ จากเครื่องจักร และจากพนักงาน โดยการปนเปื้อนนี้เป็นความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉียบพลันและส่งผลรุนแรงต่อสุขภาพ ดังนั้น ในการจัดการความปลอดภัยของโรงงานผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปราศจากเชื้อ ควรประยุกต์ใช้ระบบการประเมินความเสี่ยงจากการปนเปื้อนข้ามของเชื้อจุลินทรีย์สู่ผลิตภัณฑ์ ซึ่งการประเมินความเสี่ยงนี้ ถือเป็น กระบวนการเชิงป้องกันเพื่อเพิ่มความมั่นใจในความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปราศจากเชื้อ อีกทั้งเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค และส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ[2]

รายงานการศึกษานี้ ได้นำเสนอผลการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) จากการปนเปื้อนข้ามของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศที่มีโอกาสพบในโรงงานผลิตน้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซึ่ง อ.ย.จัดอยู่ในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 284 พ.ศ. 2547[3] ที่ผ่านการตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) หรือจีเอ็มพีพื้นฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 220 พ.ศ. 2544[4] เหตุผลที่เลือกโรงงานผลิตน้ำดื่มเพราะเห็นว่ามีโรงงานหลายแห่งที่ผ่านการรับรองจีเอ็มพีพื้นฐานแล้วแต่ยังมีการจัดการด้านสุขอนามัยที่ไม่เข้มงวดเพียงพอ ที่มีการตรวจพบน้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งไม่ผ่านมาตรฐานด้านจุลชีววิทยาถึง 937 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 16.74 ของตัวอย่างทั้งหมดที่ตรวจสอบ[5]

การประเมินความเสี่ยงครั้งนี้ดำเนินการตามแนวทางมาตรฐาน ISO 31000: 2018[6]ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การชี้บ่งความเสี่ยง (risk identification) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk analysis) และการประเมินผลความเสี่ยง (risk evaluation) ในขั้นตอนการชี้บ่งความเสี่ยงเป็นการระบุพื้นที่ภายในโรงงานที่มีโอกาสเกิดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ สำหรับขั้นตอนการวิเคราะห์ความเสี่ยงมี 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์แหล่งที่พบเชื้อจุลินทรีย์แต่ละชนิดในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์อันตรายและจุดควบคุมวิกฤต (Hazard Analysis & Critical Control Point: HACCP) ตาม CODEX[7] เพื่อหาจุดวิกฤตที่ต้องควบคุม และการวิเคราะห์ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อน (% Contamination Rate: %CR) โดยใช้สูตรคำนวณของ Sandle[8] ซึ่งอัตราการปนเปื้อนจุลินทรีย์นี้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการสัมผัสและขนาดพื้นผิวที่สัมผัสกับเชื้อจุลินทรีย์ ส่วนการประเมินผลความเสี่ยงในขั้นตอนสุดท้ายนั้นเป็นการตัดสินใจยอมรับหรือไม่ยอมรับความเสี่ยงจากแหล่งที่พบเชื้อจุลินทรีย์ โดยทำตารางความเสี่ยง (risk matrix) ตาม ICH[9] และเลือกใช้ตารางแบบ 5x5 เพื่อหาความเสี่ยงจากผลคูณของโอกาส (likelihood) เกิดการปนเปื้อนกับผลกระทบ (impact) จากการปนเปื้อน โดยแบ่งโอกาสและผลกระทบไว้อย่างละ 5 ระดับ คะแนน (คะแนน 1-5) แต่ละระดับคะแนนได้สร้างเกณฑ์ตัดสินใจที่ชัดเจนไว้ นอกจากนี้ ยังทำการประเมินผลความเสี่ยงของปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ที่เข้าไปปนเปื้อน โดยทำตารางประเมินผลความเสี่ยงจากค่า %CR

การศึกษานี้ จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในน้ำดื่มเพื่อการจำหน่ายในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก ที่เป็นผู้ผลิตรายเล็กหรือกลาง (SME) ที่มีการบริหารจัดการด้านสุขอนามัยภายในโรงงานเข้มงวดน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการควบคุมสภาพแวดล้อม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาหาปริมาณจุลินทรีย์ในอากาศของโรงงานผลิตน้ำดื่ม เพื่อติดตามตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อม

2. ศึกษาหาวิธีการประเมินความเสี่ยงจากการปนเปื้อนข้ามของจุลินทรีย์ในอากาศ เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันการปนเปื้อน

วิธีการศึกษา

1. ทำความเข้าใจกระบวนการผลิตและผังบริเวณต่าง ๆ ของโรงงานผลิตน้ำดื่มขนาดกลางแห่งหนึ่งในเขตบางกะปิ กทม. ที่ผ่านการตรวจ GMP พื้นฐาน จาก อย. เพื่อนำมากำหนดกรอบในการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ให้เหมาะสมและสามารถชี้บ่งได้ว่าขั้นตอนการผลิตใดหรือบริเวณใดมีความเสี่ยงในการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ ทำให้การเลือกจุดวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อมีความเหมาะสม

2. ตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมในโรงงานผลิต เดือนละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง โดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ 2 ชนิด คือ Tryptic Soy Agar (TSA)[10] เพื่อใช้หาปริมาณจุลินทรีย์รวมในอากาศ และ MacConkey Agar[11] เพื่อใช้หาปริมาณแบคทีเรียแกรมลบในอากาศ ปริมาตร 18–20 มิลลิลิตร เทใส่จานอาหารเลี้ยงเชื้อขนาด 90 มิลลิเมตร จากนั้นนำจานอาหารมาวางในจุดที่กำหนดไว้ โดยแต่ละจุดให้วางจานอาหารเลี้ยงเชื้อทั้ง 2 ชนิด เป็นเวลา 4 ชั่วโมง[12, 13] จากนั้นนำจานอาหารเลี้ยงเชื้อทั้งหมดบ่มที่อุณหภูมิ 35 องศาเซลเซียส 48 ชั่วโมง เมื่อครบกำหนดให้ตรวจนับจำนวนจุลินทรีย์ สำหรับการหาปริมาณแบคทีเรียแกรมลบซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับแบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์มเพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้น รวมถึง หาปริมาณจุลินทรีย์รวมในอากาศด้วย TSA โดยวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง วิธี IMA (Index of Microbial Air Contamination)[14]

3. ตรวจหาจุลินทรีย์รวม และแบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์มในน้ำดื่มที่ผลิตในวันที่เก็บตัวอย่างอากาศ ตามวิธีในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 พ.ศ. 2524[15] โดยกำหนดให้ตรวจพบน้อยกว่า 2.2 MPN ต่อน้ำดื่ม 100 มิลลิลิตร

4. ประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ตามแนวทางมาตรฐาน ISO 31000[6] เริ่มจากการชี้บ่งความเสี่ยง (risk identification) พื้นที่ภายในโรงงานที่มีโอกาสเกิดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ แล้ววิเคราะห์ความเสี่ยง (risk analysis) จากจุดวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อที่พบเชื้อจุลินทรีย์แต่ละชนิดโดยใช้เทคนิค HACCP[7] เพื่อหาจุดวิกฤติที่ต้องควบคุม (critical control point - CCP) รวมทั้ง วิเคราะห์อัตราการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ (% CR)[8] ส่วนการประเมินผลความเสี่ยง (risk evaluation) เป็นการประเมินผลของความเสี่ยงโดยทำตารางความเสี่ยง[9] แบบ 5 x 5 ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างโอกาส การเกิดความเสี่ยงและผลกระทบของความเสี่ยง จากนั้นใช้ตารางความเสี่ยงเป็นเกณฑ์ประเมินผลความเสี่ยง โดยกำหนดระดับความเสี่ยงไว้ 5 ระดับ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนดระดับความเสี่ยงใน Risk Matrix แบบ 5x5

	ระดับผลกระทบ				
ระดับโอกาส	5	10	15	20	25
	4	8	12	16	20
	3	6	9	12	15
	2	4	6	8	10
	1	2	3	4	5

4. จัดทำตารางประเมินผลความเสี่ยงจากค่า %CR สำหรับสูตรคำนวณอัตราการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ (%CR) ตามเทคนิค Numerical Approaches to Risk Assessment[8] เป็นดังนี้

$$\%\,CR = \text{Settle plate count} \times \frac{\text{Area of product}}{\text{Area of Petri-dish}} \times \frac{\text{Time product exposure}}{\text{Time settle plate}} \times 100$$

ผลการศึกษา

โรงงานมีขั้นตอนการผลิตน้ำดื่มทั้งหมด 10 ขั้นตอน และมีห้องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตทั้งหมด 6 ห้อง ตามแผนผังบริเวณต่าง ๆ ในโรงงานการผลิตดังภาพที่ 1 ซึ่งเป็นการผลิตน้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท ขนาดบรรจุ 500 มิลลิลิตร และขนาด

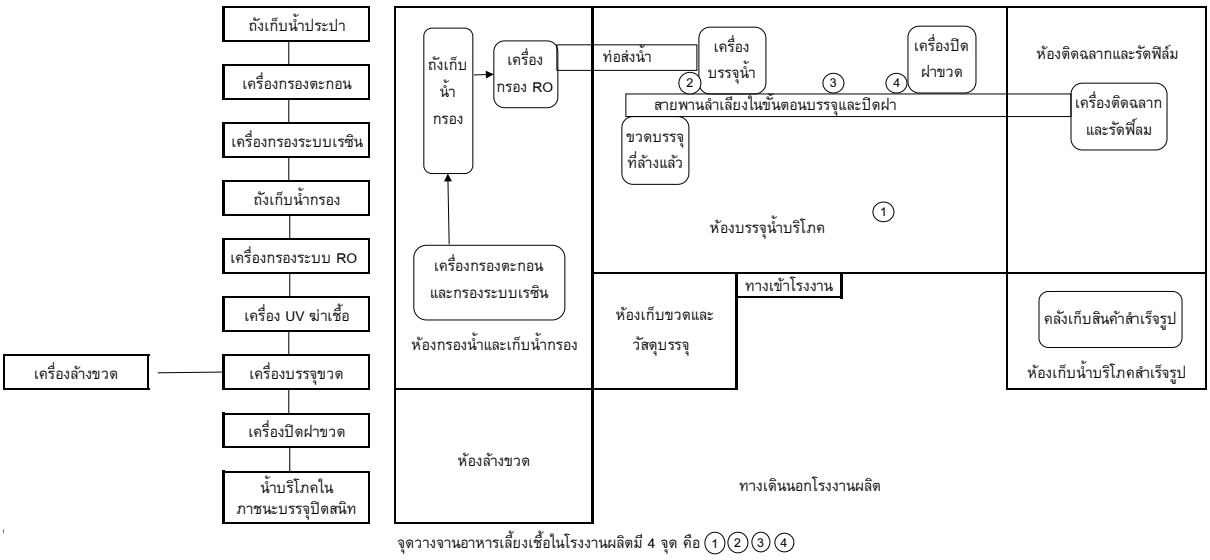
20 ลิตร และการชี้บ่งความเสี่ยงในพื้นที่มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ ตามตารางที่ 2 ผลการชี้บ่งความเสี่ยง สรุปว่า บริเวณที่มีความเสี่ยงมีแหล่งเดียว คือ ห้องบรรจุน้ำดื่ม

ตารางที่ 2 การชี้บ่งความเสี่ยงในพื้นที่มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์

ชื่อห้อง	ผลสรุป	เหตุผล
1. ห้องเก็บขวดและวัสดุบรรจุ	ไม่เสี่ยง	ขวดบรรจุใส่ถุงปิดสนิทและนำไปล้างก่อนใช้
2. ห้องล้างขวด	ไม่เสี่ยง	เครื่องล้างเป็นระบบปิด
3. ห้องกรองน้ำและเก็บน้ำกรอง	ไม่เสี่ยง	กระบวนการกรองน้ำเป็นระบบปิด
4. ห้องบรรจุน้ำดื่ม	เสี่ยง	น้ำที่บรรจุในขวดรอการปิดฝามีโอกาสสัมผัสกับอากาศภายในห้อง
5. ห้องติดฉลากและรัดฟิล์ม	ไม่เสี่ยง	ผลิตภัณฑ์ถูกปิดฝาแล้ว
6. ห้องเก็บน้ำดื่มสำเร็จรูป	ไม่เสี่ยง	ผลิตภัณฑ์ถูกปิดฝาแล้ว

ผลการวิเคราะห์หาจุดควบคุมวิกฤติ (CCP) จากผังการตัดสินใจ (decision tree) ตามหลักการ HACCP ที่จุด ต่าง ๆ ในห้องบรรจุน้ำดื่ม พบว่า จุดบรรจุน้ำ บริเวณสายพานลำเลียง จุดปิดฝาขวด รวมถึง พื้นที่ในห้องบรรจุ กรณีบรรจุน้ำขนาด 20 ลิตร ทั้ง 4 จุด เป็นจุด CCP รายละเอียดตามตารางที่ 3

ผลการวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อในห้องบรรจุน้ำของโรงงานทั้งหมด 4 จุด จำนวน 3 เดือน พบปริมาณจุลินทรีย์อยู่ในช่วง 37 - 83 cfu ต่อ 4 ชั่วโมง และพบแบคทีเรียแกรมลบอยู่ในช่วง 0 - 11 cfu ต่อ 4 ชั่วโมง รายละเอียดตามตารางที่ 5 ตามวิธีมาตรฐานห้องสะอาดของยา[12, 13] ส่วนผลการวางด้วยวิธี IMA พบปริมาณจุลินทรีย์อยู่ในช่วง 11 - 59 cfu ต่อชั่วโมง รายละเอียดตามตารางที่ 8



ตารางที่ 3 ปริมาณจุลินทรีย์ในอากาศที่บริเวณต่าง ๆ ของโรงงานน้ำดื่มกลุ่ม SME แห่งหนึ่ง

จุดที่	จุดเก็บตัวอย่าง	คำถามตามผังการตัดสินใจ (decision tree)				ใช่ CCP หรือไม่
		มีมาตรการควบคุมป้องกันอยู่หรือไม่	ออกแบบเพื่อลดจุลินทรีย์หรือไม่	อาจปนเปื้อนจากจุลินทรีย์หรือไม่	มีขั้นตอนลดจุลินทรีย์หลังจากนี้หรือไม่	
1	พื้นที่ว่างในห้องบรรจุ	มี (ทำ PRP*)	ไม่ใช่	ใช่	ไม่มี	เป็น CCP
2	เครื่องบรรจุน้ำ	มี (ทำ PRP*)	ไม่ใช่	ใช่	ไม่มี	เป็น CCP

จุดที่	จุดเก็บตัวอย่าง	คำถามตามผังการตัดสินใจ (decision tree)				ใช่ CCP หรือไม่
		มีมาตรการควบคุมป้องกันอยู่หรือไม่	ออกแบบเพื่อลดจุลินทรีย์หรือไม่	อาจปนเปื้อนจากจุลินทรีย์หรือไม่	มีขั้นตอนลดจุลินทรีย์หลังจากนี้หรือไม่	
3	สายพานลำเลียง	มี (ทำ PRP*)	ไม่ใช่	ใช่	ไม่มี	เป็น CCP
4	เครื่องปิดฝาขวด	มี (ทำ PRP*)	ไม่ใช่	ใช่	ไม่มี	เป็น CCP

* PRP (Prerequisite program) เป็นมาตรการควบคุมตามโปรแกรมปฏิบัติงานพื้นฐานตาม GMP เช่น การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ

ตารางที่ 4 เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาระดับโอกาสเกิดการปนเปื้อนกับผลิตภัณฑ์น้ำดื่ม (อัตราการปนเปื้อนตาม IMA)

ค่า IMA สูงสุด	% CR ที่คำนวณได้จาก IMA สูงสุด	ระดับคะแนน	เกณฑ์% CR ของแต่ละระดับโอกาส	ระดับโอกาสเกิดการปนเปื้อน
5	ประมาณ 1%	1	0–1%	มีโอกาสต่ำมากที่จะเกิดการปนเปื้อน
25	ประมาณ 3%	2	> 1–3%	มีโอกาสต่ำที่จะเกิดการปนเปื้อน
50	ประมาณ 6%	3	> 3–6%	มีโอกาสปานกลางที่จะเกิดการปนเปื้อน
75	ประมาณ 9%	4	> 6–9%	มีโอกาสสูงที่จะเกิดการปนเปื้อน
> 75	มากกว่า 9%	5	> 9%	มีโอกาสสูงมากที่จะเกิดการปนเปื้อน

ตารางที่ 5 ปริมาณจุลินทรีย์ในอากาศที่บริเวณต่าง ๆ ของโรงงานน้ำดื่มแห่งหนึ่ง

จุดที่	จุดเก็บตัวอย่าง	จุลินทรีย์รวม (cfu/4h)	แกรมลบ (cfu/4h)
1	พื้นที่ในห้องบรรจุ	72, 67, 55	3, 7, 1
2	จุดบรรจุน้ำ	83, 53, 54	1, 11, 0
3	สายพานลำเลียง	74, 42, 59	4, 3, 1
4	จุดปิดฝาขวด	61, 45, 37	3, 8, 1

ตารางที่ 6 เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาระดับผลกระทบที่อาจปนเปื้อนข้ามไปสู่ผลิตภัณฑ์น้ำดื่ม

ระดับที่	เกณฑ์ปริมาณและชนิดจุลินทรีย์ที่พบในผลิตภัณฑ์น้ำดื่ม
1	จุลินทรีย์รวมไม่เกิน 50 cfu และไม่พบแบคทีเรียแกรมลบ
2	จุลินทรีย์รวม 50–100 cfu และไม่พบแบคทีเรียแกรมลบ
3	จุลินทรีย์รวม 100–500 cfu และไม่พบแบคทีเรียแกรมลบ
4	จุลินทรีย์รวม 500–1000 cfu และ/หรือพบแบคทีเรียแกรมลบ
5	จุลินทรีย์รวมมากกว่า 1000 cfu และ/หรือพบแบคทีเรียแกรมลบ

ได้สร้างเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาระดับโอกาสเกิดการปนเปื้อนกับผลิตภัณฑ์น้ำดื่ม ตามตารางที่ 4 และเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาระดับผลกระทบที่อาจปนเปื้อนข้ามไปสู่ผลิตภัณฑ์น้ำดื่ม ตามตารางที่ 6 แล้วใช้ประเมินผลความเสี่ยงจากแหล่งที่พบเชื้อจุลินทรีย์ โดยให้มีการวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อทั้ง 4 จุด โดยนำค่าปริมาณจุลินทรีย์ที่ตรวจพบจากการวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อแต่ละจุดมาพิจารณา จากนั้นนำระดับคะแนนของโอกาส คูณกับ ระดับคะแนนของผลกระทบ ได้เป็นระดับคะแนนความเสี่ยง ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาผลกระทบของความเสี่ยงจากแหล่งที่พบเชื้อจุลินทรีย์

ช่วงคะแนน	เกณฑ์ยอมรับความเสี่ยง
1 - 2	ความเสี่ยงต่ำมาก
3 - 4	ความเสี่ยงต่ำ
5 - 12	ความเสี่ยงปานกลาง เฝ้าระวังจุลินทรีย์ในอากาศอย่างต่อเนื่อง
13 - 19	ความเสี่ยงสูง เพิ่มมาตรการควบคุมและเฝ้าระวังจุลินทรีย์ในอากาศ
20 - 25	ยอมรับความเสี่ยงไม่ได้ ต้องรีบแก้ไข เช่น ทำความสะอาดแบบ big cleaning

พิจารณาโอกาสการเกิดความเสี่ยงตามตารางที่ 4 จากผลการคำนวณอัตราการปนเปื้อน (%CR) ของเชื้อจุลินทรีย์รวมที่พบทั้ง 4 จุด ตามตารางที่ 8 โดยฐานการคำนวณคิดจากเวลาวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อนาน 1 ชั่วโมง (หรือ 60 นาที) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของจานอาหารเลี้ยงเชื้อเท่ากับ 9 เซนติเมตร คิดเป็นพื้นที่บนจานอาหาร 64 ตารางเซนติเมตร ทดลองกับขวดบรรจุน้ำดื่มขนาดบรรจุ 500 มิลลิลิตรซึ่งปากขวดมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางเท่ากับ 2.4 เซนติเมตร คิดเป็นพื้นที่ของน้ำดื่มที่มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อจุลินทรีย์ เท่ากับ 4.53 ตารางเซนติเมตร โดยระยะเวลาหลังการบรรจุจนถึงการปิดฝาของโรงงานแห่งนี้ใช้เวลาประมาณ 1 นาที นำค่าอัตราการปนเปื้อน (% contamination rate) ผลการศึกษาได้ค่า %CR ทั้ง 4 จุด อยู่ในช่วง 0.71 – 6.99% จึงได้ระดับโอกาสเกิดการปนเปื้อนกับผลิตภัณฑ์น้ำดื่ม (จากอัตราการปนเปื้อนตาม IMA) สูงสุด เท่ากับ 4

การศึกษานี้ ปริมาณจุลินทรีย์รวมในผลิตภัณฑ์น้ำดื่มที่ผลิตในวันที่เก็บตัวอย่างอากาศเท่ากับ 0 cfu/100 ml และผลโคลิฟอร์มในน้ำดื่มน้อยกว่า 1.1 MPN/100 ml ในทุกตัวอย่าง ดังนั้นผลกระทบของความเสี่ยงตามตารางที่ 6 จึงได้ระดับคะแนนของผลกระทบ เท่ากับ 1

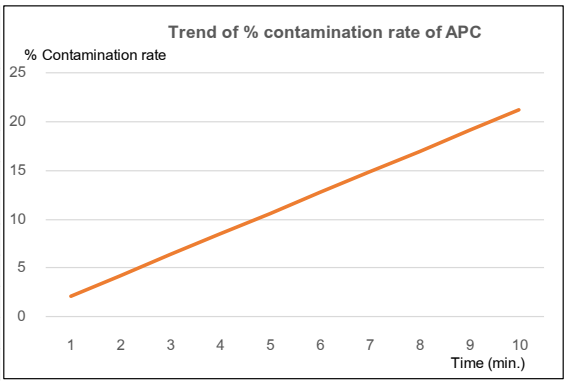
เมื่อคูณระดับคะแนนของโอกาสสูงสุด ที่ 4 กับ ระดับคะแนนของผลกระทบ ที่ 1 ระดับคะแนนความเสี่ยง จึงเท่ากับ 4 ซึ่งตามตารางที่ 7 อยู่ในระดับที่ 2 เป็นความเสี่ยงระดับต่ำ

อย่างไรก็ตาม จากผลการคำนวณอัตราการปนเปื้อน (%CR) ของเชื้อจุลินทรีย์ข้างต้น คำนวณที่ระยะเวลาหลังการบรรจุจนถึงการปิดฝาใช้เวลาประมาณ 1 นาที หากมีเหตุการณ์ต้องมีการรอคอยในกระบวนการผลิต ทำให้เวลาที่นานขึ้นจะทำให้อัตราการปนเปื้อนจุลินทรีย์สูงขึ้น ตามไปด้วย ดังภาพที่ 2 ที่เป็นผลการศึกษาก่อนหน้านี้[16] ดังนั้น ถ้าโรงงานสามารถปรับปรุงกระบวนการผลิตน้ำดื่มเพื่อลดความเสี่ยงให้น้อยลงได้ โดยปรับปรุง (1) กระบวนการที่อยู่ระหว่างการบรรจุน้ำ จนถึง การปิดฝาขวดให้ใช้ระยะเวลาน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อลดเวลาการสัมผัสระหว่างอากาศกับน้ำ (2) เพิ่มมาตรการควบคุมและเฝ้าระวังจุลินทรีย์ในอากาศ ตัวอย่างเช่น มีการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องบรรจุ สายพานลำเลียง เครื่องปิดฝา รวมทั้งเครื่องปรับอากาศ พัดลมระบายอากาศ และบริเวณต่าง ๆ ในห้องบรรจุ หรือ (3) ทำที่ครอบบนสายพานระหว่างจุดบรรจุน้ำไปยังจุด ปิดฝา ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดการปนเปื้อนกับผลิตภัณฑ์น้ำดื่มได้มากขึ้น

ตารางที่ 8 ผลการคำนวณอัตราการปนเปื้อน (% CR) จากค่าจุลินทรีย์รวมตามวิธี IMA

จุดเสี่ยงที่	จุดเก็บตัวอย่าง	ผลตรวจสอบครั้งที่ 1		ผลตรวจสอบครั้งที่ 2		ผลตรวจสอบครั้งที่ 3	
		IMA (cfu/h)	% CR	IMA (cfu/h)	% CR	IMA (cfu/h)	% CR
1	พื้นที่วางขวดรอการบรรจุ	14	1.66	29	3.44	59	6.99
2	ขวดก่อนบรรจุน้ำดื่ม	6	0.71	10	1.19	26	3.08
3	ขวดหลังบรรจุน้ำดื่ม	9	1.07	17	2.01	10	1.19
4	ขวดบรรจุน้ำดื่มก่อนปิดฝา	12	1.42	25	2.96	11	1.10

Time (minute)	% Contamination rate of APC
1	2.12
2	4.24
3	6.36
4	8.49
5	10.61
6	12.73
7	14.85
8	16.97
9	19.09
10	21.21



ภาพที่ 2 แสดงอัตราการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์รวมและแบคทีเรียแกรมลบตามระยะเวลาที่น้ำสัมผัสกับอากาศก่อนปิดฝา

สรุปและอภิปรายผล

การระบุจุดเก็บตัวอย่างจุลินทรีย์ในอากาศโดยวิธีหาจุดควบคุมวิกฤติ (CCP) จากผังการตัดสินใจ (decision tree) ตามหลักการ HACCP ที่ใช้กับโรงงานอาหารตามมาตรฐานสากล[17] ทำให้มีความเชื่อมั่นว่าจุดเสี่ยงต่อการปนเปื้อนข้ามของจุลินทรีย์ในอากาศได้ระบุไว้ครบทุกจุด

ผลการศึกษาหาปริมาณจุลินทรีย์ในอากาศของในโรงงานผลิตน้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิทซึ่งจัดเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มอาหาร พบว่า มีความเสี่ยงปนเปื้อนจากจุลินทรีย์ในอากาศระหว่างขั้นตอนการบรรจุน้ำใส่ขวด จนถึง ปิดฝา ซึ่งผลจุลินทรีย์รวมในอากาศโดยวิธีวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อนาน 4 ชั่วโมง และ 1 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 42 ถึง 83 และ 6 ถึง 59 cfu (ค่า 59 สูงกว่าปกติ) โดยทั่วไปการเก็บตัวอย่างจุดเดียวกันและในเวลาเดียวกัน ค่าจุลินทรีย์รวมที่ 1 ชั่วโมง ควรต่ำกว่า 4 ชั่วโมง ซึ่งความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดจากการทดสอบในห้องปฏิบัติการ แต่อาจเกิดจากสภาพอากาศขณะเก็บตัวอย่าง

การศึกษานี้ มีผลสอดคล้องกับค่า IMA ที่มีการศึกษาในด้านอาหารของ Pasquarella และคณะ[14] ที่ผลอยู่ในระดับปานกลาง (26-50 cfu/h) ถึงดี (6-25 cfu/h) แต่ต่ำกว่าการศึกษาหาจุลินทรีย์ในอากาศของโรงงานผลิต นม เนย และโยเกิร์ต ของ Salustiano และคณะ[18] ที่พบจุลินทรีย์ 10–97 cfu/15–30 นาที และ 10–1310 cfu/m^3 ด้วยวิธีดึงอากาศ โดยพบมากในบริเวณบรรจุ และสอดคล้องกับการศึกษาอากาศภายในโรงงาน แปรรูปนม ทุกสัปดาห์ในฤดูใบไม้ร่วง/ฤดูหนาว ด้วยวิธีดึงอากาศที่วิกฤต 3 แห่ง (ผลิตเนยแข็ง จัดเก็บ และบรรจุ) พบผลแบคทีเรีย ราและยีสต์ เฉลี่ย 161 (154), 228 (234) และ 137 (439) MPN/m^3 ตามลำดับ ที่พบการปนเปื้อนมากที่สุดบริเวณบรรจุ ซึ่งชี้ว่าเป็นแหล่งปนเปื้อนจุลินทรีย์ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของอาหารและอายุการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์[19]

ผลการศึกษาความเสี่ยงการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอากาศในโรงงานผลิตน้ำดื่ม อ้างอิงจากวิธี IMA ที่มีตารางแสดงดัชนีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอากาศ ที่ระบุระดับคุณภาพของจุลินทรีย์รวมในอากาศไว้ 5 ระดับ โดยระดับที่ 1 ถึง 3 (ดีมาก ดี และปานกลาง) เป็นระดับที่ยอมรับได้ ส่วนระดับที่ 4 และ 5 (แย่และแย่มาก) เป็นระดับที่ไม่ยอมรับ
โดยนำค่าจุลินทรีย์รวม แต่ละระดับในตาราง IMA ไปคำนวณอัตราการปนเปื้อน (%CR) แล้วนำค่า %CR ที่ได้แต่ละระดับไปสร้างตารางระดับโอกาส ซึ่งตารางนี้สามารถนำมาประยุกต์สร้างเป็นตารางระดับโอกาสใช้กับโรงงานผลิตน้ำดื่ม อาหาร รวมถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

การเก็บตัวอย่างเกิดขึ้นเพียงสามเดือน ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่มีฝน จึงทำให้อิทธิพลของสภาวะแวดล้อมไม่ได้ส่งผลต่อปริมาณจุลินทรีย์ในอากาศมากนัก ควรมีการตรวจวัดและเก็บข้อมูลอย่างน้อย 1 ปีให้ครบทุกฤดูกาล เพื่อให้ผลจุลินทรีย์ในอากาศครอบคลุมสภาวะแวดล้อมตลอดทั้งปี

การประเมินความเสี่ยงจากแหล่งที่พบเชื้อจุลินทรีย์ในแต่ละพื้นที่ และพบเชื้อแบคทีเรียแกรมลบจากทุกแหล่งนี้ ควรมีการประเมินความเสี่ยงซ้ำอีกครั้งหลังจากโรงงานใช้มาตรการควบคุมเพิ่มเติมไประยะเวลาหนึ่งแล้ว นอกจากนี้ ควรมีการคัดกรองชนิดของแบคทีเรียแกรมลบให้ชัดเจนว่าเป็นแบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์มตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 (2524) หรือไม่

จากผลการศึกษานี้ สามารถนำแนวทางการประเมินความเสี่ยงจากการปนเปื้อนข้ามของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในโรงงานนี้ ไปใช้กับโรงงานผลิตน้ำดื่มและโรงงานผลิตภัณฑ์อาหารชนิดอื่น ๆ ได้ ตามรูปแบบและวิธีการจัดการสุขอนามัยตามหลักการ GMP และนำผลจากการประเมินครั้งนี้ได้ทำเป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเสี่ยง (risk treatment) จากการปนเปื้อนข้ามของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ รวมถึง วิธีการเฝ้าระวังความเสี่ยง (risk monitoring) ที่จำเป็นให้แก่โรงงานผลิตเพื่อหาโอกาสปรับปรุงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โรงงานผลิตน้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิทแห่งหนึ่ง ในเขตบางกะปิ กทม. ซึ่งเป็นตัวแทนผู้ผลิตขนาดกลางและขนาดย่อม (SME) ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการเก็บตัวอย่างอากาศในโรงงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในกรณีศึกษาในครั้งนี้ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประจำปี 2564 [Internet]. 2565. Available from: https://www.fda.moph.go.th/PLAN/SitePages/document-public.html

2.สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ. มกอช. 9015-2550: หลักการและแนวทางในการประเมินความเสี่ยงจากจุลินทรีย์. กรุงเทพฯ; 2550. p. 1.

3.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 220. น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3). 2544.

4.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 284. น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 5). 2547.

5.จิราภร เพชรรักษ์, สุภาทินี โสบุญ, สุนันทา อุไรโรจน์. คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. เอกสารประกอบการประชุมวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ครั้งที่. 2558. Available from: http://e-library.dmsc.moph.go.th/ebooks/files/P3-6%20จิราภรณ์.pdf

6.International Organization for Standardization (ISO). ISO 31000:2018 Risk management - Guidelines. Geneva, Switzerland; 2018.

7.Codex. Recommended International Code of Practice – General Principles of Food Hygiene - CAC/RCP 1-1969, Rev. 4-2003. 2003.

8.Sandle T. Biocontamination Control for Pharmaceuticals and HealthCare. Oxford: Academic Press; 2019. p. 263, 275-7.

9.International Conference on Harmonisation. ICH guideline Q9 on quality risk management. London: European Medicines Agency; 2015. p. 9. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/international-conference-harmonisation-technical-requirements-registration-pharmaceuticals-human-use_en-3.pdf

10.International Organization for Standardization (ISO). ISO 11133:2014. Microbiology of food, animal feed and water – Preparation, production, storage and performance testing of culture media. 2014. p. 13, 76.

11.American Public Health Association (APHA). Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater. American Water Works Association, Water Environment Federation; 1999. p. 179. Available from: https://www.mwa.co.th/ewtadmin/ewt/mwa_internet_eng/ewt_dl_link.php?nid=220

12.European Commission [EU]. EudraLex–Volume 4–Good Manufacturing Practice (GMP) guidelines. Annex 1 [Internet]. 2008, November 25. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-4/2008_11_25_gmp-an1_en.pdf

13.World Health Organization (WHO). WHO Technical Report Series, No. 961, Annex 6. WHO Good Manufacturing Practices for sterile pharmaceutical products. 2011. p. 268. Available from: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/GMPSterilePharmaceuticalProductsTRS961Annex6.pdf

14.Pasquarella C, Pitzurra O, Savino A. The index of microbial air contamination. Journal of Hospital Infection. 2000;46:241–56.

15.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61. น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. 2524. p. 3.

16.สุดา สินสุวรรณรักษ์, ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช, วงศกร พงศ์โสภิตานันท์, สุชาติ เหลืองประเสริฐ, เสรีย์ ตู้ประกาย, นันท์นภัสร อินยิ้ม. การประเมินความเสี่ยงจากจุลินทรีย์ในอากาศของโรงงานผลิตน้ำดื่ม. การประชุมวิชาการสิ่งแวดล้อมระดับชาติ ครั้งที่ 3; 2563 November 18–19; คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี, ไทย.

17.Codex Alimentarius Commission [CODEX]. General Principles of Food Hygiene – CXC 1–1969 [Internet]. 2020. Available from: https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FStandards%252FCXC%2B1-1969%252FCXC_001e.pdf

18.Salustiano VC, Andrade NJ, Brandão SCC, Azeredo RMC, Lima SAK. Microbiological air quality of processing areas in a dairy plant as evaluated by the sedimentation technique and a one-stage air sampler. Brazilian Journal of Microbiology. 2003;34:255–9.

19.Masotti F, Vallone L, Ranzini S, Silvetti T, Morandi S, Brasca M. Effectiveness of air disinfection by ozonation or hydrogen peroxide aerosolization in dairy environments. Food Control. 2019;97:32–4.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

The development of elderly patient surveillance for deteriorating symptoms while waiting for examination at the outpatient department of Phonphisai Hospital, Nong Khai Province.

(Received: July 18,2024 ; Revised: August 8,2024 ; Accepted: August 10,2024)

อารียา พิสัยพันธ์[1] ลักขณา สุวรรณรอด[2] ขวัญกัลยา ปุนนา[3]
Ariya Pisaiphan[1], Lakkana Suwannarot[2], Khwankanlaya Poonna[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 385 คน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ของพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ Wilcoxon Signed Ranks Test, One sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ คือ ZKT2G model ประกอบด้วย 1) การจัดพื้นที่บริการที่เหมาะสมมากขึ้น (Zone; Z) 2) พัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (Knowledge; K) 3) การคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงมีความชัดเจนมากขึ้น (Triage & Fast tract; T) 4) มีแนวทางเฝ้าระวัง(Guideline) 5) มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง(Guidance) และผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังฯพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระยะเวลารอคอยก่อนพบแพทย์ลดลงจาก 1 ชั่วโมง 25 นาที เหลือ 52 นาที

คำสำคัญ : อาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ,การเฝ้าระวังผู้สูงอายุ

Abstract

This action research aimed to develop a surveillance framework for elderly individuals exhibiting deteriorating conditions while waiting medical examination in the outpatient department of Phonphisai Hospital, Nong Khai Province. The sample groups consisted of 385 patients aged 60 years and older receiving outpatient services at the same hospital from April to July 2024. The research tools included a questionnaire assessing nurses' knowledge, a satisfaction survey for elderly patients, and group discussions. Quantitative data analysis employed statistical methods including frequency, percentile analysis, Wilcoxon Signed Ranks Test, one sample t-test, and qualitative content analysis.

The research findings indicate that the model for elderly surveillance patients' deterioration while waiting for examination is the ZKT2G model, which includes: 1) Improved service area arrangements (Zone; Z) 2) Enhanced knowledge development for professional nurses in outpatient nursing (Knowledge; K) 3) Clearer triage and fast track for elderly patients to monitor deterioration (Triage & Fast track; T) 4) Established surveillance guidelines (Guideline) 5) Continuous supervision and follow-up (Guidance). The results of implementing this model show that professional nurses significantly increased their knowledge to a high level, with statistical significance at the .05 level. The satisfaction scores

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จ.หนองคาย
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จ.หนองคาย
[3] Ph.D.

of elderly patients were also significantly high, with statistical significance at the .05 level. Additionally, the waiting time before a doctor's examination decreased from 1 hour 25 minutes to 52 minutes.

Keywords : Symptoms deteriorate while waiting for examination, Elderly surveillance

บทนำ

ผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัยกลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2564 ประชากรในโลกรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และ“ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 151 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2 ของประชากร ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลี ร้อยละ 30 และโปรตุเกส ร้อยละ 30 สำหรับภูมิภาคอาเซียนมีประชากรรวมทั้งหมด 671 ล้านคน อาเซียนเป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 7.6 ล้านคน ในปี 2563 เป็น 8.6 ล้านคน ในปี 2564 ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13 สมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) เมียนมา (ร้อยละ 10) และบรูไน (ร้อยละ 10)[1] สำหรับประเทศไทย ประชากรทั้งหมด 66,052,615 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 จังหวัดหนองคายมีประชากรทั้งหมด 514,231 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 96,547 คน ร้อยละ 18.97[2] อำเภอโพนพิสัย มีประชากรทั้งหมด 95,113 คน[3] มีผู้สูงอายุ จำนวน 13,380 ราย[4] คิดเป็นร้อยละ 3.5 และเป็นผู้สูงอายุที่ติดเตียงอยู่ที่บ้านจำนวน 122 ราย จากการสูงวัยทำให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ จากการ “เกิดโรค” เป็นการ “เสื่อมสภาพ”ของร่างกายตามวัย และโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังมากขึ้น จากการวิจัยโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) พบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงอายุชายที่มารับบริการในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2562 จำนวนกว่า 5.1 ล้านคน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 19.90 รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 โรคข้อเสื่อมร้อยละ 5.80 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 วัณโรค ร้อยละ 2.64 หูหนวก ร้อยละ 1.81 โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 0.50 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 0.48 และโรคมะเร็งหลอดลมและปอด ร้อยละ 0.01 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุหญิง จำนวนกว่า 6.4 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุดเช่นกัน โดยมีสัดส่วนร้อยละ 30.97 รองลงมาคือ โรคข้อเสื่อม ร้อยละ 12.67 ต้อกระจก ร้อยละ 8.32 โรคไตอักเสบและไตพิการ ร้อยละ 6.16 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 4.12 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 4.07 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.68 โรคหูหนวก ร้อยละ 1.46 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 0.61 และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 0.24 ตามลำดับ[5]

โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง มีผู้รับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ในปี 2564 2565 และ 2566 จำนวน 12,718 คน/59,799 ครั้ง, 13,650 คน/61,560 ครั้ง, และ 10,487 คน/54,436 ครั้ง ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มารอตรวจโดยเฉลี่ยมากกว่า 200 รายต่อวัน[6]

ซึ่งกระบวนการรอตรวจนี้นับจากพบพยาบาลหน้าห้องตรวจโรคภายหลังการยื่นทำบัตรที่ห้องบัตรเพื่อทำการซักประวัติ และนั่งรอหน้าห้องตรวจจนถึงเวลาพบแพทย์ โดยพื้นที่ในการรอตรวจเป็นการใช้พื้นที่ร่วมกันกับผู้รับบริการทั่วไป โดยมีอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตอยู่ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งอยู่ใกล้กัน อุบัติการณ์ในปี 2564 2565 และ 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุเกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ เมื่อมีการเรียกพยาบาลหน้าห้องตรวจและแจ้งอาการให้ทราบแล้วนำเข้าห้องฉุกเฉินเพื่อทำการช่วยเหลือ จำนวน 2, 3,และ3 รายตามลำดับ[7] อาการส่วนใหญ่มักจะพบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หน้ามืด วิงเวียน มีอาการปวดมากขึ้นและพบว่าอาการทรุดลงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลารอตรวจ ซึ่งระยะเวลาการรอคอย 52, 95 และ 90 นาที ตามลำดับ (เป้าหมาย 30 นาที) , ความพึงพอใจที่ผู้ป่วยสูงอายุมีต่อการบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ร้อยละ 78.41, 77.61, และ 78.85 ตามลำดับ (เป้าหมาย ≥ร้อยละ 85) ข้อร้องเรียนในงานบริการ 0, 3, และ 2 เรื่องตามลำดับ[7] ถึงแม้จะพยายามเฝ้าระวังแต่มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร กิจกรรมการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ได้แก่ การแยกประเภทผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน และการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ล่าช้า จึงเป็นปัญหาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกพยายามดำเนินการแก้ไข แต่อุบัติการณ์และปัญหาดังกล่าวยังคงมีอยู่และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มสูงขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ด้วยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการบริการที่ปลอดภัยและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับหน่วยงานอื่นที่สนใจนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (1 -30 เมษายน 2567) ประกอบด้วย 1) ศึกษาเอกสารการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ 2) ประเมินความรู้การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจก่อนการพัฒนา 3) สนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (1 พฤษภาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567) และนำรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจไปใช้

ระยะที่ 3 ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาล

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (1-31 กรกฎาคม 2567) ประกอบด้วย 1) ประเมินผลโดยทดสอบความรู้หลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ 2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ 3) ประเมินความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กับค่าเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 85 4) เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่าง
รอตรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ขนาดประชากรไม่ทราบจำนวน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรที่ไม่ทราบขนาดประชากรโดยใช้ Sample tool application จากสูตร คำนวณหาขนาดตัวอย่าง[8] ขนาดตัวอย่างที่ได้เท่ากับ 385 ตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 3) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ และ 4) สมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการบังคับ และเกณฑ์การคัดออก คือ 1)ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 2) ขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการ และ3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน 2567 - กรกฎาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม หลักการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้วิจัย มีรายละเอียดต่อไปนี้

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูก-ผิด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” โดยสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ก่อนและหลังการให้ความรู้ จำนวน 14 คน

3. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

4. แบบการสนทนากลุ่ม โดยมีข้อคำถามปลายเปิดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีข้อคำถามปลายเปิดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

6. โปรแกรมออนไลน์บันทึกอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ข้อคำถามมีค่าความสอดคล้อง 0.67-1.00 และได้นำไปทดลองใช้ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ค่า KR-20 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha – coefficient) เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ 3) ค่า Shapiro-Wilk ตรวจสอบการแจกแจงความปกติของข้อมูล 4) Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ 5) One sample t-test เปรียบเทียบคะแนนระหว่างความพึงพอใจของผู้สูงอายุกับเกณฑ์มาตรฐาน 6) การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 24/2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (1 -30 เมษายน 2567)

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมาอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 28.57 การศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 85.71 รองลงมาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 14.29 ประสบการณ์การทำงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 0-5 ปี ร้อยละ 35.71 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 21.43

2. คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70 รองลงมา อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 11.10 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.41 คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน

3. ระยะเวลารับการตรวจตั้งแต่ยื่นบัตรให้พยาบาลหน้าห้องตรวจจนถึงเข้าพบแพทย์ใช้เวลา เฉลี่ย 85 นาที หรือ 1ชั่วโมง 25 นาที

4. ผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าปัญหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เมื่อทำการวิเคราะห์ พบว่า มี 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

4.1 ด้านระบบบริการ เข้าถึงบริการล่าช้า ในช่วงระยะเวลา 06.00- 07.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ยังไม่มีพยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงาน และช่วง 12.00 – 13.00 น. ไม่มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำเนื่องจากพักรับประทานอาหาร ทำให้ไม่สามารถลงบันทึกผลการคัดแยกในระบบให้สมบูรณ์ได้ ยังไม่มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) และหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างชัดเจน (Job assignment) และไม่มีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

4.2 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบ มีความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกและคัดกรองความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ขาดประสบการณ์เฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดผู้รับผิดชอบโดยตรงในการเก็บข้อมูลการคัดแยกและคัดกรองความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

4.3 ด้านอุปกรณ์ ได้แก่ เกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงอายุไม่ชัดเจน การเก็บข้อมูลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงอายุไม่เป็นระบบ ยังไม่มีการกำหนดตัวชี้วัด ทำให้การเก็บข้อมูลไม่ครบและไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการสะท้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติงานและอุปกรณ์ในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุไม่เพียงพอ ชำรุดและไม่พร้อมใช้งาน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (1พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2567)

วงรอบที่ 1 (ระหว่าง 1-30 พฤษภาคม 2567) 1) ประชุมผู้เกี่ยวข้องทบทวนการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจแบบเดิม วิเคราะห์ปัญหา สรุปประเด็นสำคัญ 2) แต่งตั้งคณะทำงานและนำเสนอปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ 3) ระดมความคิด วางแผนจัดการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ 4)ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้อง ให้รับทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน 5) กำหนดบทบาทหน้าที่ 6) จัดการโครงสร้างทางกายภาพให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรม 1) จัดการอบรมเพื่อให้ความรู้และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ 2) จัดให้มีพยาบาลคัดกรองผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาตามลำดับความเร่งด่วน 3) จัดช่องทางด่วน (Fast Track) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการ อาการแสดงหรือสัญญาณชีพ ผิดปกติ 4) จัดโซนพิเศษในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องสังเกตอาการระหว่างรอตรวจโดยนั่งรอแถวหน้าสุดตำแหน่งเก้าอี้แยกสีจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น 5) ปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุ 6) จัดระบบการขอคำปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการรักษา 7) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสูงอายุอาการทรุดลง ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้สูงอายุมาถึง 2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรง 3) ประเมินร่างกายเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ 4) กำหนดระดับความรุนแรงและติดสัญลักษณ์ 5) ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรง 6) ให้การพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่รออยู่ในพื้นที่รอตรวจ 7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ 8) จัดทำคู่มือและแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยสูงอายุอาการทรุดลง 9) จัดทำคู่มือการใช้งานและการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เก็บข้อมูลหลังดำเนินกิจกรรม หลังจากนั้นจัดประชุมคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นอีกครั้ง เพื่อจัดทำรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ รูปแบบประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินอาการ ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนการ admitและส่งต่อผู้ป่วย

หลังดำเนินการวงรอบที่ 1 นำข้อมูลมาพิจารณา พบว่า ยังขาดความแม่นยำในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ขาดการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและขาดการติดตามและให้คำปรึกษาใกล้ชิด

วงรอบที่ 2 (ระหว่าง 1-30 มิถุนายน 2567) นำข้อค้นพบปัญหาจากการพัฒนาในวงรอบที่ 1 มาจัดประชุมเพื่อปรับปรุงรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย โดยวางแผนและดำเนินการปรับปรุงเพิ่มเติม ได้แก่ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แลกเปลี่ยนความรู้โดยผู้วิจัยทำการ

นิเทศและติดตาม ให้คำปรึกษาร่วมกับหัวหน้างาน รายงานผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน แล้วนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ตามความเหมาะสม

ดังนั้นรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ได้แก่ 1) การจัดพื้นที่บริการที่เหมาะสมมากขึ้น (Zone; Z) 2) พัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (Knowledge; K) 3) การคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงมีความชัดเจนมากขึ้น (Triage & Fast tract; T) 4) มีแนวทางเฝ้าระวัง(Guideline) โดยการประเมินสัญญาณชีพและ Score ต่างๆ ติดตามเป็นระยะระหว่างรอตรวจ เช่น Pain score, Neuro-signs, SOS score 5) มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง (Guidance) หรือ ZKT2G model

ระยะที่ 3 ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (1-30 กรกฎาคม 2567)

ด้านพยาบาลวิชาชีพ

1. คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ หลังการพัฒนา ทั้งหมด อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 18 คะแนน ต่ำสุด 17 คะแนน คะแนนสูงสุด 19 คะแนน

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความรู้การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (N=14)

คะแนนความรู้	N	Mean Rank	Sum of Rank	z	P-value
ก่อนการพัฒนา	14	.00	.00	-3.32	.00
หลังการพัฒนา	14	7.50	105.00		

p< .05

ด้านผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการ สำหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.18 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 41.82 อายุ 71-80 ปี ร้อยละ 50.91 รองลงมา 61-70 ปี ร้อยละ 29.61 การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 77.14 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ร้อยละ 13.77 อาชีพ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 48.57 รองลงมาเกษตรกรรม ร้อยละ 22.34

2. วิเคราะห์การแจกแจงความปกติข้อมูลพบว่า ค่า Shapiro-Wilk =0.77 , P< .001 (P< .05) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

3. ความพึงพอใจต่อการบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ของผู้สูงอายุ โดยรวม หลังการพัฒนาฯ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.77 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.23 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.19 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.21 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.94 คะแนน

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กับเกณฑ์มาตรฐาน ≥85% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กับเกณฑ์มาตรฐาน (n=385)

ประเด็น	Statistic	df	p
ความพึงพอใจ	47.70	384	< .001

H_a: $\mu \geq 85$

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าทดสอบทางสถิติ = 47.70 df=384, p<.001 จึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ≥ร้อยละ 85 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยพบแพทย์ ตั้งแต่ยื่นบัตรให้พยาบาลหน้าห้องตรวจจนถึงเข้าพบแพทย์ พบว่า ก่อนการพัฒนาใช้เวลารอคอย 85 นาที หรือ 1 ชั่วโมง 25 นาที ภายหลังการพัฒนาใช้เวลารอคอยลดลงเหลือ 52 นาที

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ไม่มีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ หน้าที่พยาบาลวิชาชีพไม่ชัดเจนในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลวิชาชีพยังมีความรู้ไม่เพียงพอ ขาดประสบการณ์ การเก็บข้อมูลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงอายุไม่เป็นระบบ เก็บข้อมูลไม่ครบและไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการสะท้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุไม่เพียงพอ ซึ่งแม้จะพยายามตอบสนองต่อตัวชี้วัด แต่กระบวนการปฏิบัติงานที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการไม่มีความมั่นใจในการเข้ารับบริการ ดังนั้นในการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจึงต้องได้รับระบบการสนับสนุน การติดตามและการดูแลที่ต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยเบื้องต้นต้องอาศัยความรู้ และทักษะที่มากขึ้นของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากทีมผู้บริหาร และความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ สอดคล้องกับ การศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม[9] พบว่า พื้นที่บริการในการคัดกรองเป็นจุดคัดกรองของทุกแผนกในโรงพยาบาล สมรรถนะและทักษะบุคลากรแต่ละคนมีความแตกต่างกันผู้ป่วยเร่งด่วนได้รับการดูแลตามสถานการณ์และประสบการณ์ มีการบันทึกที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ได้ลงข้อมูล ผู้ป่วยได้รับการประเมินล่าช้า จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย[10] พบว่า ไม่มีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภทผู้ป่วย ไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพเฉพาะเวลา 8.00-12.00 และ 13.00-16.00 น. ไม่มีแนวทางปฏิบัติในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังที่ชัดเจน และเกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่สะดวกในการใช้งาน จากการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานผู้ป่วยนอก[11] พบว่า ระบบการบริการพยาบาลไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน บุคลากรขาดองค์ความรู้ในเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยเชิงระบบ การเข้าถึงและรับบริการ(Access & Entry) ที่สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการบริการอย่างสะดวกและทันเวลาอย่างไม่ครบทุกขั้นตอนและขาดระบบสนับสนุนการติดตามดูแลต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วยรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ได้แก่ 1) การจัดพื้นที่บริการที่เหมาะสมมากขึ้น (Zone; Z) โดยจัดโซนพิเศษในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องสังเกตอาการระหว่างรอตรวจ 2) พัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (Knowledge; K) โดยจัดการอบรมเพื่อให้ความรู้และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ จัดให้มีพยาบาลคัดกรองผู้สูงอายุ เข้ารับการรักษาตามลำดับความเร่งด่วน 3) การคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงมีความชัดเจนมากขึ้น (Triage & Fast tract; T) ยึดตามเกณฑ์ “MOPH” ED Triage พร้อมทั้งจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ 4) มีแนวทางเฝ้าระวัง(Guideline) โดยการประเมินสัญญาณชีพและ Score ต่างๆ ติดตามเป็นระยะระหว่างรอตรวจ เช่น Pain score, Neuro-signs, SOS score 5) มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง(Guidance) หรือ ZKT2G model

กำหนดบทบาทหน้าที่ จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน จัดการโครงสร้างทางกายภาพให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน จัดทำแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสูงอายุอาการทรุดลง จัดทำคู่มือการใช้งาน และการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย นิเทศและติดตาม ให้คำปรึกษา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม[12] พบว่า มีการพัฒนาก่อนการตรวจรักษา เมื่อผู้ป่วยถึงจุดคัดกรอง ได้แก่ 1) สอบถามความต้องการ 2) สอบถามอาการ วัดสัญญาณชีพ 3) ประเมินผู้ป่วยตามแบบคัดกรองและลงบันทึก 4) แยกสีผู้ป่วยตามแผนกที่รับบริการ 5)ให้บัตรคิวรับบริการ 6) ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนบริการ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งเจ้าที่อย่างเร่งด่วน 7) ซักถามประวัติให้ครอบคลุมและลงบันทึก หากพบความผิดปกติ ประสานการดูแลระหว่างแผนกตามแนวทางปฏิบัติ 8) แจ้งคิวการรับบริการเข้าตรวจ การศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษางานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย[10] ได้พัฒนาโดย 1) กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของผู้คัดแยกประเภทผู้ป่วย 2) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่จุดคัดกรอง โดยประเมินค้นหาผู้ป่วยประเภทสีเหลือง 3) จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่คัดแยก เวลา 07.00 - 08.00 น. และ 12.00-13.00 น. 4) กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยกลุ่มเฝ้าระวัง (ให้เป็นสีเหลือง) โดยการติดคิวเร่งด่วนและให้ตรวจเป็นคิวแรก 5) จัดโซนเฝ้าระวัง มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง 6) ใช้การคัดแยกตามหลัก ESI VER.4 จากการศึกษารูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม[9] พัฒนาโดย 1) จัดพื้นที่บริการ การคัดกรองที่เหมาะสม 2) พัฒนาสมรรถนะและทักษะบุคลากรแบบบัดดี้พี่สอนน้องในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน 3) จำแนกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจน เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 4) จัดทำแนวปฏิบัติการจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแล 5) นิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง 6) จัดโซนและทำการสังเกตอาการและเฝ้าระวังเปลี่ยนแปลงตามความเร่งด่วน เป็น 3 กลุ่ม เหลือง เขียว และขาว การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี[13] โดยศึกษาเป็นขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ ศึกษาผลและการสะท้อนเพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังอาการทรุดลง โดยเริ่มจากการคัดกรอง ประเมินอาการทรุดลงด้วยคะแนน sosP และการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ การจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกับทีมสุขภาพให้เข้าใจง่าย และ จากการศึกษา การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก[14] โดย เมื่อผู้ป่วยยื่นบัตรนัดหรือบัตรคิว จะได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพ และทำการค้นหาอาการที่ต้องเฝ้าระวัง 1)วัดสัญญาณชีพ 2) ประเมิน SOSP score 3) กำหนดประเภทผู้ป่วยตามคะแนนที่ประเมินได้และแบ่งโซนตามสี 4) บันทึกค่า SOSP score ในแบบคัดกรอง เพื่อใช้ในการสื่อสาร และแจ้งผู้ป่วยให้ทราบ 5) ดูแลผู้ป่วยตามโซนสีที่กำหนดให้สอดคล้องตามแนวทางที่กำหนด 5) พยาบาลวิชาชีพประชาสัมพันธ์และเดินตรวจประเมินตามโซนสี ส่งผลให้เกิดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมผู้ดูแลได้ครอบคลุมตามความ ต้องการของผู้ป่วย และมีผลลัพธ์ในการดูแลดีขึ้น ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ พัฒนาทักษะทางคลินิกของพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบต่อไป

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ด้านพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ.05 (P<0.001) เป็นผลจากการจัดการอบรมเพื่อให้ความรู้และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ฝึกอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แลกเปลี่ยนความรู้โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง มีการนิเทศและติดตามอย่างสม่ำเสมอในกรณีที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบว่ามีอุปสรรค ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และประสานความร่วมมือในการปรับปรุงวิธีปฏิบัติ และกำหนดแผนในการปรับปรุงในวงรอบต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย[10] พบว่า ความรู้และความเข้าใจในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หลังการพัฒนาพบว่าพยาบาลมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี[14] พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้น 6 กิจกรรม 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ 6) การสร้างรอยยิ้มและสันทนาการ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านผู้รับบริการ ความพึงพอใจต่อการบริการภายหลังการพัฒนารูปแบบการระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นผลจากความพยายามในการแก้ไขปัญหาทั้งด้านการให้ความรู้ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การกำหนดหน้าที่ให้ชัดเจน การเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง สะท้อนกลับข้อมูลและทบทวนสม่ำเสมอ จัดโครงสร้างทางกายภาพให้เหมาะสม มีโซนพิเศษและช่องทางด่วนในการเฝ้าระวังสอดคล้องกับศึกษา รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์[16] ที่พบว่า หลังดำเนินการพัฒนา ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า หลังการพัฒนา ระบบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม[9] หลังพัฒนารูปแบบผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จากการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี[17] พบว่า หลังพัฒนา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก การศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช[18] พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอย หลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยลดลง แสดงให้เห็นถึง ความพยายามในการจัดการทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ดำเนินการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์[16] ที่พบว่า หลังดำเนินการมีระยะเวลาในการรับบริการ 84-89 นาที (ก่อนดำเนินการ 90-135 นาที) ส่วนการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู[19] ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาระยะเวลาในการให้บริการลดลง จากเดิมใช้เวลา 167.11 นาที เหลือ 105.43 นาที และการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระ

นารายณ์มหาราช[18] พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติระยะเวลารอคอยตั้งแต่การคัดกรองถึงเรียกเข้าตรวจ ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 206 นาที จากก่อนใช้แนวปฏิบัติที่ใช้เวลาเฉลี่ยมากถึง 263 นาที

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน ตลอดจนนำไปปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้และความถูกต้องในการปฏิบัติการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

2. ศึกษาเปรียบเทียบผลของการนำรูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ในพื้นที่หรือเครือข่ายให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ17 มี.ค.67]. เข้าถึงจาก : https://thaitgri.org/?p=40101.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 17 มี.ค. 67] เข้าถึงจาก : https://www.dop.go.th/th/know/1.
3. กรมการปกครอง. สถิติจำนวนประชากร. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 17 มี.ค. 67] เข้าถึงจาก : https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนพิสัย. รายงานข้อมูลอำเภอโพนพิสัย. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น เมื่อ 15 มี.ค. 67] เข้าถึงจาก https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_tambon?region=8&prov=NDM=&provn=4Lir4LiZ4Lit4LiH4LiE4Liy4Lii&ampid=4305&ampn=4LmC4Lie4LiZ4Lie4Li04Liq4Lix4Lii.
5. สกานต์ บุนนาคและคณะ. รายงานการวิจัยการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.) และ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช.); 2563.
6. โรงพยาบาลโพนพิสัย. สถิติผู้รับบริการ พ.ศ. 2566. หนองคาย: โรงพยาบาลโพนพิสัย; 2567.
7. โรงพยาบาลโพนพิสัย. อุบัติการณ์งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2566. หนองคาย: โรงพยาบาลโพนพิสัย; 2567.
8. Taro Yamane. Statistic: An Introductory Analysis. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1970.
9. สังวาลย์ วงศ์สมศักดิ์. รูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 3(3): 342-352.
10. เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2566; 39(2): 112-122.
11. ลัดดา อะโนศรี. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานผู้ป่วยนอก. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(2): 186-91.
12. นภา วงค์จำปา, ฉัตรชัย ไตรยราช และพิมพ์ญดา เนียมแดง. การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 9(1): 759-768.
13. อิ่น วงษ์เคน. การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(2): 195-204.
14. วัชรีย์ ไกรสิงห์เดชา. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข 2565; 1(1), 40-52.

15. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2560; 9(3), 57-69.
16. พัชรินทร์ เลิศวีระพล. รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(3): 462-469.
17. พัชนี สุมานิตย์. การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมภวาปีจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 3(1): 85-98.
18. อัจฉราวรรณ ศรสว่าง. ผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2564; 6(4): 181-18.
19. กิ่งเพชร ชินศิรประภา. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมละสุขภาพชุมชน 2566; 8(3): 513-522.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

Associated between Health Literacy and Solid Waste Management Behaviors among People in Khemmarat District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: July 15,2024 ; Revised: July 23,2024 ; Accepted: July 25,2024)

ถนอม ผิวหอม[1]
Tanom Piwhom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงแบบสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย เก็บรวบรวมข้อมูลกับประชาชนอายุระหว่าง 18-59 ปี ในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 381 คน โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.72-0.84 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's Correlation Coefficient

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.1 พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.4 และภาพรวมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.450$, p-value<0.001)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ

ABSTRACT

This survey research by cross-sectional study aimed to study level of health literacy, solid waste management behaviors and the relationship between health literacy, and solid waste management behaviors among people aged 18-59 years in Khemmarat District, Ubon Ratchathani Province. Data were collected by using a questionnaire with 381 persons. The confidence alpha coefficients were between 0.72-0.84. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient.

The results showed that the sample group had overall health literacy at a moderate level (80.1 percent), had solid waste management behaviors at a moderate level (61.4 percent), and the overall health literacy had a statistically significant positive correlation to solid waste management behaviors at a moderate level ($r = 0.450$, p-value<0.001).

Keywords: Health Literacy, Solid Waste Management Behaviors, People in Khemmarat District, Ubon Ratchathani Province.

บทนำ

สถานการณ์ขยะมูลฝอยประเทศไทย ปี 2565 มีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน หรือ 70,411 ตัน/วัน ปริมาณขยะมูลฝอบที่เกิดขึ้นมาจากวิถีการดำเนินชีวิตประชาชน พฤติกรรมการซื้อและบริโภคการสั่งสินค้า ทำให้ขยะมูลฝอยประเภทบรรจุภัณฑ์พลาสติกมีปริมาณสูง รวมทั้งขยะมูลฝอยที่มาจากนักท่องเที่ยว โดยในปี 2565 มีจำนวนนักท่องเที่ยวถึง 11 ล้านคน[1] ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมีปริมาณเพิ่มขึ้น การจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ มีปริมาณขยะมูล

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

ฝอยที่เกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน ถูกจัดการกันเองโดยบ้านเรือนและชุมชน หรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล[2] เมื่อพิจารณาปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นพบว่าภาคกลางมีปริมาณขยะมูลฝอยสูงสุดประมาณ 17,511 ตันต่อวัน รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16,882 ตันต่อวัน กรุงเทพมหานคร 12,890 ตันต่อวัน ภาคใต้ 8,684 ตันต่อวัน ภาคตะวันออก 6,565 ตันต่อวัน ภาคเหนือ 4,585 ตันต่อวัน และภาคตะวันตก 3,294 ตันต่อวัน ตามลำดับ[2]

การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายในประเทศไทยภายใต้แผนแม่บทการบริการจัดการขยะมูลฝอย ปี 2564 โดยหลักการดำเนินการขยะมูลฝอยภายใต้หลักการ 3Rs (Reduce Reuse Recycle) และหลักการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงานด้านการจัดการขยะมูลฝอยในระดับพื้นที่โดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบในการจัดเก็บ รวบรวม และกำจัดตลอดจนการส่งเสริมให้ลดปริมาณขยะมูลฝอยตั้งแต่ในระดับครัวเรือน[3]

อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญอีกแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี มีประเพณีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตแตกต่างกันออกไป และเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่กำลังประสบกับปัญหาขยะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากข้อมูลการสำรวจพื้นที่ภาคสนามร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ทักษะและพฤตกรรมนิสัยในการจัดการขยะที่ถูกต้อง และยังพบว่าปริมาณขยะในชุมชนขึ้นอยู่กับปัจจัยทางภูมิศาสตร์ที่มีความแออัดของที่อยู่อาศัย มีทัศนคติว่าการจัดการขยะว่าเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดบริการให้ด้วยเหตุนี้ประชาชนจึงทิ้งขยะทุกชนิดปะปนกันโดยไม่มี การคัดแยก และถือว่าเป็นภารกิจของภาครัฐ ที่จะต้องรับผิดชอบในการดำเนินการ ในการส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยการสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นความสามารถและทักษะส่วนบุคคล โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ[3] โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดความรอบรู้สุขภาพของกรมอนามัย[4] ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจ ทักษะการโต้ตอบซักถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะการบอกต่อ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนและชุมชนแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับบุคคลไปถึงระดับชุมชน นำไปสู่การตัดสินใจในการสร้างเสริมสุขภาพและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ[3]

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในชุมชนของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง สำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross sectional

study) ของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวมรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประชาชนผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ในเขตเทศบาลตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 8,533 คน โดยการใช้สูตรการประมาณสัดส่วนของ เครจซีและมอร์แกน[5] กำหนดลักษณะประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน โดยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นประชาชนทั้งชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง มีสติสัมปชัญญะ เป็นปกติ 4) มีความสามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางสภาพทางจิตใจ และเกณฑ์การถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง (Discontinuation criteria) ได้แก่ 1) ขาดการติดตามจากการศึกษา เช่น ย้ายออกนอกพื้นที่ เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน อาชีพ และผู้ให้คำปรึกษา กรณีพบปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 7 ข้อ

2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน จำนวน 3 ข้อ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ และการบอกต่อ จำนวน 3 ข้อ แปลผลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของเบสท์[6] คือระดับต่ำ 18-41 คะแนน ระดับปานกลาง 42-66 คะแนน และระดับดี 67-90คะแนน

3) พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับประชาชนอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยเท่ากับ 0.72 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ค้นคว้าข้อมูลเพื่อหาปัญหางานวิจัย และเลือกหัวข้อปัญหาที่จะทำการวิจัย เพื่อกำหนดขอบเขตหรือขอบข่ายของงาน

1.2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1.3 ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่จะทำการศึกษา

1.4 เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1.5 ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ดำเนินการวิจัยขออนุญาตดำเนินงานวิจัย

1.6 เตรียมวัสดุอุปกรณ์ สำหรับใช้สอบถามม

1.7 เตรียมความพร้อมของวิทยากรและผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามการวิจัย

1.8 เก็บข้อมูลจสกแบบสอบถามการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ทำหนังสือขออนุญาตและชี้แจงผู้บริหารหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้เข้าใจในการดำเนินงานโครงการวิจัย เพื่อยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการสำรวจ

2.2 สำรวจความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน โดยใช้เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และแบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย

3. ขั้นประเมินหลังดำเนินการ

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

3.2 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถามทั้งหมด

3.3 นำข้อมูลที่เก็บรวมรวมเตรียมเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ด้วยสถิติ Pearson's Correlation Coefficient โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์[7] ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ระดับต่ำมาก, ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ระดับต่ำ, ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่0.41-0.60 ระดับปานกลาง, ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61-0.80 ระดับสูง, ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ระดับสูงมาก

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565 – 117

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 44.9 มีอายุอยู่ในระหว่างช่วง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.7 ส่วนมาก จบระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 34.6 กลุ่มตัวอย่างมีสถานะบทบาทในชุมชนเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 67.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 50.5 และผู้ให้คำปรึกษากรณีพบปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมคือผู้นำชุมชนมากที่สุดร้อยละ 64.7

2. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.7, 57.7 และ 40.2 ตามลำดับ) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน และทักษะการบอกต่อ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 44.9, 37.5 และ 53.8 ตามลำดับ)

3. พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดโดยการคัดแยกขยะประเภทขวดพลาสติก แก้ว กระดาษ หรือนำกลับมาใช้ใหม่ และมีการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้งหรือนำไปกำจัด รองลงมาคือ มีการจัดการขยะที่ดี เพื่อที่จะไม่ทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธ์ของแมลงและสัตว์นำโรค ส่วนพฤติกรรมที่ยังอยู่ในระดับต่ำคือ ยังคงมีพฤติกรรมที่นำถ่านไฟฉาย หลอดไฟ ทิ้งรวมกับขยะทั่วไป และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.4 ระดับดี ร้อยละ 29.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 8.7 ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.450$, p-value<0.001) ส่วนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรายด้าน พบว่า ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.492$, p-value<0.001; $r = 0.421$, p-value<0.001 และ $r = 0.436$, p-value<0.001 ตามลำดับ) ส่วนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน และทักษะการบอกต่อมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.279$, p-value<0.001; $r = 0.276$, p-value<0.001 และ $r = 0.333$, p-value<0.001 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน 18-59 ปี ในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี (n=381)

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย	
	r	p-value
เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.279	<0.001
ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.492	<0.001
ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	0.276	<0.001
ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ	0.421	<0.001
ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	0.436	<0.001
ทักษะการบอกต่อ	0.333	<0.001
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวม	0.450	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

1) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.1 สอดคล้องกับการศึกของอำคา แก้วประมูล และพิทยา ธรรมวงศา[8] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจบระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 34.6 ซึ่งแสดงให้เห็นความการศึกษาจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร และณัฐนารี เอมยงค์[9] พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จะเป็นผู้ที่สามารถ ฟัง พูด อ่าน ออกและเขียนได้ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อพิจารณาเป็นความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นรายด้าน พบว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพและทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากประชาชนมีการติดตามข่าวสารจากการทำงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ในการจัดการขยะมูลฝอย ทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการขยะมูลฝอย จนนำไปสู่การตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีจะนำมาซึ่งการพัฒนาศักยภาพของตนเองดีตามไปด้วย

2) พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานีมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประจวบ แสงดาว, ชัชนันท์ ปู่แก้ว และ สุนิสา ตุ้มทอง[10] ที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมในการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่างคือ การคัดแยกขยะประเภทขวดพลาสติก แก้ว กระดาษ หรือนำกลับมาใช้ใหม่ และมีการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้งหรือนำไปกำจัด ชี้ให้เห็นว่าเมื่อประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ง่ายเกี่ยวกับเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเข้าใจ และมีพฤติกรรมในทางสุขภาพที่เหมาะสมตามมา[11] แต่ในบางพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างยังแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ยังคงมีพฤติกรรมที่นำถ่านไฟฉาย หลอดไฟ ทิ้งรวมกับขยะทั่วไป จากการศึกษาพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ยังมีพฤติกรรมบางอย่างซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนมีความตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการเกี่ยวกับขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชน

3.) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อประชาชรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีค่าเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน จะเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลให้ประชาชนเกิดการพัฒนาเกี่ยวกับทักษะและความสามารถของบุคคลในการจัดการตนเองและชุมชนให้มีพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนไปในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ วิชระ เพ็งจันทร์[4] ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถหรือทักษะของบุคคล สุขภาพที่เกิดขึ้นจะต้องมีทักษะในการเข้าถึง การเข้าใจ. ข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ เพื่อปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังสามารถประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพนั้นๆได้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงเป็นทักษะและความสามารถของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ เพื่อประเมินใช้ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนั้นตามต้องการเพื่อส่งเสริมให้พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างเหมาะสม ของผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรายด้าน ได้แก่ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ทักษะการบอกต่อ ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำปานกลางกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ ประจวบ แสงดาว, ชัชนันท์ ปู่แก้ว และสุนิสา ตุ้มทอง[10] และ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปนัดดา งามเปรี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย และประภากร ศรีสว่างวงศ์[12] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมของประชาชนในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ในประชาชนทั่วไป

2. หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบหรือพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเน้นทักษะในด้าน เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ทักษะการบอกต่อ ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการจัดการขยะมูลฝอยให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชนที่เหมาะสม

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการบูรณาการแนวความคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. กองเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและกีฬา. สถิตินักท่องเที่ยวภายในประเทศ ปี 2565. เข้าถึงจาก https://www.mots.go.th/news/category/766
2. กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยในชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร, 2565.
3. มัตติกา ยงอยู่. “การจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เมือง อุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ในเขตสุขภาพที่ 5”. 2563. เข้าถึงจาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20221223153805_4419/20230106143602_3102.pdf
4. วชิระ เพ็งจันทร์. “เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย”. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2560.
5. วิสาขา ภู่จินดา. “ระเบียบวิจัยและสถิติสิ่งแวดล้อม”. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2553.
6. Best, John W. “Research in Education”. (4rd ed). Englewood Cliff, N.J.: Prentice Hall, 1981.
7. Wiersma, W. and G. Jurs, S. “Research Method in Education an Introduction”. (9th ed). Massachusetts: Pearson, 2009.
8. อำคา แก้วประมูล และพิทยา ธรรมวงศา. “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของแกนนำชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี”. 2566. เข้าถึงจาก https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php
9. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร และณัฐนารี เอมยงค์. “รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่องโครงการ สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางการเห็น”. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564.

10. ประจวบ แสงดาว, ชัชนันท์ ปู่แก้ว และสุนิสา ตุ้มทอง. “ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยพื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4”. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 18(1): 209-223; มกราคม-เมษายน, 2567.
11. Te’eni D. Review: a cognitive-affective model of organizational communication for designing IT. MIS Quarterly. 2001; 25(2):251–312. doi: 10.2307/3250931
12. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปนัดดา งามเปรี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย และประภากร ศรีสว่าวงศ์. “ความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม”. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 14(3): 104-114, 2564.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Factors Related to Stress and Stress Management of Employees 1330 Contact Center, National Health Security Office during The Outbreak of Communicable Disease Coronavirus 2019.

(Received: July 14,2024 ; Revised: July 25,2024 ; Accepted: July 26,2024)

กรรณิกา แสงนิลาวิวัฒน์[1], เกสร สำเภาทอง[2]
KUNNIKA SANGNILAVIWAT[1], Kaysorn Sumpowthong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความเครียด ระดับความเครียดจากการทำงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 158 คน ระหว่างวันที่ 21 กันยายน – 13 ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) แบบสอบถามปัจจัยด้านงานที่มีผลต่อความเครียดในงาน และแบบสอบถามการจัดการความเครียดในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ผลการศึกษาพบว่า พนักงาน1330 Contact Center ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 22 – 29 ปี ร้อยละ 79.1 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน Contact Center 1 – 2 ปี ร้อยละ 76.6 ลักษณะงานที่ทำเป็นงานที่โอกาสก้าวหน้าหรือเลื่อนตำแหน่งเป็นพนักงานประจำมีน้อย สภาพแวดล้อมการทำงานมีความเหมาะสม พฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ของพนักงานมักจะมีสติไม่ตื่นตระหนกพร้อมเผชิญปัญหา ในส่วนของพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของพนักงานมักจะขอเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ พนักงานมีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 58.9 เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียดมากที่สุดคือ กลัวทำงานผิดพลาด ในส่วนของความสัมพันธ์ พบว่า ผลกระทบจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดโรคโควิด19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ ส่วนเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางด้านสุขภาพ ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์ระดับความเครียด

คำสำคัญ: ความเครียด, การจัดการความเครียด, Contact Center, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ABSTRACT

This research was survey research by cross-sectional study investigating stress management, levels of work-related stress, and factors associated with stress and stress management among employees of the 1330 Contact Center during the COVID-19 pandemic. Data was collected via questionnaires from 158 individuals between September 21st and October 13th, 2023. The tools included personal information surveys, the Suanprung Stress Test 20 (SPST-20), a questionnaire on job-related stress factors, and one on workplace stress management. Data analysis involved descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics including Chi-square and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient at a significance level < 0.05.

[1] นักศึกษาปริญญาโท, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (เอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

The study revealed that most employees at the 1330 Contact Center were female (87.3%) and aged between 22 and 29 (79.1%). The majority had 1-2 years of contact center experience (76.6%). The results indicated that the staff had limited opportunities for promotion or to become permanent employees, and the suitable work environment. In terms of emotion-focused coping, employees likely managed stress by staying calm and being prepared to face problems without panicking. For problem-focused coping, employees tended to request changes in their job roles or fields. A high level of stress was reported by 58.9% of employees, with the most significant source of stress being the fear of making mistakes at work. The study also revealed that the impact of the COVID-19 pandemic was associated with emotion-focused stress management behaviors, while gender was associated with problem-focused stress management behaviors. Ultimately, stress levels correlated with gender, age, economic status, health struggles, job characteristics, and the work environment.

Keywords: Stress, Stress management, Contact Center, National Health Security Office

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาระบบสุขภาพ เนื่องจากความเปราะบางของระบบการดูแลสุขภาพของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน[1] จากผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดมาตรการลดอัตราการแพร่เชื้อโรคต่าง ๆ ขึ้นในแต่ละประเทศรวมทั้งประเทศไทยด้วย รัฐบาลมีการดำเนินการเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด19 ตั้งแต่ธันวาคม 2562 - สิงหาคม 2564 โดยมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อในประเทศไทย โดยการตรวจจับคนที่เดินทางมาจากต่างประเทศ การกักตัวใน Quarantine Center เพื่อไม่ให้เกิดการระบาดในวงกว้าง มีระบบควบคุมโรคโควิด19 โดยมีการติดตามผู้สัมผัสเพื่อแยกสังเกตอาการ ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการหรืออาการน้อยในชุมชน มีมาตรการควบคุมโรคโควิด19 โดยให้ประชาชนทุกคนใช้มาตรการการเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ[2]

การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วนี้ส่งผลให้ประชาชนเกิดการเจ็บป่วยจำนวนมาก เกิดสถานการณ์โรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการรองรับการรักษาผู้ติดเชื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และจัดบริการ 1330 Contact Center ซึ่งมีประชาชนโทรมาขอความช่วยเหลือจำนวนมาก ทำให้พนักงานต้องรับสายตลอดเวลา รวมถึงต้องเพิ่มชั่วโมงการทำงานเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน[3] อีกทั้งงาน Contact Center เป็นงาน ที่ต้องรับฟังอารมณ์ของผู้ป่วยตลอดเวลาจนทำให้พนักงานเกิดความเครียดในงานมากกว่าสถานการณ์ปกติ

สายด่วน 1330 Contact Center มีการจัดบริการทั้งเชิงรับ เช่น บริการตรวจสอบสิทธิ ให้คำแนะนำ รับเรื่องร้องเรียนและร้องทุกข์ ประสานหาเตียง รับข้อเสนอแนะ บริการเชิงรุก เช่น ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งสำรวจความคิดเห็นตามที่องค์กรกำหนด รวมถึงสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการข้อมูล 3 กองทุน ฯลฯ ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ โทรศัพท์ Social Media และ Walk in มีการปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยทำงานเป็นกะ ประกอบด้วย 6 กะ กะละ 8 ชั่วโมงแบบมีการหมุนเวียน ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 ที่ผ่านมานั้น สายด่วน 1330 Contact Center มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูล ประสานงานให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรับบริการด้านข้อมูลการรักษาพยาบาล และให้ความรู้ด้านสิทธิ

ประโยชน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคโควิด19 จึงมีการขอความร่วมมือพนักงานเพิ่มชั่วโมง การทำงานให้พนักงาน 2 - 4 ชั่วโมงจากเวลาปกติ เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการรับบริการของประชาชน

โดยปกติการทำงานลักษณะนี้มีความเครียดโดยธรรมชาติของงานอยู่แล้ว และเมื่อมีการระบาดของโรคโควิด19 น่าจะยิ่งทำให้สถานการณ์ด้านความเครียดในผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่จะอธิบายปรากฏการณ์นี้ ซึ่งหากมีผลการศึกษาที่แสดงถึงระดับความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด จะเกิดประโยชน์ในการดูแลและส่งเสริมทรัพยากรบุคคลที่ทำงานในลักษณะนี้ได้ เกิดนโยบายในการบริหารงานที่สร้างความสุขในยุควิถีใหม่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำแนวทางป้องกันความเครียด พร้อมทั้งจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพนักงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีนโยบายองค์กรที่สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้พนักงานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงาน 1330 Contact Center ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานกับการจัดการความเครียดและระดับความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study)

ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพนักงาน 1330 Contact Center จำนวน 247 คน ที่มีอายุการทำงาน Contact Center มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีขึ้นไป (ซึ่งเริ่มปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 1 สิงหาคม 2565 ซึ่งเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19) ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ เครซี่และมอร์แกน [4] ได้กลุ่มตัวอย่าง 158 คน เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 21 กันยายน – 13 ตุลาคม 2566

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นพนักงานจ้างเหมาบริการ 1330 Contact Center ที่เริ่มปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 1 สิงหาคม 2565 ซึ่งเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 และปฏิบัติงานหน้าที่รับโทรศัพท์ (Inbound), โทรออกให้บริการข้อมูล (Outbound), ตอบปัญหาผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ (Social)

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นพนักงาน จ้างเหมาบริการ 1330 Contact Center ที่เริ่มปฏิบัติงานหลังวันที่ 1 สิงหาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สาขาการศึกษาระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ดูแล ปัญหาทางด้านสุขภาพ ประสบการณ์การทำงาน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินระดับความเครียดในการทำงาน จำนวน 20 ข้อ โดยแบบสอบถามผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test 20 ; SPST-20)[5]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านงาน จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ด้านลักษณะงาน 11 ข้อ ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน 6 ข้อ โดยแบบสอบถามผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานให้บริการทางโทรศัพท์ของพิมลภัสร์ พุฒิพิพัฒน์[6] ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดในการทำงาน จำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ โดยแบบสอบถามผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบวัดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของอนุรัตน์ อนันทนาธร[7] ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.74

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน พฤติกรรมการจัดการความเครียดและระดับความเครียด โดยใช้การแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานกับพฤติกรรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านงานกับระดับความเครียด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการวิจัย 66PU081 เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 22 – 29 ปี ร้อยละ 79.1 โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาสุขภาพ ร้อยละ 63.9 และมีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 93.7 สถานภาพทางเศรษฐกิจโดยส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 53.2 ไม่มีบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแลมากที่สุด ร้อยละ 33.5 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 85.4 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 14.6 โดยพบว่าเป็นโรคออฟฟิศซินโดรมมากที่สุด ร้อยละ 3.2 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน Contact Center 1 – 2 ปี และเคยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด19 ทั้งต่อตนเองและครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 38.6

2. ระดับความเครียด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเฉลี่ย 52.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.79 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน และส่วนใหญ่ร้อยละ 58.9 มีความเครียดในระดับสูง (ช่วงคะแนน 42 – 61 คะแนน) โดยกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยความเครียด 51.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.45

เหตุการณ์ความเครียดของพนักงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้พนักงานเกิดระดับความเครียดมากที่สุดคือ กลัวการทำงานผิดพลาด ร้อยละ 38.0 เหตุการณ์รองลงมาคือ กลัวไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ร้อยละ 38.6 เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน ร้อยละ 36.1 ตามลำดับ โดยทั้ง 3 เหตุการณ์มีความรู้สึกเครียดในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานกับพฤติกรรมการจัดการความเครียด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีเพียงการ

ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด19 ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และพบว่ามีเพียง เพศ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และปัจจัยด้านงานในเรื่องของลักษณะงานและสภาพแวดล้อม การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์และพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (p-value > 0.05)

4. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานกับระดับความเครียด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 60.9 พนักงานที่อยู่ในช่วงอายุ 22-29 ปี มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 62.4 พนักงาน ที่มีรายได้เพียงพอส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 70.2 พนักงานทีไม่มีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 60.7 พนักงานที่มีปัญหาสุขภาพจะมีระดับความเครียดสูงและรุนแรง ร้อยละ 47.8 และพบว่า ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยลักษณะงานที่พนักงานมีความเห็นว่าทำให้เครียดเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพนักงานที่เพิ่มขึ้น และสภาพแวดล้อมการทำงานที่พนักงานมีความเห็นว่าทำให้เครียดเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพนักงานที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความเครียด พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเฉลี่ย 52.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.79 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน และส่วนใหญ่ร้อยละ 58.9 มีความเครียดในระดับสูง (ช่วงคะแนน 42 – 61 คะแนน) โดยกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยความเครียด 51.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.45 โดยเหตุการณ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ที่ทำให้พนักงานเกิดระดับความเครียดมากที่สุดคือ กลัวการทำงานผิดพลาด ร้อยละ 38.0 เหตุการณ์รองลงมาคือ กลัวไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ร้อยละ 38.6 เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน ร้อยละ 36.1 ตามลำดับ โดยทั้ง 3 เหตุการณ์พนักงานมีความรู้สึกเครียดในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาพรรณ พุทธิยาวัฒน์[8]ได้ทำการศึกษาระดับความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและวิธีจัดการความเครียดของเจ้าหน้าที่รับเรื่อง ทางโทรศัพท์ศูนย์ช่วยเหลือสังคมสายด่วน 1300 พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ ความรับผิดชอบในงาน ความกังวลในด้านความก้าวหน้าและความไม่มั่นคงในงาน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดโดยเฉลี่ยสูงกว่าปกติเล็กน้อยซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการปวดเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณ ท้ายทอย หลัง หรือไหล่อันเป็นอาการที่พบมากที่สุด

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการจัดการความเครียด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีเพียงการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด19 ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) กรมสุขภาพจิต[9] ได้กล่าวถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 ทำให้ยากต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะความเครียดเรื้อรังที่มาจากการต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาวะเหตุการณ์จำยอม ทั้งเคอร์ฟิว การทำงานที่บ้านและจำกัดการเดินทางเพื่อลดการติดเชื้อ โดยผลกระทบจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับการปรับตัวว่าใครจะปรับตัวกันได้ดีแค่ไหน แต่ถ้า

ไม่สามารถทำใจให้เป็นปกติยอมรับและปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงได้ก็จะเกิดภาวะเครียดหรือความวิตกกังวลขึ้นได้ และพบว่ามีเพียง เพศ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ[10] ได้ทำการสำรวจความสุขของคนไทยในปี 2563 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อความคิดความรู้สึก โดยเพศชายมีสมรรถภาพของจิตใจแข็งแกร่งกว่าเพศหญิง

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านงานกับพฤติกรรมการจัดการความเครียด พบว่า ปัจจัยด้านงานในเรื่องของลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์และพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (p-value > 0.05) ซึ่งไม่สอดคล้องกับที่กรมสุขภาพจิต[9] ได้กล่าวถึง สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด19 ส่งผลกระทบเชิงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในระยะยาวได้ ส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมที่เป็นไปเพื่อการผ่อนคลายหรือระบายอารมณ์ อาจทำบ่อยจนติดเป็นนิสัย เช่น ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ติดเกมส์ กินมากขึ้น ต้องหาอะไรกินตลอดเวลา หรือติดเล่นการพนัน เป็นต้น อาจเนื่องมาจากสภาวะเหตุการณ์จำยอมในช่วงสถานการณ์ การแพร่ระบาดโควิด19 ทั้งเคอร์ฟิว ที่ต้องมีการทำงานที่บ้าน อีกทั้งความไม่มั่นคงด้านเศรษฐกิจทำให้พนักงานต้องมีความจำเป็นในการทำงานต่อไป

4. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียด พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 60.9 สอดคล้องกับการศึกษาของพิมลภัสร์ พุฒิพิพัฒน์[(6)] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานให้บริการทางโทรศัพท์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พนักงานให้บริการทางโทรศัพท์เพศหญิงจะมีระดับความเครียดในการปฏิบัติหน้าที่พนักงานให้บริการทางโทรศัพท์โดยรวมมากกว่าเพศชาย และพนักงานที่อยู่ในช่วงอายุ 22-29 ปี มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 62.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Montalbo[11] ได้ศึกษาระดับความเหนื่อยล้ากับการความตั้งใจลาออกของพนักงาน Contact Center กรุงมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ พบว่า พนักงานเพศหญิง อายุ 18 - 29 ปี ที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่ มีความเหนื่อยล้าจากการทำงานในระดับสูง เกิดความเครียดและส่งผลต่อความตั้งใจลาออก ร้อยละ 59.7 และพนักงานที่มีรายได้เพียงพอส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 70.2 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค[1] ได้รายงานข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานและการค้าระหว่างประเทศทั่วโลก ต้องเผชิญกับโอกาสที่จะตกงานจากการหยุดจ้างงานของบริษัทห้างร้าน พนักงานจึงเกิดความกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจโลกที่เกิดขึ้น และพนักงานที่ไม่มีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ร้อยละ 60.7 พนักงานที่มีปัญหาสุขภาพมีระดับความเครียดสูงและรุนแรง ร้อยละ 47.8 ธรณินทร์ กองสุข และคณะ[12] ได้ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมความเครียดในงานเป็นความรู้สึกต่อการทำงาน ว่ามีความกดดันหรือคุกคามต่อร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานตลอดจนอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ มือสั่น ใจสั่น หงุดหงิด สับสน นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ เป็นต้น โดยแต่ละคนจะมีการแสดงออกที่แตกต่างกัน

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านงานกับระดับความเครียด พบว่า ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่พนักงานมีความเห็นว่าทำให้เครียดเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพนักงานที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากนโยบายองค์กรที่มีการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด19 พนักงานต้องปฏิบัติงานที่บ้าน (Work Form Home) ทำให้การปรึกษาหัวหน้างานแบบทันท่วงทีมีความจำกัด พนักงานต้องมีการตัดสินใจ

ในการตอบปัญหาหรือแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง อีกทั้งยังมีความกังวลเรื่องการถูกผู้รับบริการร้องเรียนและถูกควบคุมคุณภาพสายบริการ จึงทำให้พนักงานกังวลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผิดพลาดจึงส่งผลต่อความเครียดของพนักงาน สอดคล้องกับ วงศ์ลัดดา วีระไพบูลย์ และคณะ[13] ได้ทำการศึกษาแบบจำลองอิทธิพลของความไม่มั่นคงในการทำงานและการระบุตัวตนต่อองค์กรของพนักงานที่มีต่อการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร พบว่า การสนับสนุนของเพื่อนร่วมงานจะช่วยลดความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความไม่มั่นคงในการทำงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร พนักงานที่ได้รับการสนับสนุนและการปฏิบัติอย่างดียิ่งจากเพื่อนร่วมงานและให้ความช่วยเหลือยามจำเป็นในเรื่องการทำงาน รวมถึงการเผชิญกับสถานการณ์ ที่ตึงเครียด ความกดดันในการทำงานสูง เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ จะส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการทำงาน (Burnout) ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 หน่วยงานควรมีแผนการสำรวจความเครียดของพนักงานอย่างเหมาะสม เพื่อจัดทำแนวทางป้องกันความเครียด พร้อมทั้งจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย หรือให้กับบุคคลที่ทำงานในลักษณะใกล้เคียงกันได้ และควรมีการติดตามผลการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 หน่วยงานควรมีการสำรวจความพร้อมในการทำงานที่บ้านของพนักงาน หรือจัดหาสถานที่ทำงานและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่พนักงาน

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center ในเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาจัดทำแผนสร้างเสริมสุขภาพเชิงลึก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานผลการทบทวนผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับโลกและในประเทศไทย. จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1177420210915075055.pdf
2. กรมควบคุมโรค. (2565). พิมพ์เขียวการจัดการโรคอุบัติใหม่ (บทเรียนจากโควิด-19). จาก https://online.fliphtml5.com/hvpvl/otyo/
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). 10 ผลงานเด่น สปสช. ปีงบประมาณ 2564.จาก https://www.nhso.go.th/news/3390
4. มารยาท โยทองยศ และปราณี สวัสดิสรรพ์. (30 กรกฎาคม 2565). การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการวิจัย. จาก http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf
5. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง, 13(3), 1-20.
6. พิมลภัสร์ พุฒิพิพัฒน์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานให้บริการทางโทรศัพท์ในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/
7. อนุรัตน์ อนันทนาธร. (2559). ภาวะความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของข้าราชการตำรวจสังกัดตำรวจภูธรภาค 2. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 137-171.
8. ภาพรรณ พุทธิยาวัฒน์. (2558). ความเครียดของเจ้าหน้าที่รับเรื่องทางโทรศัพท์ศูนย์ช่วยเหลือสังคม (1300) [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/
9. กรมสุขภาพจิต. (15 ธันวาคม 2565). ภาวะเครียดจากวิกฤติโควิด เช็กอาการเบื้องต้น หลายคนเผชิญโดยไม่รู้ตัว. จาก https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31067

10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ.2563. ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505104130_19919.pdf
11. Montalbo. (2016). The Burnout Level of Call Center Agents in Metro Manila, Philippines. International Letters of Social and Humanistic Sciences, 70, 21-29. doi:10.18052/www.scipress.com/ILSHS.70.21
12. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2549). ประมวลองค์ความรู้ความเครียดและการคลายเครียด. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
13. วงศ์ลัดดา วีระไพบูลย์ และคณะ. (2563). ความไม่มั่นคงในการทำงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การศึกษาการระบุตัวตนต่อองค์กร และการสนับสนุนของเพื่อนร่วมงาน. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 7(2), 188-200. doi:10.14456/jmsnpru.2020.39

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่ กรณีศึกษา การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว

Assessment of the carbon footprint of the area. Case study of the use of automatic parking systems, type Elevator Parking Systems, in the area of the Lat Phrao Intersection Condominium.

(Received: July 15,2024 ; Revised: July 25,2024 ; Accepted: July 26,2024)

อดุลย์ จุลบุตร[1], ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์[2] , เสรีย์ ตู้ประกาย[3], มงคล รัชชะ[4], สมพร ธเนศวานิชย์[5]
Adun Junlabud[1], Chaleeporn Thammapornram[2] , Seree Tuprakay[3], Mongkol Ratcha[4*], Somporn Taneswanit[5]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์บริเวณของระบบจอดรถอัตโนมัติประเภท Elevator Parking Systems ในพื้นที่ของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว โดยใช้ข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 โดยมีการบันทึกข้อมูลที่แบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท 1.เพื่อประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของระบบจอดรถอัตโนมัติประเภท Elevator Parking Systems 2 . เพื่อเปรียบเทียบการปล่อยก๊าซเรือนกระจกระหว่างกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในระบบจอดรถอัตโนมัติ3. เพื่อเสนอแนวทางในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่โครงการ เพื่อประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของระบบจอดรถอัตโนมัติประเภท Elevator Parking Systems เพื่อเปรียบเทียบการปล่อยก๊าซเรือนกระจกระหว่างกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในระบบจอดรถอัตโนมัติ เพื่อเสนอแนวทางในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่โครงการ การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ประเภท: 1. การบันทึกการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการขับรถเข้ามาในโครงการเพื่อใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ 2.การบันทึกการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติที่ใช้ไฟฟ้าเป็นพลังงานหลัก 3. การบันทึกการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้กระดาษในการจดบันทึกการใช้งานของพนักงาน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์คาร์บอนฟุตพริ้นท์เพื่อคำนวณปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมแต่ละประเภท และเปรียบเทียบปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมเหล่านี้ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์คาร์บอนฟุตพริ้นท์เพื่อคำนวณปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมแต่ละประเภท และเปรียบเทียบปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมเหล่านี้ใช้วิธีการวิเคราะห์คาร์บอนฟุตพริ้นท์เพื่อคำนวณปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมแต่ละประเภท และเปรียบเทียบปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมเหล่านี้

ผลการศึกษา 1. ประเภทที่ 2 มีกิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด เนื่องจากระบบจอดรถอัตโนมัติประเภท Elevator Parking Systems ใช้ไฟฟ้าเป็นพลังงานหลักในการทำงาน ซึ่งจะช่วยลดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่ปล่อยจากรถยนต์ที่ต้องขับอยู่ในพื้นที่โครงการเพื่อหาที่จอดเอง 2. ประเภทที่ 1 มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเนื่องจากการขับรถเข้ามาในโครงการเพื่อใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ แต่ถูกจำกัดระยะทางจากทางเข้า-ออกโครงการถึงจุดจอดรถอัตโนมัติไว้แล้ว 3. ประเภทที่ 3 มีกิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่น้อยที่สุด เนื่องจากเป็นการใช้กระดาษของพนักงานในการจดบันทึกการใช้งาน

คำสำคัญ: คาร์บอนฟุตพริ้นท์, ก๊าซเรือนกระจก, ระบบจอดรถอัตโนมัติ

Abstract

This study evaluates the carbon footprint of an automatic parking system, specifically Elevator Parking Systems, within a condominium area at Ha Yaek Lat Phrao. The data collected spans from December 2023 to April 2024, with activities divided into three categories for assessment: 1. To evaluate the carbon footprint of the Elevator Parking System. 2. To compare greenhouse gas emissions between related activities within the automatic parking system. 3. To propose guidelines for reducing the carbon footprint of the project area. Data collection is categorized into three

[1] นักศึกษาปริญญาโท สาขาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[2] อาจารย์พิเศษ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[3] รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: Mongkol.r@ru.ac.th
[5] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยรามคำแหง

types: 1. Recording greenhouse gas emissions from vehicles entering the project area to use the automatic parking system. 2. Recording greenhouse gas emissions from operating the automatic parking system, which primarily uses electricity. 3. Recording greenhouse gas emissions from paper usage for employee activity logs. Data analysis employs carbon footprint analysis methods to calculate the amount of greenhouse gas emissions from each activity type and compare these emission levels.

The study's findings are as follows: 1. Type 2 activities emit the most greenhouse gases due to the automatic parking system's reliance on electricity, which helps reduce the carbon footprint from vehicles searching for parking spots. 2. Type 1 activities involve emissions from vehicles entering the project area to use the automatic parking system, but these are limited by the controlled distance from the project's entrance to the automatic parking spots. 3. Type 3 activities emit the least greenhouse gases, stemming from paper usage for employee activity logs.
Keywords: carbon footprint, greenhouse gases, Auto Parking

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาภาวะโลกร้อน (Global Warming) และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมอันดับหนึ่งที่ทุกประเทศต่างให้ความสำคัญ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตบนโลก[20]

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภาวะโลกร้อนได้นำไปสู่การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (Carbon Footprint: CF) ซึ่งใช้เป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ในการประเมินปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปลดปล่อยออกมาตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์หรือบริการ ตั้งแต่การได้มาซึ่งวัตถุดิบ การขนส่ง การใช้งาน และการจัดการซากหรือของเสียหลังใช้งาน โดยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์จะเป็นข้อมูลที่แสดงให้ผู้บริโภคทราบว่าตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์หรือบริการมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกมาปริมาณเท่าใด เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกซื้อสินค้าและบริการ กระตุ้นให้ภาคการผลิตและบริการปรับเปลี่ยนไปสู่การพัฒนาเพื่อลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่ (Carbon Footprint for Area, CFA) เป็นวิธีการหนึ่งในการแสดงข้อมูลปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยจากการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของพื้นที่ ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับหน่วยงาน บริษัท หรือโรงงานอุตสาหกรรม อีกทั้งยังช่วยลดต้นทุนการผลิตจากการใช้ทรัพยากรที่น้อยลง และเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility) โดยการดำเนินการประเมินและตรวจสอบการปล่อยปริมาณก๊าซเรือนกระจกในประเทศไทยในปัจจุบันนั้น จะเป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่ได้มีข้อกำหนดกฎหมายที่ชัดเจน

ที่อยู่อาศัยเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่เป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต ซึ่งปัจจุบันเศรษฐกิจและสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากครอบครัวเดิมที่อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่เปลี่ยนเป็นแยกออกมามีครอบครัวหลังแต่งงาน หรือแยกออกมาทำงานโดยเฉพาะในเขตพื้นที่เศรษฐกิจ หรือเขตเมืองหลวงอย่างกรุงเทพมหานคร[22]

สถานที่จอดรถเป็นปัจจัยสำคัญหลักตามสถานที่ต่าง ๆ ที่คอยจัดเตรียมไว้ให้กับบุคคล เพื่ออำนวยความสะดวก แต่ปัญหาในปัจจุบัน มีประชากรที่มีรถยนต์ส่วนบุคคลมากขึ้นเป็นจำนวนมาก ทำให้สถานที่ดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการรองรับของรถยนต์ส่วนบุคคล ด้วยในสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาที่จอดรถไม่เพียงพอ ได้ทวีความจำเป็นมากขึ้นทุกขณะ ด้วยจำนวนพื้นที่อันจำกัด และไม่สามารถจัดการให้เป็นระบบ เป็นระเบียบได้ เมื่อพื้นที่มีจำกัดและต้นทุนที่ดินมากกว่าค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาที่จอดรถโดยใช้วิธีที่มีราคาสูง และในปัจจุบันหลาย ๆ อาคาร ได้มี

การนำนวัตกรรมที่จอดรถอัตโนมัติเข้ามาใช้ ทั้งอาคารชุดที่พักอาศัย อาคารสำนักงาน อาคารศูนย์การค้า สถาบันการศึกษา พื้นที่จอดรถสาธารณะ หรือแม้แต่ในที่จอดรถส่วนบุคคล ซึ่งในประเทศไทยก็มีการนำที่จอดรถอัตโนมัติมาใช้ในการบริหารพื้นที่ซึ่งเป็นอีกหนึ่งนวัตกรรมที่ได้รับความนิยมในฐานะทางออกของการแก้ไขปัญหาเรื่องที่จอดรถ[6]

งานวิจัยนี้จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของระบบจอดรถอัตโนมัติ ได้ทำการศึกษาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่ระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนียมหรู 36 ชั้น / 420 ยูนิตแห่งหนึ่งย่านห้าแยกลาดพร้าวที่สามารถจอดรถได้ จำนวน 230 คัน โดยใช้แนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่ ตามแนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์พื้นที่ของประเทศไทย (2559) จากนั้นศึกษาและวิเคราะห์ถึงแหล่งที่มาของปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่าง ๆ เพื่อเสนอมาตรการและแนวทางที่เหมาะสมในการลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งเป็นการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะโลกร้อนและร่วมมือกันลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอย่างจริงจัง อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไปในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาและวิเคราะห์หาแหล่งที่มาและปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของพื้นที่ระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว

2. เพื่อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงกระบวนการที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในปริมาณมากและหาแนวปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานของระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว ให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลงในปริมาณที่เหมาะสมจากปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการปัจจุบันเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงการปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้ลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์หาแหล่งที่มาและปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว โดยวิธีการเก็บข้อมูลการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของแต่ละขั้นตอน พร้อมทั้งหาแนวทางการปรับปรุงกระบวนการที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในปริมาณมากและหาแนวปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานของระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าวให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลงในปริมาณที่เหมาะสมจากปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการปัจจุบัน

กำหนดขอบเขตการศึกษา

ศึกษาการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกบริเวณพื้นที่ดังกล่าวใช้แนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่โดยองค์การบริหารก๊าซเรือนกระจก บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว ตามภาพที่ 1

กำหนดขอบเขตช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

ระยะเวลาการศึกษาตั้งเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2567

การจัดทำบัญชีรายการ

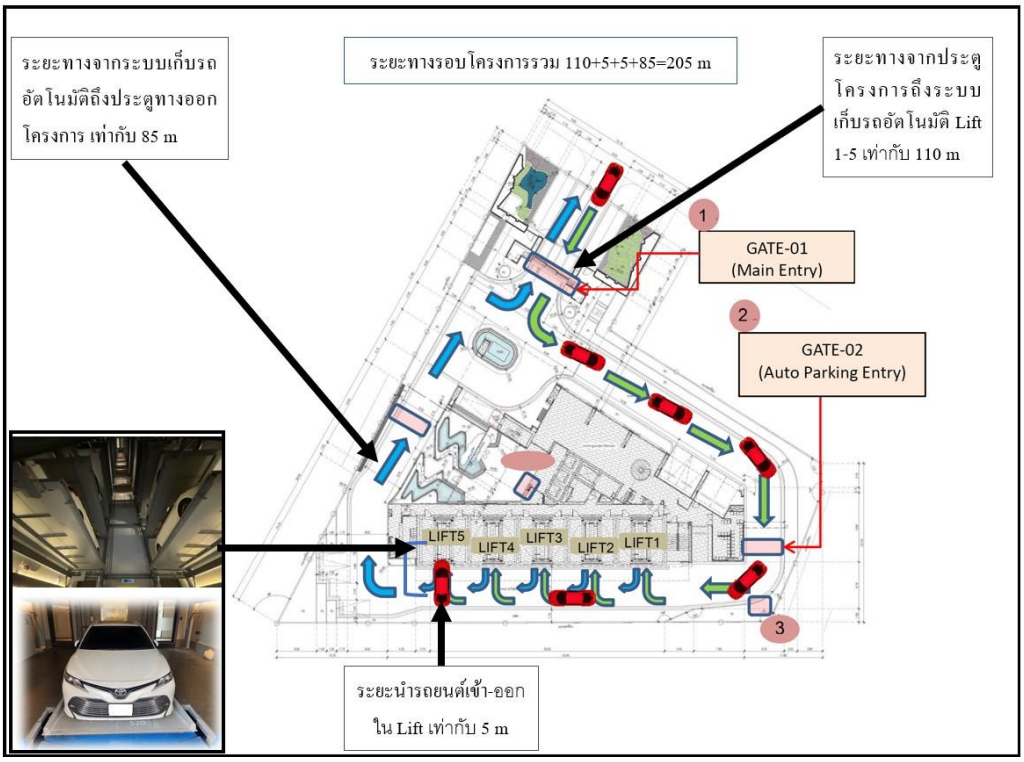
การจัดทำบัญชีรายการ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็นที่ใช้ในการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่

- ปริมาณรถยนต์ที่เข้ามาจอดในบริเวณของพื้นที่ของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว
- ปริมาณพลังงานไฟฟ้าที่ใช้ของระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems
- ปริมาณการใช้กระดาษในการจดบันทึกการใช้งานของระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน

เมษายน พ.ศ. 2567 ของระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าวโดยมีรูปแบบการรวบรวมข้อมูลกิจกรรม ดังนี้



ภาพที่ 1 ภาพแสดงแผนผังระบบการจราจรการนำรถยนต์ เข้า-ออก บริเวณของพื้นที่ของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว

1) ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลที่จากการคำนวณปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของรายการกิจกรรมแต่ละประเภท เช่น การขับรถเข้าจากประตูทางเข้าโครงการถึงระบบเก็บรถอัตโนมัติ และการขับรถออกจากประตูทางเข้า

2) ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดจากกิจกรรมทุกประเภทของระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว เช่น การใช้ไฟฟ้าของระบบจัดเก็บรถอัตโนมัติ Lift 1 - Lift 5

ขั้นตอนการคำนวณ

การหาปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกด้วยวิธีการคำนวณโดยใช้ข้อมูลกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์กรคูณกับสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission Factor)และแสดงผลให้อยู่ในรูปของตันหรือกิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (CO_2eq) หรือ ($kgCO_2eq$) การคำนวณค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกขององค์กร สามารถคำนวณได้จากสมการ[8]

ปริมาณก๊าซเรือนกระจก(GHG Emission) = ข้อมูลกิจกรรม *X* ค่าการปล่อยหรือดูดกลับก๊าซเรือนการจก

ข้อมูลกิจกรรม (Activity Data : AD) คือ ปริมาณการใช้พลังงานหรือปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นจากกระบวนการที่ก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซออกมา เช่น ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง ปริมาณการใช้ไฟฟ้า ที่นับออกมาเป็นหน่วยของการใช้งาน[8]
ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission Factor : EF) คือ ค่าสัมประสิทธิ์ซึ่งคำนวณได้จากปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกต่อหนึ่งหน่วยกิจกรรม[8]

การคำนวณระยะทางการใช้รถยนต์รอบโครงการ 1 คัน 1 รอบ เท่ากับ 205 m. ข้อมูลการใช้

รถยนต์ที่ใช้ในการคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ คือ การใช้ประเภทรถยนต์ รถยนต์เฉลี่ยทุกขนาดเชื้อเพลิงเบนซิน และรถกระบะส่วนบุคคลขนาด 1 ตัน เชื้อเพลิง ดีเซล ข้อมูลที่จัดเก็บจะประกอบด้วย

1) ข้อมูลเชื้อเพลิงที่ใช้จริง โดยคำนวณจากระยะทางรอบโครงการ 1 คัน/1 รอบ ระยะทางเท่ากับ 205 เมตร จะคำนวณปริมาณการใช้เชื้อเพลิง โดยอาศัยข้อมูลของประเภทยานพาหนะ รวมกับข้อมูลระยะทางรอบโครงการและอัตราบรรทุก คำนวณได้จาก[11]

ET = (ระยะทาง/อัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง) x EF ตามประเภทของน้ำมันเชื้อเพลิง

โดย ET คือ ปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการขนส่ง ($kgCO_2e$) และ EF คือ ค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ($kgCO_2e$/ton-km) อัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง คืออัตราที่แสดงถึงอัตราการใช้เชื้อเพลิงแต่ละยานพาหนะเป็นจำนวนเท่าไหร่ (km/liter)

ตารางที่ 1 ระยะทางการใช้รถยนต์รอบโครงการ 1 คัน 1 รอบ เท่ากับ 205 m. ข้อมูลเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 – เม.ย. พ.ศ.2567

ตารางระยะทางการใช้รถยนต์รอบโครงการ 1 คัน , 1 รอบ เท่ากับ 205 m. IN=จำนวนรถ (คัน) x115 (m.) , OUT=จำนวนรถ (คัน) x90 (m.)							
เครื่องจักร	ประเภท	ธ.ค.66	ม.ค.67	ก.พ.67	มี.ค.67	เม.ย.67	รวม (m.)
Lift 1	IN	720 x115 =82,800	684 x115 =78,660	704 x115 =80,960	848 x115 = 97,520	721 x115 = 82,915	422,855
	OUT	727 x90 = 65,430	659 x90 = 59,310	715 x90 =64,350	864 x90 =77,760	729 x90 =65,610	332,460
Lift 2	IN	714 x115 =82,110	811 x115 =93,265	415 x115 =47,725	810 x115 =93,150	668 x115 =76,820	393,070
	OUT	711 x90 =63,990	793 x90 =71,370	440 x90 =39,600	833 x90 =74,970	677 x90 =60,930	310,860
Lift 3	IN	516 x115 =59,340	671 x115 =77,165	654 x115 =75,210	708 x115 =81,420	576 x115 =66,240	359,375
	OUT	528 x90 =47,520	640 x90 =57,600	640 x90 =57,600	724 x90 =65,160	586 x90 =52,740	280,620
Lift 4	IN	713 x115 =81,995	730 x115 =83,950	754 x115 =86,710	868 x115 =99,820	707 x115 =81,305	433,780
	OUT	723 x90 =65,070	705 x90 =63,450	758 x90 =68,220	888 x90 =79,920	710 x90 =63,900	340,560
Lift 5	IN	612 x115 =70,380	644 x115 =74,060	477 x115 =54,855	724 x115 =83,260	639 x115 =73,485	356,040
	OUT	597 x90 =53,730	637 x90 =57,330	515 x90 =46,350	711 x90 =63,990	628 x90 =56,520	277,920
$\overline{X}$ (IN)		376,625	407,100	345,460	455,170	380,765	1,965,120
$\overline{X}$ (OUT)		295,740	309,060	276,120	361,800	299,700	1,542,420
รวม = 3,507,540 m.							

จากตารางที่ 1 กระบวนการนำรถเข้าจอดในระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าวระยะทางการใช้รถยนต์รอบโครงการทั้งหมด 3,507,540 m. หรือเท่ากับ 3,507.540 km.

ตารางที่ 2 การคำนวณการเผาไหม้ที่มีการเคลื่อนที่ (Mobile combustion) Diesel – รถยนต์ และ Gasoline – รถยนต์ปริมาณก๊าซเรือนกระจก GHG Emission (CO_2e)

แหล่งปล่อย GHG	GHG Emission (kg CO_2e)
Gasoline - รถยนต์	(237.590x2.18x1)+(237.590x1.04E-03x30)+(237.590x1.01E-04x265) = 531.718
Diesel - รถยนต์	(315.681x2.70x1)+(315.681x1.09E-04x30)+(315.681x2.19E-05x265) = 855.203

จากตารางที่ 2 จะได้ค่าการคำนวณการเผาไหม้ที่มีการเคลื่อนที่ (Mobile combustion) ของรถยนต์เฉลี่ยทุกขนาดที่ใช้เชื้อเพลิงเบนซิน เท่ากับ 531.718 $kgCO_2e$ และค่าการคำนวณการเผาไหม้ที่มีการเคลื่อนที่ (Mobile combustion) ของรถกระบะส่วนบุคคลขนาด 1 ตันที่ใช้เชื้อเพลิงดีเซล เท่ากับ 855.203 $kgCO_2e$

2) การคำนวณปริมาณก๊าซเรือนกระจก ($kgCO_2$) = ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ (kWh) x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ($kgCO_2$/kWh) ของการใช้ระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems สามารถคำนวณได้จากสมการ

ปริมาณก๊าซเรือนกระจก($kgCO_2$) = ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ (kWh) x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ($kgCO_2$/kWh)

ตารางที่ 3 ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems (kWh) ข้อมูลเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 - เม.ย. พ.ศ.2567

เครื่องจักร	ธ.ค.66	ม.ค.67	ก.พ.67	มี.ค.67	เม.ย.67	ยอดรวม
Lift 1	81	52	70	85	58	346
Lift 2	92	57	73	99	60	381
Lift 3	97	41	75	97	62	372
Lift 4	89	49	80	95	65	378
Lift 5	95	52	67	94	52	360
รวม	454	251	365	470	297	1,837

จากตารางที่ 3 ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ทั้งหมด เท่ากับ 1,837 kWh นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณปริมาณก๊าซเรือนกระจก($kgCO_2$) = ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ (kWh) x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ($kgCO_2$/kWh) ของการใช้ระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems

ดังนั้น ปริมาณก๊าซเรือนกระจก($kgCO_2$) = ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ (kWh) x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ($kgCO_2$/kWh) แทนค่า 1,837 kWh x 0.5986 $kgCO_2e$/kWh = 1,099.628 $kgCO_2e$

ตารางที่ 4 ปริมาณกระดาษจดบันทึกการใช้ระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems ข้อมูลเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 - เม.ย. พ.ศ.2567

ปริมาณกระดาษจดบันทึกการใช้ระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems จำนวนเอกสาร (แผ่น)						
เครื่องจักร	ธ.ค.66	ม.ค.67	ก.พ.67	มี.ค.67	เม.ย.67	ยอดรวม
Lift 1	31	31	29	31	30	152
Lift 2						
Lift 3						
Lift 4						
Lift 5						

จากตารางที่ 4 ปริมาณเอกสารทั้งหมดในการจดบันทึกการใช้ระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems 152 แผ่น ดังนั้น ปริมาณกระดาษที่ใช้ (kg) เท่ากับ 152 แผ่น x 0.005 kg = 0.760 kg

นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณ ปริมาณก๊าซเรือนกระจก = ปริมาณกระดาษที่ใช้ x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

แทนค่า = 0.760 kg x 2.93 $kgCo_2e/kg$

= 2.226 $kgCo_2e$

การวิเคราะห์ผล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้และนำมาคำนวณหาปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ แต่ละรายการกิจกรรมจะได้ค่าปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ แต่ละรายการกิจกรรมของการใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว ข้อมูลเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 - เม.ย. พ.ศ.2567

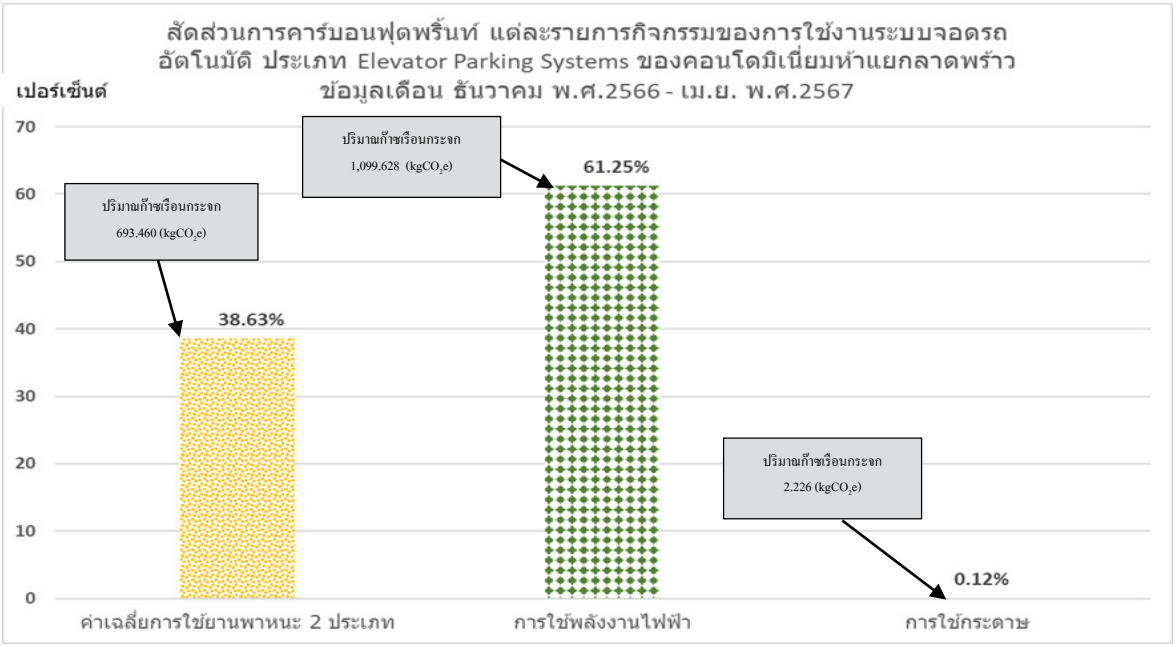
ขอบเขตการดำเนินการ	รายการกิจกรรม	ปริมาณก๊าซเรือนกระจก ($kgCO_2e$)	สัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (%)
ประเภทที่ 1	การใช้ยานพาหนะ		
	รถยนต์เฉลี่ยทุกขนาดที่ใช้เชื้อเพลิงเบนซิน	531.718	-
	รถกระบะส่วนบุคคลขนาด 1 ตันที่ใช้เชื้อเพลิงดีเซล	855.203	-
	ค่าเฉลี่ยการใช้ยานพาหนะ 2 ประเภท	693.460	38.63
ประเภทที่ 2	การใช้พลังงานไฟฟ้า	1,099.628	61.25
ประเภทที่ 3	การใช้กระดาษ	2.226	0.12
รวม		693.460	100

ผลการวิเคราะห์คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว ข้อมูลเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 - เม.ย. พ.ศ.2567 พบว่า การใช้พลังงานไฟฟ้าคิดเป็นร้อยละ 61.25 ของกิจกรรมทั้งหมด รองลงมาคือ การใช้ยานพาหนะโดยค่าเฉลี่ยการใช้ยานพาหนะ 2 ประเภท คิดเป็นร้อยละ 38.63 และสุดท้ายคือการใช้กระดาษ คิดเป็นร้อยละ 0.12 ของกิจกรรมทั้งหมด

สัดส่วนการใช้กระดาษเพื่อจดบันทึกการใช้ระบบอัตโนมัติ เป็นกิจกรรมที่ปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่น้อยมากโดยใช้กระดาษ เฉลี่ยวันละ 1 แผ่น เนื่องจากการใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว จะถูกจำกัดระยะทางจากทางเข้า-ออกโครงการ ถึงจุดจอดรถอัตโนมัติไว้แล้ว คือ ระยะทางจากประตูโครงการถึงระบบเก็บรถอัตโนมัติ Lift 1-5 เท่ากับ 110 m. ระยะนำรถยนต์เข้า-ออก ใน Lift เท่ากับ 5 m. ระยะทางจากระบบเก็บรถอัตโนมัติถึงประตูทางออกโครงการ เท่ากับ 85 m. ระยะทางรอบโครงการ รวม 110+5+5+85=205 m. ซึ่งเป็นระยะทางที่ถูกจำกัดไว้แล้วโดยที่ไม่ต้องขับรถวนหาที่จอดเอง

ดังนั้นกิจกรรมหลักคือการจัดเก็บรถยนต์เข้าระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems จะใช้ไฟฟ้าเป็นพลังงานหลักในการทำงาน ซึ่งจะช่วยลดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่ปล่อยจากรถยนต์ที่ต้องขับอยู่ในพื้นที่โครงการเพื่อหาที่จอดเอง ซึ่งถือว่าเป็นการช่วยลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางตรงขององค์กรได้มาก

ตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ภาพแสดงสัดส่วนการคาร์บอนฟุตพริ้นท์ แต่ละรายการกิจกรรมของการใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems ของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว ข้อมูลเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 - เม.ย. พ.ศ.2567

สรุปผลการวิจัย

ระบบจอดรถอัตโนมัติประเภท Elevator Parking Systems ในพื้นที่คอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าวมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในแต่ละประเภทของกิจกรรม โดยพบว่า ประเภทที่ 2 (การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ) มีกิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด เนื่องจากระบบนี้ใช้ไฟฟ้าเป็นพลังงานหลัก ซึ่งแม้ว่าจะช่วยลดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากรถยนต์ที่ต้องขับหาที่จอดเอง แต่การใช้ไฟฟ้ากลับเป็นการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในปริมาณมากประเภทที่ 1 (การขับรถเข้ามาในโครงการเพื่อใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ) มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่น้อยกว่า เพราะระยะทางจากทางเข้าโครงการถึงจุดจอดรถอัตโนมัติถูกจำกัดไว้แล้ว ประเภทที่ 3 (การใช้กระดาษในการจดบันทึกการใช้งาน) มีกิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่น้อยที่สุด เนื่องจากการใช้กระดาษมีปริมาณน้อยกว่าการใช้พลังงานไฟฟ้า

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติประเภท Elevator Parking Systems สามารถช่วยลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของพื้นที่ได้ แต่ยังคงมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้งานไฟฟ้า ซึ่งควรมีการพิจารณาแนวทางในการใช้พลังงานทางเลือกอื่น ๆ เพื่อลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าระบบจอดรถอัตโนมัติประเภท Elevator Parking Systems มีส่วนในการลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้งานรถยนต์ในพื้นที่โครงการ ซึ่งเป็นผลดีต่อการลดภาวะโลกร้อน อย่างไรก็ตาม การใช้ไฟฟ้าเป็นพลังงานหลักในการทำงานของระบบนี้กลับเป็นแหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่สำคัญ[6]

การปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้ไฟฟ้าสามารถลดลงได้หากมีการใช้พลังงานทดแทน เช่น พลังงานแสงอาทิตย์หรือพลังงานลม นอกจากนี้ยังควรมีการศึกษาการใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบและหาแนวทางการลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ประสิทธิภาพมากขึ้น[5]

การใช้กระดาษในการจดบันทึกการใช้งานมีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่น้อยที่สุด แต่ในระยะยาวควรมีการพัฒนาระบบการจดบันทึกที่เป็น

ดิจิทัลเพื่อลดการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและเพิ่มความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล[19]

จากผลการศึกษานี้ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและการหาแนวทางในการลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในทุก ๆ กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถลดภาวะโลกร้อนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การปรับปรุงระบบการจอดรถเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

2. การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานไฟฟ้า

3. การลดการใช้วัสดุสำนักงานและวัสดุสิ้นเปลือง



ภาพที่ 3 แสดงปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกงานระบบจอดรถอัตโนมัติ ประเภท Elevator Parking Systems บริเวณของคอนโดมิเนี่ยมห้าแยกลาดพร้าว

เอกสารอ้างอิง

1.การปล่อยก๊าซเรือนกระจกขององค์กรแยกตามขอบเขต https://ghgprotocol.org/corporate- value-chain-scope-3-standard

2.กฎกระทรวง ฉบับที่ 41 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522

3.กฎกระทรวง ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2517) ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการก่อสร้างอาคาร พุทธศักราช 2479

4.ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ควบคุมอาคาร พ.ศ. 2544 โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครว่าด้วยการควบคุมอาคาร

5.คู่มือการดำเนินงานสู่เป้าหมายการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ "Net Zero Journey Guideline version 2023"

6.จิรัฐดิษฐ์ จันทร์หอม และ วันมาฆ พรมโชโต,2562ปีนการศึกษาเปรียบเทียบระบบที่จอดรถอัตโนมัติ โดยเน้นไปที่การประเมินผลการใช้งาน ความพึงพอใจของผู้ใช้ และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

7.นิตยสารการดำเนินงานลดก๊าซเรือนกระจกที่เหมาะสมของประเทศองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) www.tgo.or.th

8.แนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร โดย องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) พิมพ์ครั้งที่ 6 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4,ธันวาคม 2561)

9.พระราชบัญญัติการผังเมือง พ.ศ. 2562 พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัวให้ไว้ ณ วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 เป็นปีที่ 4ในรัชกาลปัจจุบัน

10.ไพรัช อุศุภรัตน์ และหาญพล พึ่งรัศมี (2557) การประเมินคาร์บอนฟุตพรินท์องค์กรของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

11.ยุทธศาสตร์การจัดการมลพิษ 20 ปี และแผนจัดการมลพิษ พ.ศ. 2560-2564 , กรมควบคุมมลพิษ

12.รัชชานนท์ สุขสวัสดิ์" และ นที สุริยานนท์ -2566 คาร์บอนฟุตพรินต์องค์กร กรณีศึกษา โรงหล่อชิ้นส่วนสำเร็จรูป บริษัท กาญจน์กนก พร็อพเพอร์ตี้ จำกัด
13.ระบบลิฟท์จัดเก็บรถอัตโนมัติระบบ Rotary Parking https://parkplusth.com/project/pansak-office/
14.ระบบลิฟท์จัดเก็บรถอัตโนมัติระบบ Puzzle Parking https://thsparking.co.th/product/id/5
15.รายงานสถิติการขนส่งปีงบประมาณ 2562-2566
16.รายงานสถิติการอนุญาตปลูกสร้างอาคารในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2562
17.วริศรา สิขิวัฒน์, วิภาดา ทองหอม, ศุภิสรา แขวงโสภา,ธนกฤต เนียมหอม และวิธิดา พัฒนอิสรานุกูล*(2563) คาร์บอนฟุตพรินท์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตพญาไท
18.เว็บไซต์กองประสานการจัดการการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศhttps://climate.onep.go.th/th/knowledge/ghg/
19.สุวิชา บริบูรณ์ (2566) การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรกรณีศึกษา กระบวนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน จำพวกที่ 3
20.สิริกานตย์ นิธิศักดิยานนท์ (2559) การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของงานโครงการสร้างสถานีรถไฟฟ้าใต้ดินและอุโมงค์ทางวิ่ง
21.สรัลรัชว์ สุธรรมทวี, 2554 ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อคอนโดมิเนียม ในอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
22.องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). (2566). คาร์บอนฟุตพริ้นทร์ขององค์กร. ค้นเมื่อ 2 มกราคม 2567,จาก http://thaicarbonlabel.tgo.or.th
23.อมรชัย สุทินเผือก (2565) การศึกษาปัจจัยระบบจอดรถอัตโนมัติที่ส่งผลต่อการตรวจสอบอาคารสูงของภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลหนองคาย

Effect of pain management program for pregnant women undergoing caesarean section.in Nongkai Hospital.

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

วิวัฒนา สุขทองสา[1] พัชรี จิตรกูลสัมพันธ์[2]
Wiwattana Sukthongsa[1] Patcharee Chitkulsamphan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลหนองคาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่าง ผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯและได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯและได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ใช้รูปแบบการวิจัยแบบการวิจัยในกลุ่ม True Experimental ประเภท pretest-posttest control group แบบ 2 กลุ่ม วัดผลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวด แบบประเมินความปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-square สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ กรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent-Samples Test ส่วนกรณีการวัด ก่อน-หลัง การทดลองเลือกใช้สถิติ Paired-Samples T-test ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าคะแนนความรู้สึกเจ็บปวด พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวดครั้งที่ 2 เท่ากับ 6.73 ($\overline{X}$ = 6.73) ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวด เท่ากับ 5.60 ($\overline{X}$ = 5.60) เมื่อเปรียบเทียบการใช้สถิติ Paired-Samples T-test ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของมารดาหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องต่อการจัดการ ความปวดโดยไม่ใช้ยา ก่อนทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.43 ($\overline{X}$ = 2.43) ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 4.37 ($\overline{X}$ = 4.37) เมื่อเปรียบเทียบการใช้สถิติ Paired-Samples T-test ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจหลังการทดลองมากกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ/มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง/การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

ABSTRACT

Research on Effects of a non-drug pain management program on mothers' pain levels and satisfaction after cesarean section. The objectives were to study: 1) Compare pain between those who did not receive and received a pain management program without drugs for mothers after abdominal childbirth surgery. and 2) to compare satisfaction between those who did not receive and those who received a non-drug pain management program for mothers after cesarean delivery. Use the research model of True Experimental research, pretest-posttest control group type, 2 groups. Measurement of the control group and experimental group The sample group consisted of a control group and an experimental group, 30 people each. The sample was selected using probability. The research tools included a pain

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษ VIP ชั้น 5 โรงพยาบาลหนองคาย อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษ VIP ชั้น 4 โรงพยาบาลหนองคาย อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

management program. pain assessment form and satisfaction questionnaire Statistics used in data analysis include: Frequency values, percentages, means, standard deviations, chi-square, statistics used in hypothesis testing include the case of comparing means between groups using the Independent - Samples Test statistic. In the case of measuring before-after the experiment, the use of statistics. Paired-Samples T-test at a significance level of .05.

The results of the research found that: 1) Pain score: Before the experiment, the second mean pain score was 6.73 (= 6.73). After the experiment, the mean pain score was 5.60 (= 5.60). When comparing the use of statistics Paired-Samples T-test The results of the analysis found that the mean pain score after the experiment was lower than before the experiment with statistical significance at the 0.05 level and 2) the results of comparing mothers' satisfaction after childbirth surgery. abdominal pain management without drugs Before the experiment, the average satisfaction score was 2.43 (= 2.43). After the experiment, the average satisfaction score was 4.37 (= 4.37). When comparing the use of statistics. Paired-Samples T-test The results of the analysis found that the mean score of satisfaction after the experiment was higher than before the experiment was statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: Satisfaction/Mothers after cesarean delivery/Pain management without drugs

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีข้อบ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร จากการศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี 2533-2557 มีการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2557 โดยอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราการผ่าคลอดสูงสุด คือ ร้อยละ 40.5 ส่วนเอเชียร้อยละ 19.2 แต่มีอัตราการผ่าคลอดรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.1 คิดเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีอัตราการเพิ่มการผ่าคลอดเฉลี่ยต่อปีสูงสุด คือ ร้อยละ 6.4 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปีในประเทศไทยมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 14.8 ใน ปี พ.ศ. 2533 เพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 ใน ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557 สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควร เป็นร้อยละ 10-15[1] ในส่วนของโรงพยาบาลหนองคาย หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ในปีพ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 53.84, 56.75 และ 54.56 ตามลำดับ

การผ่าตัดบริเวณหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ ทั้งนี้ผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญ คือมารดาต้องเผชิญกับอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และจะลดลงในระดับปานกลางและน้อยในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ[2] ความรุนแรงของความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นจากการไอและการเคลื่อนไหวร่างกาย ภายหลังการผ่าตัดร่างกายต้องการการฟื้นฟูสภาพนานกว่าการคลอดปกติ ระยะ 24 ชั่วโมงแรกมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดระดับรุนแรง[3] สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑ์ธภัชรด์ สุนทรกุลวงศ์[4] พบว่า สาเหตุที่ทาให้สตรีหลังผ่าตัดคลอดมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัด และคุณภาพชีวิตและคุณค่าในการปรับบทบาทการเป็นมารดาจะเห็นได้ว่าความเจ็บปวด แผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ดังนั้น การจัดการความปวดแผลผ่าตัดคลอดของมารดาหลังผ่าตัดลอดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดแบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ การจัดการกับความปวดโดย

วิธีการใช้ยา ซึ่งได้ผลดีที่สุด ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจะใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ซึ่งยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ในการกดการหายใจมีผลต่อการทางานของหัวใจและระบบไหลเวียน ซึ่งอาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการท้องผูก และหลัง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ยาแก้ปวดที่ใช้คือยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ไตวาย มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด และเป็นอันตรายต่อตับ[4] ดังนั้น จึงควรจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลกระทำได้โดยไม่มีข้อห้ามและอันตรายแก่มารดาหลังคลอด ซึ่งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่าผู้ป่วย การสัมผัสหรือการนวด การจัดท่าให้นมบุตร เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากสาหรับการบรรเทาปวดเฉพาะที่ เป็นวิธีที่ประหยัด ใช้ได้ง่าย และเป็นที่นิยม เนื่องจากการนวด การจัดท่าผู้ป่วย ลดศักยภาพในการทำงานของตัวรับสัมผัสของปลายประสาทรับความรู้สึก โดยทาให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ ช่วยลดการไหลเวียนเลือด ลดอุณหภูมิของผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และทำให้การส่งกระแสประสาทความปวดล่าช้า จึงทำให้ความปวดลดลง[5]

จากการทบทวนวิจัย มีการศึกษาการใช้ความเย็นเพื่อลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการบรรเทาปวดด้วยการประคบเย็นมีอาการปวด การอักเสบ การบวม และการตายของเนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประคบ[6] และการการจัดท่าผู้ป่วยสามารถช่วยลดอาการปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องได้ โดยเฉพาะแผลผ่าตัดคลอดช่วยให้สามารถขยับตัวได้สะดวก อาการตึงแผลลดลง ลดอาการบวมของมดลูก รายงานคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลงหลังการจัดท่าผู้ป่วย การสัมผัสหรือการนวด การจัดท่าให้นมบุตร และ นูรีฮา ฤทธิ์หมุน และอัญชลี อินทสร[7] พบว่าค่าเฉลี่ยความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดที่การจัดท่าผู้ป่วย การสัมผัสหรือการนวด การจัดท่าให้นมบุตร มากกว่าค่าเฉลี่ยความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้การจัดท่าแบบธรรมดา จะเห็นได้ว่าการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทาได้โดยไม่มีข้อห้ามและไม่เกิดอันตรายแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอด

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาต่อระดับความปวดและความพึงพอใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ควบคู่กับการใช้ยาตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดปวดได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งลดอัตราการใช้ยาลดปวดและอาการข้างเคียงของการใช้ยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯและได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯและได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความปวดของของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง หลังใช้โปรแกรมการจัดการอาการปวดลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการจัดการอาการปวด
2. ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยแบบการวิจัยในกลุ่ม True Experimental ประเภท pretest-posttest control group แบบ 2 กลุ่ม วัดผลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาต่อระดับความปวดและความพึงพอใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่นอนพักฟื้น ที่หอผู้ป่วย VIP ชั้น 5 หอผู้ป่วย VIP ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่นอนพักฟื้น ที่หอผู้ป่วย VIP ชั้น 5 หอผู้ป่วย VIP ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนมีนาคม 2567 - เดือนมิถุนายน2567 จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบอย่างง่าย (Random Simple Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า คือ

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
4. เต็มใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ

มีอาการของภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ โดยวิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบอ้างอิงขนาดอิทธิพลประชากรจากงานวิจัยของสายสมร ศักดาศรี (2565) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลน่าน โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ a=0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มเป็น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวบรวมและทบทวน จากตำรา เอกสาร งานวิจัย ประกอบด้วย แผนการสอน เรื่อง การบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและวิธีการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา และวิธีการประเมินอาการปวดด้วยตนเองด้วยสื่อวิดีโอ

การตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความปวดหลังหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข Numerical Rating Scale (NRS) 0-10 คะแนน ซึ่งการ

ประเมินความปวดหลังผ่าตัดจะใช้การสัมภาษณ์และสังเกตความปวดหลังผ่าตัด โดยพยาบาลเป็นผู้ถามหรือสังเกตสีหน้าผู้ป่วยเพื่อประเมิน ความปวดในแต่ละช่วงเวลา (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) เท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .88

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ การจัดท่าผู้ป่วย การสัมผัสหรือการนวด การจัดท่าให้นมบุตร มีทั้งหมด 5 ด้าน คือ ด้านสื่อแผ่นพับ เรื่อง การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ด้านสื่อวิดีโอ เรื่อง การจัดการความปวดโดย ไม่ใช้ยา ด้านเวลา/ สภาพแวดล้อม ด้านผู้สอน และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากงานวิจัยของ สายสมร ศักดาศรี (2565) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หาความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .86

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะเตรียมการทดลอง

1.ขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย และกลุ่มการพยาบาล

3. ผู้วิจัยพบหัวหน้าหอผู้ป่วย VIP ชั้น 5 หอผู้ป่วย VIP ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลพร้อมขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำตึก โดยขอชี้แจง รายละเอียดในการเก็บข้อมูลให้เข้าใจตรงกันในวันที่มีการประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย อธิบายการเข้าร่วมโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ โครงการ ซึ่งผู้ป่วยสามารถขอยกเลิกออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแต่อย่างใด

ระยะทดลองศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อเสร็จแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1.ก่อนผ่าตัด 1 วัน เตรียมความพร้อมของผู้คลอด ดังนี้ สร้างสัมพันธภาพอธิบายข้อมูลพร้อมกับเปิดโอกาสให้กับผู้คลอดและญาติซักถามข้อสงสัย

2.วันที่ 1 หลังผ่าตัด (24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ถึงวันที่ 2 หลังผ่าตัด (48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ดูแลให้การพยาบาลผู้คลอดตามปกติ ดังนี้ ประเมินระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงภายหลังผ่าตัดโดยเร็วที่สุด ให้ยาบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด ประเมินระดับความปวดพร้อมบันทึกข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1.วันที่ 1(ก่อนผ่าตัด) การเตรียมผู้คลอด 1 วันก่อนผ่าตัด ดังนี้ ตรวจเยี่ยมผู้คลอด สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดและญาติและเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล สอนและแนะนำโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้า

ท้อง พร้อมแจกแผ่นพับ จากนั้นจึงประเมินระดับความปวดพร้อมบันทึกข้อมูล

2.วันที่ 1-2(หลังผ่าตัด) ให้การพยาบาล ดังนี้ ประเมินระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงภายหลังผ่าตัดโดยเร็วที่สุด แนะนำการหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพในตอนเช้า ให้ยาบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและบันทึกระดับความปวด จากนั้นประเมินความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3. ระยะประเมินการทดลอง โดยประเมินระดับความปวดตามแบบประเมินระดับความปวดของผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) และประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อการใช้โปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้ สถิติขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Derivation) เพื่อบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง สถิติ Chi-Square (χ^2) เพื่อใช้ในการทดสอบความกลมกลืนของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะตัดสินใจเลือกใช้สถิติประเภทใดทดสอบสมมติฐานการวิจัย สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานได้แก่ กรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent – Samples Test ส่วนกรณีการวัดก่อน-หลัง การทดลองเลือกใช้สถิติ Paired-Samples T-test ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรม ในการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 9/2567วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ปรากฏผลดังนี้

การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

1. ก่อนการทดลอง ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 ก่อนการดำเนินการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด เท่ากับ 8.73 ($\overline{X}$ = 8.73) ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 8.23 ($\overline{X}$ = 8.23) เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ t-test Independent พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 ก่อนการดำเนินการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด เท่ากับ 7.33 ($\overline{X}$ = 7.33) ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 6.73 ($\overline{X}$ = 6.73) เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ t-test Independent พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 หลังการดำเนินการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด เท่ากับ 8.16 ($\overline{X}$ =

8.16) ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 8.06 ($\overline{X}$ = 8.06) เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ t-test Independent พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 หลังการดำเนินการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด เท่ากับ 6.63 ($\overline{X}$ = 6.63) ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 5.60 ($\overline{X}$ = 6.63) เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ t-test Independent พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวด

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวด ครั้งที่ 1 เท่ากับ 8.23 ($\overline{X}$ = 8.23) ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวด เท่ากับ 8.06 ($\overline{X}$ = 8.06) เมื่อเปรียบเทียบการใช้สถิติ Paired-Samples T-test ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวดครั้งที่ 2 เท่ากับ 6.73 ($\overline{X}$ = 6.73) ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวด เท่ากับ 5.60 ($\overline{X}$ = 5.60) เมื่อเปรียบเทียบการใช้สถิติ Paired-Samples T-test ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อการจัดการอาการปวด

ก่อนทำการทดลอง ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อการจัดการอาการปวด พบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 1.55 ($\overline{X}$ = 1.55) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.43 ($\overline{X}$ = 2.43) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ t-test Independent พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หลังทำการทดลอง ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อการจัดการอาการปวด พบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.78 ($\overline{X}$ = 2.78) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 4.37 ($\overline{X}$ = 4.37) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ t-test Independent พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อการจัดการอาการปวดกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.43 ($\overline{X}$ = 2.43) ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 4.37 ($\overline{X}$ = 4.37) เมื่อเปรียบเทียบการใช้สถิติ Paired-Samples T-test ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนความรู้สึกเจ็บปวด พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวดครั้งที่ 2 เท่ากับ 6.73 ($\overline{X}$ = 6.73) ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวด เท่ากับ 5.60 ($\overline{X}$ = 5.60) เมื่อเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางศัลยศาสตร์ที่สำคัญ เป็นการผ่าที่บริเวณผนังหน้าท้องและผนังมดลูก เพื่อนำตัวเด็กในครรภ์ออกมาทางแผลผ่าตัด[8] ในรายที่ไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติ หรือในรายที่แพทย์เห็นชอบให้ผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงมาก มีการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป หรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน มีการสูญเสียเลือด ร่วมกับรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ระหว่างผ่าตัด[9] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิพาวรรณ คำห้าง,สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, สิริรัธร สงวนเจีย[11] ศึกษาเรื่อง การจัดท่าให้นมบุตรเพื่อลดระดับความปวดแผลผ่าตัดและเพิ่มประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าท้อง ระดับความปวดแผลผ่าตัดโดยรวมช่วงให้นมบุตรโดยการจัดท่านอนหงายแบบประยุกต์ต่ำกว่าท่านอนตะแคง ($p<0.0001$) และค่าความสุขสบายท่านอนหงายแบบประยุกต์มีค่าสูงกว่าท่านอนตะแคง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศรี เรืองศรี[5] บทความวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลเกาะสมุย ในสตรีผ่าตัดคลอดโดยการดมยาสลบ จำนวน 35 คน โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการลดความปวด เช่น การฝึกการหายใจลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว/การเปลี่ยนอิริยาบถ การใช้มือลูบบริเวณแผล สวดมนต์ ฟังเพลงที่ชอบ หรือใช้ยาตามแผนการรักษาหากไม่ได้ผล สอนการประเมินความปวดหลังผ่าตัด สังเกตชีพจร ความดันโลหิตและให้ปฏิบัติตัวตามที่แนะนำไว้ พบว่า สตรีหลังผ่าตัดคลอดมีความปวดลดลงหลังการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัวก่อนออกจากห้องพักฟื้น

2. ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อการจัดการอาการปวด ก่อนทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.43 ($\overline{X}$ = 2.43) ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 4.37 ($\overline{X}$ = 4.37) เมื่อเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลกระทำได้โดยไม่มีข้อห้ามเพื่อสนับสนุนให้การรักษาอาการปวดจากการใช้ยาให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น นอกจากจะช่วยลดอันตรายจากผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับมารดาและทารกยังทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและตนเองมีคุณค่า รู้สึกถึงความสามารถในการคุมตนเองได้ ซึ่งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธีให้เลือกใช้[2]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย จากผลการวิจัยพบว่า ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาได้ ดังนั้นควรนำผลการวิจัยในเรื่องนี้ ไปขยายผลหรือประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลต่างอำเภอ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไปศึกษากับโรงพยาบาลเอกชน ว่าได้ผลเหมือนหรือแตกต่างกับโรงพยาบาลของรัฐอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. นวลอนงค์ ชัยปิยะพร คู่มือคุณแม่ 40 สัปดาห์แห่งการรอคอย : กายภาพบำบัดสำหรับหญิงมีครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ ตรงที่ 19. กรุงเทพฯ: แสงแดด, 2551.
2. พจนี วงศ์ศิริ,ศุภดีวัน พิทักษ์แทน. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดต่อการลดความปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยคลอดบุตรที่ได้รับความรู้สึกชนิดดมยาสลบห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสุราษณ์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต.11;33 คะนึงนิตย์ อ่อนปาน, นราภรณ์ ขุนกำแหง, 2563) :441-60.
3. คะนึงนิตย์ อ่อนปาน, นราภรณ์ ขุนกำแหง. ผลของผ้ารัดหน้าท้องต่อความปวดแผลหลังผ่าตัดคลอด.วารสารศูนย์การแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.2563;37คะนึงนิตย์ อ่อนปาน, นราภรณ์ ขุนกำแหง, 2563) :196-203.
4. มณฑ์ธภัชรด์ สุนทรกุลวงศ์. คุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย.[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่].กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยรังสิต; 2561.
5. เพ็ญศรี เรืองศรี.การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลสมุย. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์.2564;8(ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560) :144-60.
6. ศศินาภรณ์ โลหิตไทย, บุญยิ่ง ทองคุปต์. ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.2562;27(1): 23-32.
7. นูรีฮา ฤทธิ์หมุน, อัญชลี อินทสร. ผลของการจัดท่าให้นมบุตรต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้นมมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2555;32คะนึงนิตย์ อ่อนปาน, นราภรณ์ ขุนกำแหง, 2563) : 37-50.
8. ปัญญา สนั่นพาณิชกุล. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า.2561;35คะนึงนิตย์ อ่อนปาน, นราภรณ์ ขุนกำแหง, 2563) :312-20.
9. ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, พรพรรณ ภูสาหัส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลทหารบก.2558;16(1):101-8.
10. จงจิต หาญเจริญ, ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลศิริราช. [ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2550.
11. ทิพาวรรณ คำห้าง,สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, สิริรธร สงวนเจียม. การจัดท่าให้นมบุตรเพื่อลดระดับความปวดแผลผ่าตัดและเพิ่มประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด. Journal of the Phrae Hospital.2559;23(ปัญญา สนั่นพาณิชกุล, 2562) :38-46.

ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

Effects of Individual Counseling on Anxiety In New Breast cancer patients.

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

อุทัยวรรณ พนาลิกุล[1] มุกดา แก้วกัญหา[2]
Uthaiwan Panalikul[1] Mukda Kaewkanha[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 30 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างที่อาศัยความน่าจะเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามสำหรับวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย คือ Paired Samples T-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ มีความวิตกกังวลลดลงน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น และผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล คำปรึกษาแบบรายบุคคล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ABSTRACT

Research on Effects of an individual counseling model to reduce anxiety in new breast cancer patients. Its purpose is to To compare the results of counseling to reduce anxiety in new breast cancer patients. Before and after individual counseling The sample group used in the research was 30 new breast cancer patients. Obtained from probability sampling. The research tools included an individual counseling model to reduce anxiety in new breast cancer patients. Anxiety Assessment and questionnaires to measure satisfaction for patients Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and deviation. The standard and statistics used to test the research hypotheses are the Paired Samples T-test at the significance level of 05.

The results of the experiment found that After a trial, patients received an individual counseling program to reduce anxiety in new breast cancer patients. There was a significantly lower anxiety reduction than before the experiment at the 0.05 level, therefore, and the patients had a higher average satisfaction score after the experiment than before the experiment.

Keywords: anxiety, individual counseling, breast cancer patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรม งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องตรวจศัลยกรรม งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้น ๆ ของทุกประเทศทั่วโลก โดยพบเป็นอันดับ 1 ในมะเร็งเพศหญิง[1] มีอุบัติการณ์จากสถิติทั่วโลกพบว่าหนึ่งในสิบคนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เป็นโรคมะเร็งเต้านม[2] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ 20-30 ใน 100,000 คน ในทุก 2 ชั่วโมง จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ถึง 3 ราย และมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับที่ 1 เช่นกัน[3] อัตราการเสียชีวิตของมะเร็งเต้านมพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น[4] กลุ่มอายุที่พบโรคมะเร็งเต้านมมาก คือ ช่วงอายุ 45 –55 ปี[5] จากรายงานสถานการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2020[6] พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแลเป็นจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 19.2 ล้านคน โรงพยาบาลหนองคายมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามากขึ้นทุกปี ในพ.ศ. 2563–2566 มีจำนวน 6,140, 6,674, 7,086 และ 7,581 ราย ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 1,715, 1,822, 2,145, และ 2,246 ราย ตามลำดับ มากเป็นอันดับ 1 ของ 5 อันดับโรคที่มารับบริการห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

จากข้อมูลโรคมะเร็งที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย พ.ศ. 2565 พบว่า จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่แยกตามระยะของโรค มีผู้ป่วยที่ตรวจพบในระยะที่ 2 มากถึง 32.5 เปอร์เซ็นต์มากที่สุด รองลงมาในระยะที่ 3 ที่ 29.6 เปอร์เซ็นต์ และมีเพียง 7.6 เปอร์เซ็นต์ ที่ตรวจพบในระยะที่ มะเร็งเต้านมมักไม่มีอาการเริ่มแรกแสดงให้เห็น อาจคลำพบเพียงก้อนเนื้อบริเวณเต้านมหรือใต้รักแร้ อาจกดเจ็บหรือไม่ก็ได้ ผู้หญิงหลายคนจึงมองข้ามคิดว่าเป็นเรื่องปกติจนโรคมะเร็งลุกลามมากแล้ว จึงค่อยตัดสินใจพบแพทย์ ส่งผลให้การรักษาล่าช้า และอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมจะทำเมื่อมีการตรวจพบก้อนผิดปกติ (ทั้งจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือการเอกซเรย์) หรือพบการมีแคลเซียมเป็นจุดที่ผิดปกติจากการตรวจเอกซเรย์ ซึ่งแพทย์จะต้องทำการตรวจว่าเป็นมะเร็งหรือไม่และมีการแพร่กระจายไปที่ใดแล้วหรือไม่ ซึ่งวิธีที่วินิจฉัยได้แม่นยำคือวิธีการนำชิ้นเนื้อออกมาตรวจ ในฐานะพยาบาลที่ให้บริการการพยาบาลห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับทราบผลการตรวจร่างกายและแผนการรักษาของแพทย์มักคิดคาดการณ์ไปหลายอย่าง กลัวที่จะรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเกิดขึ้นทั้งในระยะที่รับทราบผลตรวจร่างกายว่าผิดปกติ ระยะที่รับทราบแผนการรักษาของแพทย์ ระยะรอทำหัตถการ และระยะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยมักมีความอึดอัดใจในการดำเนินชีวิตขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ และเมื่อทราบผลการตรวจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ในความเจ็บป่วยหรือในสถานการณ์[7] แม้การรักษาในระยะก่อนมะเร็งจะหายขาด แต่ก็มีโอกาสที่จะตรวจพบเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ และจากการให้บริการผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเซลล์ผิดปกติพบว่า ผู้ป่วยเมื่อรับทราบผลการตรวจและแผนการรักษาของแพทย์มักคิดคาดการณ์ไปหลายอย่าง กลัวที่จะรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเกิดขึ้นทั้งในระยะที่รับทราบผลตรวจว่าผิดปกติ ระยะที่รับทราบแผนการรักษาของแพทย์ ระยะรอทำหัตถการและระยะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่งของความไม่สบายใจ และความหวาดหวั่นเกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึงซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร[8] ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

หนองคาย จากการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมจะทำเมื่อมีการตรวจพบก้อนผิดปกติ และมีผลการตรวจมะเร็งผิดปกติถือเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญเนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น ขณะที่รับทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง รับทราบแนวทางการรักษา การรอฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบกับจิตใจ เครียด กังวล เป็นความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ทำให้จำกัดความสามารถในการรับรู้ การเผชิญปัญหา ทำให้การตัดสินใจและการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม มีการศึกษาการเผชิญปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติพบว่าสตรีมีความรู้สึกต่อการที่ตนเองมีการตรวจพบเซลล์มะเร็งที่ปากมดลูกผิดปกติ แบบผสมปนเปของอารมณ์ การเผชิญหน้าโดยลำพัง มีความต้องการได้รับข้อมูล การได้รับการประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ และการยอมรับการเป็นบุคคล[9]

การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่มีความวิตกกังวล มีการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาช่วยลดความความวิตกกังวล ที่ศึกษาถึงสตรีที่ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ การศึกษาหาแนวทางการให้คำปรึกษาสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมและให้บริการปรึกษาตรงตามปัญหาความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถประเมินพฤติกรรมความคิด ความรู้สึกที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลของตนเองและสามารถวางแผนปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล โดยการให้คำปรึกษาแบบผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางตามกรอบแนวคิดของ โรเจอร์ส[10] เป็นกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหามีทักษะในการแก้ไขปัญหาสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ลดความวิตกกังวลในการเข้ารับการรักษา

การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ถือเป็นกระบวนการช่วยเหลือที่ผู้ให้การปรึกษาให้บริการแก่ผู้รับการปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือได้ดีอีกวิธีหนึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล หมายถึง กระบวนการให้การปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ โดยดำเนินการให้การปรึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ โดยผู้วิจัยได้ผสมผสานจากทฤษฎีการปรึกษา มี 5 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ ใช้เทคนิคการฟัง การตั้งคำถาม การสะท้อน และการสรุป ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม ใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตอลท์ ใช้เทคนิคการนำให้เกิดการตระหนักรู้และเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และการให้การปรึกษาครอบครัวแบบประสบการณ์นิยม ใช้เทคนิคการปั้นเทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ และเทคนิคท่าทีการสื่อสาร สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจ

ศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย จึงมีสนใจที่ศึกษาผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตครอบครัวและในสังคมได้อย่างมีปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

2.เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ระหว่างก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และหลังให้คำปรึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1.การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลช่วยลดความวิตกกังกลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จากหลังการทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนทดลอง

2.ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่หลังให้คำปรึกษามากกว่าก่อนให้คำปรึกษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ และเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่หลังรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่หลังรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่หลังรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 คัดเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple Randome Sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และเป็นไปตามเงื่อนไขการใช้สถิติ

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หลังรับฟังผลชิ้นเนื้อ
2. อายุ 18-60 ปี
3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่านเขียนและฟังภาษาไทยได้ดี
4. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายสถานรักษาระหว่างรอตรวจ
2. เปลี่ยนใจไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. มีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นภาวะวิกฤติระหว่างที่ได้รับโปรแกรม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ โดยวิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ อ้างอิงขนาดอิทธิพลประชากรจากงานวิจัยของ จุฬาภรณ์ ศรีเมือง (2565) ที่ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับสื่อวีดีทัศน์ต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะเตรียมการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี 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

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ประกอบ ด้วย 3 ตอน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ประกอบด้วย อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาเป็นก้อน ประสบการณ์การผ่าตัดและการได้รับข้อมูล ข้อมูลด้านสุขภาพจากแฟ้มทะเบียน

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวล นำมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) ของ Zigmond & Snaith ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (Thai HADS) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ[11]ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็นแบบประเมินกังวล 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคี่ (ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) และแบบประเมินอาการซึมเศร้า 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะข้อคำถาม ให้ผู้ป่วยอ่านในวันที่ได้รับการวินิจฉัยและนัดตรวจชิ้นเนื้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ประเมินผล (post test) ในวันนัดนอนโรงพยาบาลก่อนรับการรักษา แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน คะแนนส่วนวิตกกังวลตั้งแต่ 0-21 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบสอบถามแบบประเมินความวิตกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ไปหาความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความวิตกกังวล CVI=0.91 จากนั้นนำแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานการให้คำปรึกษา ถามเรื่อง สถานที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความรู้ความสามารถของวิทยากรในการให้ความรู้และสาธิตการตรวจคัดกรอง การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์และประโยชน์ที่ได้คุ้มค่าเพียงใด มีลักษณะคำถามแบบประเมินค่า 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด รวม 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่า CVI=0.90 จากนั้นนำแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานการให้คำปรึกษา ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นตามหลักการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งและนำรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ทันสมัยมาใช้ โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา และขั้นยุติการให้คำปรึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยนำรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ไปหาความตรงของเนื้อหา เครื่องมือ ที่

ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าCVI=0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ใช้สถิติ Paired Samples T-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 30/2567 วันที่ 1 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ และเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่หลังรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล การวิจัยเรื่อง ผลการวิจัยปรากฏผลดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

จากข้อมูลของผู้ป่วยหรือกลุ่มทดลอง จำนวน 30 พบว่า มากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 56.67 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี รองลงมา อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 26.67 และอายุไม่เกิน 40 มีอยู่ร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ สถานภาพโสด ร้อยละ 26.7 และเป็นหม้าย ร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ จบชั้นมัธยมศึกษา 40.00 และจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 6.67 มีอาชีพธุรกิจ/ค้าขาย ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 23.33 อาชีพเกษตรกร และพนักงานบริษัท ร้อยละ 23.33 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ มีสิทธิการรักษาประกันสังคม ร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 30.00 ที่เหลือคือ บัตรทอง/ผู้สูงอายุ/พิการ และจ่ายเองและประกันสุขภาพ ร้อยละ 20.00 และร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ผู้ป่วย ร้อยละ 70.00 ไม่มีโรคประจำตัว ระยะเวลามีก้อน (ปี) ร้อยละ 46.67 น้อยกว่า 1 ปี และ 1-3 ปี ตามลำดับ ที่เหลือ 4 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 6.67 ร้อยละ 93.33 ไม่มีประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัด ส่วนร้อยละ 63.33 เคยได้รับข้อมูลการผ่าตัด FAN ส่วนร้อยละ 36.67 ไม่เคยได้รับ

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ พบว่าโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 ($\overline{X}$ = 2.47) ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการทดลอง พบว่า มีความวิตกกังวลสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน และฉันรู้สึกไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง ($\overline{X}$ = 2.57) รองลงมาคือ ฉันรู้สึกตรึงเครียด ($\overline{X}$ = 2.53) และฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ($\overline{X}$ = 2.50)

ส่วนผลการวิเคราะห์หลังการทดลองผู้ป่วยมีค่าคะแนนความวิตกกังวลโดยรวม เท่ากับ 0.36 ($\overline{X}$ = 0.36) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลต่ำสุด 3 ลำดับแรก คือ ($\overline{X}$ = 0.13) รองลงมาคือ ฉัน

รู้สุขเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ($\overline{X}$ = 0.30) และฉันรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังไม่ดีเกิดขึ้น ($\overline{X}$ = 0.23) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลสูงสุด 3 อับดับแรก คือ ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ ($\overline{X}$ = 0.23) รองลงมาคือ ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกระทันหัน ($\overline{X}$ = 0.50) และฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลิน ($\overline{X}$ = 0.40)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

ก่อนการทดลอง ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนการทดลอง พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.45) เมื่อจำแนกวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจระดับน้อยถึงน้อยที่สุด โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดเรียงลำดับจากคะแนนค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ก่อนได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมท่านรู้สึกกังวล ($\overline{X}$ = 1.73) รองลงมาคือ ระยะเวลา สถานที่เหมาะสม ($\overline{X}$ = 1.67) และสื่อการสอนเหมาะสม ($\overline{X}$ = 1.63) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ หลังได้รับความรู้แล้วท่านรู้สึกวิตกกังวล ($\overline{X}$ = 1.17)

หลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการทดลอง พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.68) เมื่อจำแนกวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดเรียงลำดับจากคะแนนค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ก่อนได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมท่านรู้สึกกังวล ($\overline{X}$ = 4.97) รองลงมา คือ รู้สึกมั่นใจในการเตรียมความพร้อมได้ถูกต้อง ($\overline{X}$ = 4.87) และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมนี้ทุกครั้งที่มีโอกาส ($\overline{X}$ = 4.87)ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ระยะเวลา สถานที่เหมาะสม ($\overline{X}$ = 4.13)

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 0.35) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 0.35) เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ Paired Samples T-test พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความแตกต่างของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย น้อยกว่าก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติ Paired Samples T-test พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจากความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งส่งผลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจ การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ทำให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งต้องเสียชีวิตในเวลาต่อมา เมื่อได้รับการบอกความจริงก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ มากมาย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสูญเสียด้านภาพลักษณ์ รู้สึกอายที่ผมร่วง แต่บางรายก็ทำใจยอมรับได้ รู้สึกเครียดเพราะขาดคนดูแล รู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต กลัวตาย

ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีความทุกข์ด้านจิตใจอันเกิดจากมะเร็ง ทั้งภาพลักษณ์ที่แตกต่างไปจากคนปกติ เช่น การมีผมร่วงหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เมื่อเกิดการเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือ ช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความเครียดและมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม[9,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาในครั้งนี้

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น จึงควรใช้โปรแกรมฯ ดังกล่าวนำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ด้วย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรนำรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breast Cancer. [Online] [cited 2023]., Available from: https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/breast-cancer.
2. Bray, McCarron, & Parkin. The Changing Global Patterns of Female Breast Cancer Incidence and Mortality. Breast Cancer Research 2017; 6(6): 229-239.
3. World Cancer Research Found. Global cancer statistics for the most common Cancers[Internet]. World Cancer Research Found; 2018. [cited 26 July 2023]. Retrieved from: https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancertrends/worldwide-cancer data
4. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งเต้านม. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:https://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Index.php?links=v236
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์ ; 2562.
6. Ferlay J., Laversanne M., Ervik M. & Lam F., Colombet M., Mery L., Pineros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2020. Retrieved from: https://gco.iarc.fr/today.
7. จารุนี แก้วอุบล.(2563).ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสารคาม;4(7):13-27.
8. นิภา ใจสมคม และบังอร หนูบรรจง. (2566).ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด จังหวัดชุมพร. วารสารมหาจุฬานาคทรรศน์;10(2):435-451.
9. กนกวรรณ เหล่าสาร,มณฑิชา รักศิลป์ และชวนชัย เชื้อสาธุชน. (2563). ผลของโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมที่มีต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี;9(2):125-135.
10. Rogers CR. Client-Centered theory. Boston: Hougton Miffin Company; 1951
11. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(1)

การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน จังหวัดหนองคาย

Development of service models for the elderly with dependency Participation in Phrathatbangphuan Subdistrict Health Promotion Hospital Nongkai Province.

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

วิไลพร แก้วฝ่าย[1] สมถวิล ศรีสวัสดิ์[1] พรรณิภา ไชยรัตน์[2]
Wilaiporn Kaewfai[1], Somthawil Srisawad[1], pannipa chairat[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน ดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1.วิเคราะห์สถานการณ์ 2.พัฒนารูปแบบและ 3.ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1)กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ 27 คน คือ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ 8 คนและทีมบริการสุขภาพชุมชน 19 คน เก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก 2)กลุ่มเป้าหมายเชิงปริมาณ คือ ผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินสุขภาพดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะเวลาดำเนินการ พฤษภาคม 2566 – เมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้บริการ คือ “โปรแกรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานตำบลพระธาตุบังพวน (Prathat Primary Digital Health : PPDH)” แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ ให้การดูแลด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOMESS SS 2) ทีมบริการสุขภาพชุมชน ให้การดูแลตามแบบฟอร์มแผนการดูแล(Care Plan) หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการ พบว่า1)ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p-value* <001 เมื่อเทียบกับก่อนดำเนินงาน 2)คะแนนคุณภาพชีวิต(WHOQOL-BREF -THAD)หลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p*-value<0.001 เมื่อเทียบกับก่อนดำเนินงาน และ3)มีความพึงพอใจในระดับดี ร้อยละ 94.2

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ แบบมีส่วนร่วมในชุมชน, การให้บริการ , ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

Abstract

This participatory action research (Participatory Action Research: PAR) aims to analyze the situation. Develop a model and study the results of developing a service model for dependent elderly people. Participation in the community, carried out in 3 phases: 1. Analyzing the situation 2. Develop formats and 3. Results of model development The sample was purposively selected and divided into 2 groups: 1) Qualitative target group of 27 people, namely service providers, including 8 primary care health service teams and 19 community health service teams. Data were collected through focus group discussions and in-depth interviews. 2) The quantitative target group is 50 dependent elderly service recipients. Data were collected using questionnaires. Barthel ADL Index Health Assessment Form and quality of life assessment for the elderly Processing period: May 2023 - April 2024. Qualitative data was analyzed using content analysis. and quantitative using descriptive statistics and Paired t-test statistics.

The research results found that The service model is “Prathat Bang Phuan Subdistrict Primary Health Care Program (Prathat Primary Digital Health: PPDH)” divided into 2 issues as follows: 1) Primary Health Service Team Provide care with a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย
[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

home visit record form according to IN HOMES SS guidelines. 2) Community Health Service Team Provide care according to the care plan form (Care Plan) after developing a model for dependent elderly people receiving services. It was found that 1) the average ability to perform daily activities after the operation increased significantly at the p-value <001 level compared to before the operation. 2) Quality of life score (WHOQOL-BREF -THAD) after operation increased with statistical significance at p-value<0.001 Compared to before operation and 3) there was a good level of satisfaction at 94.2%.
Keywords: Developing a participatory model in the community, providing services, dependent elderly

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุของโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศสหรัฐอเมริกามีข้อมูลว่าภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2567 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคน[1] การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคและวิถีชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ[2] ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น และต้องได้รับการดูแลระยะยาวในชุมชนหรือเข้าไปพักอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว[3] ผลกระทบที่เกิดตามมาจากโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจนกลายเป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิตและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี[4] สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 10.4) ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ของประชากรทั้งประเทศ[5] นอกจากนี้กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี (2561-2580) ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ เพื่อ "การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานบนพื้นฐานการคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิ์[6]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน[7] ปี พ.ศ.2566 มีพื้นที่รับผิดชอบ 14 หมู่บ้าน ประชากร 11,116 คน มีผู้สูงอายุ 1,491 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41 จากประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 92 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิ์บัตรทอง จำนวน 70 คน ได้ทำการสำรวจวิเคราะห์ปัญหาการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะสุขภาพทรุดลง จากการเยี่ยมบ้านและสังเกตสอบถาม พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ 1)ผู้สูงอายุมีปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง หลงลืมกินยาไม่ถูกต้องรวมถึงการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น ผู้สูงอายุบางคนอยู่บ้านตามลำพัง เกิดอาการเหงาว้าเหว่ อยากพบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน 2)คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อนุกรรมการ LTC) มีทีมสมาชิกเปลี่ยนใหม่ทำให้ระบบการติดต่อประสานงาน ระบบการเบิกจ่าย ใช้ลงข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ รวมถึงขั้นตอนการประสานงานไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล่าช้า 3)ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care Giver) ติดตามเยี่ยมแต่รายงานข้อมูลอาการ และปัญหาที่พบล่าช้า ขาดทักษะการทำงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัล 4)สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ลูก หลาน ขาดทักษะในการดูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5)เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตามเยี่ยมแบบต่างคนต่างทำและรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังทำได้ไม่ครอบคลุม 6)การติดตามเยี่ยมซ้ำซ้อนเพราะต่างคนต่างเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วน

ร่วมในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

3 เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 – เมษายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมของทีมงานในการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ 1)ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ 8 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 4 คนและทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน จำนวน 4 คน 2)ทีมบริการสุขภาพชุมชน 19 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care Giver) จำนวน 10 คน, อาสาสมัครเด็กดูแลผู้สูงอายุ(อผส.) จำนวน 5 คน, คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อนุกรรมการ LTC) จำนวน 2 คน,คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เคยรับบริการอย่างน้อย 6 ครั้ง จำนวน 3 คน รวมเป็น 30 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยใช้ผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่างเดิม จำนวน 30 คน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) จำนวน 50 คน เกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1)ผู้สูงอายุที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขต ตำบลพระธาตุบังพวน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index : ADL) มีค่าคะแนน 5-11 คะแนน 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย 3) เป็นผู้ยินดี สมัครใจ ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมของทีมงานในการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview)

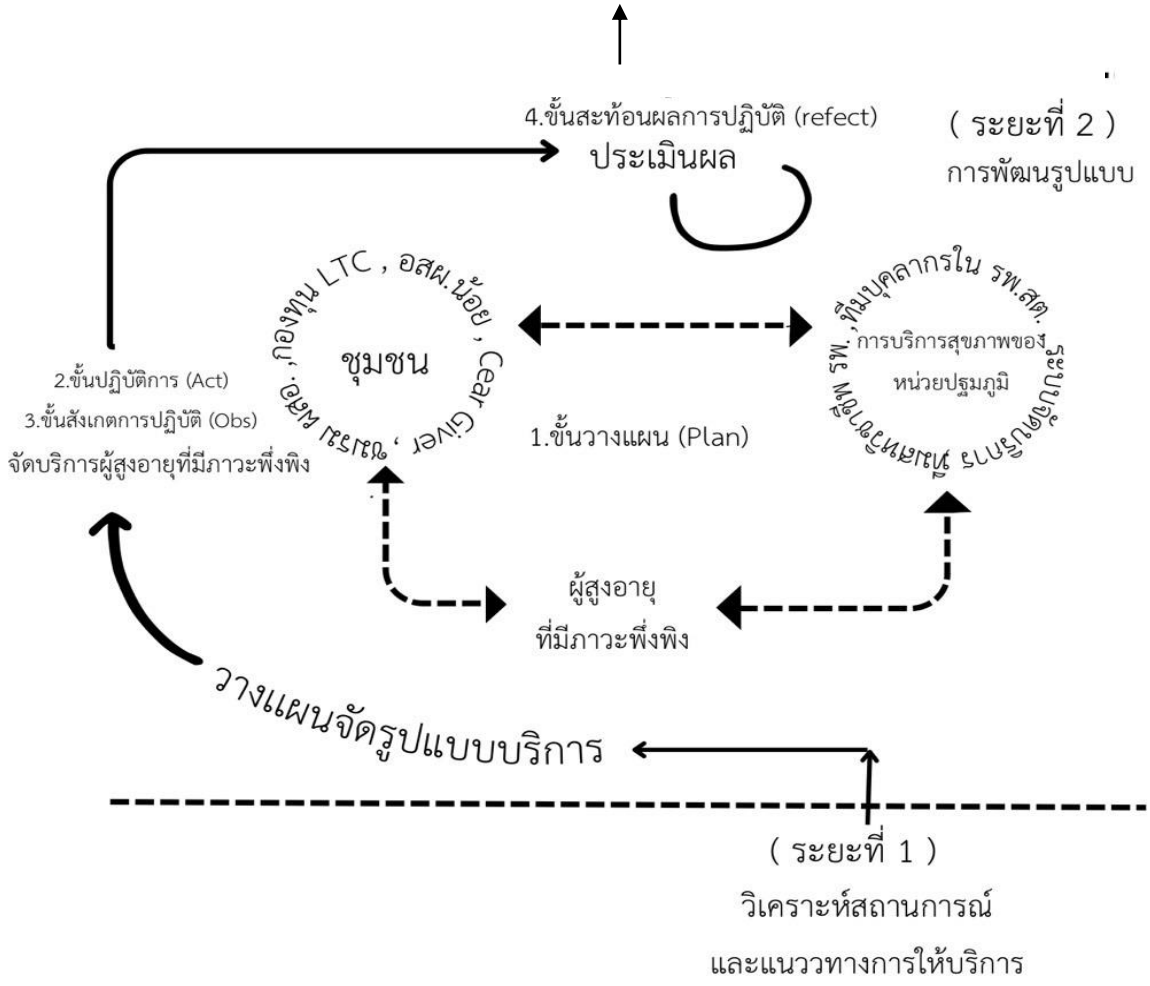
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview)

(ระยะที่ 3)
ผลการพัฒนารูปแบบ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล
- คุณภาพชีวิต
- ความพึงพอใจ

รูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน จังหวัดหนองคาย
คือ “โปรแกรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานตำบลพระธาตุบังพวน (Prathat Primary Digital Health : PPDH)”



ภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ด้วยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล[8] จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ กลุ่ม 1 ติดสังคมมีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่ม 2 ติดบ้านมีคะแนน 5-11 คะแนน กลุ่ม 3 ติดเตียงมีคะแนน 0-4 คะแนน ส่วนที่ 3 ข้อมูลแบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย[9] ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือมาจากโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มี 26 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ[10] จำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF -THAD) ผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะสมกับงานวิจัยในครั้งนี้ นำเครื่องมือเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้อง(Index of Congruence : IOC) เท่ากับ 0.95 และได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาควอบาล : Cornbochi alpha coefficient) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าเท่ากับ 0.822

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

จากภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการให้บริการที่ผ่านมา (กรกฎาคม - สิงหาคม 2566) ดำเนินการดังนี้ แต่งตั้งคณะทำงานทีมวิจัยและจัดทำแผนการกำหนดกิจกรรมโครงการ ศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรผู้ให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน นำปัญหาข้อค้นพบมาประชุมชี้แจง กำหนดประเด็นและหาแนวทางการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (กันยายน - พฤศจิกายน 2566) โดยใช้แนวคิดการดำเนินการวิจัยของ Kemmis และ McTagart[11] ซึ่งมีขั้นตอน คือ กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน(Planning : P) 2) การปฏิบัติ (Action : A) 3) การสังเกต (Observation : O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection : R) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)โดยในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการดำเนินงาน และร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ 2) ร่วมกันวางแผนตัดสินใจ เสนอแนะ และเลือกรูปแบบการพัฒนาร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มย่อยในการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวคิดทฤษฎีแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยยึดหลักการดูแลด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOMESS SS กลุ่มที่ 2 ทีมบริการสุขภาพชุมชน ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มย่อยในการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวคิดทฤษฎีแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยยึดหลักการดูแลด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล

(Care Plan) จากนั้นจัดทำรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน(Action) โดยการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ตามรูปแบบให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และติดตามผลการดำเนินการ ประกอบด้วย 1) การมอบหมายหน้าที่แก่ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิและทีมบริการสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่เคยรับบริการ จากนั้นมีการสนทนากลุ่ม เพื่อเสนอแนะแนวทาง นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป 2) การสนับความรู้และทักษะ ในการให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) เป็นการติดตามประเมินผลรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นจากการสังเกตการให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนและติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนโดยการใช้ผลการประเมินจากการสังเกตในขั้นตอนที่ 3 นำมาสะท้อนผลการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยนำปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จและสรุปผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในแต่ละขั้นตอนคืนข้อมูลแก่ทีมผู้ร่วมวิจัยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (ธันวาคม 2566 - พฤษภาคม 2567) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน ดังนี้ 1) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ 2) ประเมินวัดคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 3) ประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความ สรุปความ ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้และความพึงพอใจใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activity of Daily Living index: ADL) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (WHOQOL-BREF -THAD) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย หมายเลข COA No. NKPH 71/2566 วันที่ 27 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N=50) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.0 เรียบจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 94.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 94.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.0 โดยในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.0 ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายเป็นบุตร ร้อยละ 76.0 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 78.0 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.พระธาตุบังพวน ร้อยละ 100

ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living index: ADL) (N=50) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลก่อนและหลังการดำเนินงานเท่ากับ 7.26 (SD=1.259) และ 8.42 (SD=1.751) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามรถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value <001 เมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินงาน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living index: ADL) (n=50)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน		*p*-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	7.26	1.259	8.42	1.751	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p*-value<0.001 วิเคราะห์โดย Paired t-test

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (WHOQOL-BREF -THAD) (n=50) คะแนนคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการดำเนินงานเท่ากับ 67.58 (SD=10.184) และ 92.68 (SD=9.488) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value <001 เมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินงาน โดยเมื่อจำแนกคะแนนรายด้านพบว่า ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value <001 เมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF -THAD) (N=50)

คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF -THAD)	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน		*p*-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1. ด้านสุขภาพกาย	17.68	2.721	22.44	3.435	0.000*
2. ด้านจิตใจ	15.24	3.127	20.86	6.321	0.000*
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7.52	1.515	10.66	1.780	0.000*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	21.98	5.073	31.02	4.167	0.000*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**67.58**	**10.184**	**92.68**	**9.488**	**0.000***

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p*-value<0.001 วิเคราะห์โดย Paired t-test

ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนา (N=50) พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความพึงพอใจในระดับดี ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.37 (SD=0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีทุกด้านโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึง

พอใจต่อเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เท่ากับ 4.40 (SD-0.26)

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ ตำบลพระธาตุบังพวน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีเช่นกัน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วยบริการ และชุมชนยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการทำงาน ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติขาดทักษะในการดูแลตนเอง การมีโรคประจำตัว ไม่ไปตามนัดรับการรักษาบริการในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเนื่องจากอุปสรรคและข้อจำกัดในการเข้าถึง เช่น การรอคอย พาหนะในการมาและกลับโรงพยาบาล การลืมนัดซึ่งกระบวนการสำคัญคือการบูรณาการในการดูแลระหว่างทีมสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์[12] เรื่องการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษา พบว่า การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีลักษณะเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีความต่อเนื่องและตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการดูแลผู้สูงอายุได้

2. การพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Nursing Division, 2014) ซึ่งมีแนวคิดว่า การดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือกันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง และการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ ดีขึ้น โดยมีการบูรณาการใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพ PAOR ร่วมด้วยเพื่อให้รูปแบบที่ได้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบ ติดตามเยี่ยม การศึกษาของ Tapas, Danpradit & Ratnawji(2017) ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยการติดสติกเกอร์โทรศัพท์ที่สมุด การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่มีบางการศึกษาพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ต้องมีการบูรณาการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมิน และดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ (Ciccone. Celani. Chiaramonte. Rossi &Righetui, 2013)เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Arttaros & Apai (201 1) กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตั้งแต่สถานบริการชุมชน และครอบครัว การดูแลทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้รูปแบบดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชน 2) รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วย “โปรแกรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานตำบลพระธาตุบัง

พ ว น (Prathat Primary Digital Health : PPDH)” แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ ให้การดูแลด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOMESS SS 2) ทีมชุมชน ให้การดูแลตามแบบฟอร์มแผนการดูแล(Care Plan)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารนำรูปแบบนี้ไปใช้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายและกลับมานอนพักฟื้นที่บ้าน

2.ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำคู่มือเฉพาะสำหรับผู้ป่วยติดเตียง ให้มีสีสันสวยงามได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชนและการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เช่น ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่
มีการดูแลแบบประคับประคองเป็นต้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารทั้งในและนอกองค์กรที่ให้การสนับสนุนทุกด้าน ขอขอบพระคุณทีมบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ ทีมบริการสุขภาพชุมชนและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาผลงานวิจัยครั้งนี้ และในโอกาสนี้ ที่ให้ความรู้ด้านวิชาการรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการการทำวิจัยและกรุณาเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Dahm TS, Bruhn A, LeMaster M. Oral care in the long-term care of older patlents: how can the dental hyglenist meet the need? Am J Dent Hyg. 2015; 89(4): 229-237.
2. Artsanthia J, Pomthong R. The trend of elderly care in 21*century: challenging in nursing care. Journal of The Royal ThaiArmy Nurses 2018; 19(1): 39-46. (in Thai).
3. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai el-derly 2014. Amarin printing and publishing; 2015.(in Thai).
4. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุ แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545–2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์; 2552.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การทำงานของผู้สูงอายุปี 2560. **2562** [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]; จาก www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N08-02-61-1.aspx.
6. ศิริลักษณ์ มีมาก และคณะ. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี. กรุงเทพ: โรงพิมพ์สามลดา; 2561.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน. สถิติผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ. หนองคาย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน; 2566.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แบบสอบถามความสามรถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living index: ADL). 2557.
9. นายสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF -THAD). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
10. สุวิมล คำย่อย. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหยวก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี [การค้นคว้าอิสระ]. อุดรธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยวก; 2555.
11. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. วิจัยเชิงปฏิบัติการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
12.ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์. การพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562

ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

The Effect of Using Health Behavior Changing Program on Blood Sugar Levels of Type 2 Diabetic Patients Receiving Services in Lifestyle Medicine Clinic in Health Promoting Hospital Health Center 4 Saraburi.

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

สนทยา สิงห์นิกร[1]
Sonthaya Singnikorn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Selection) มีระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ในเลือดอยู่ระหว่าง 110-200 มล/ดล จำนวน 36 ราย ประเมินก่อน - หลัง (One Group Pre-posttest Desing) โดยเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การประเมินกิจกรรมทางกาย แบบประเมินความเครียด ST5 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ASSIST) และแบบสำรวจตัวเองว่าติดบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ก่อนและหลัง ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยสถิติ Paired Simple t-test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส สามารถควบคุมระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ได้ดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value ≤ 0.05

คำสำคัญ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research is Quasi-Experimental Research. Objective to study the effect of Using Health Behavior Changing Program on Fasting Plasma Glucose; FPG of patients with type 2 diabetes in Lifestyle Medicine Clinic in Health Promoting Hospital Health Center 4 Saraburi. The sample group is type 2 Diabetic Patients Receiving Services in Lifestyle Medicine Clinic in Health Promoting Hospital Health Center 4 Saraburi. Select sample is Purposive Selection. Fasting Plasma Glucose; FPG In the blood is between 110-200 ml/dl. Total 36 cases One Group Pre-posttest Desing by comparing results Using Health Behavior Changing Program on Blood Sugar Levels of Type 2 Diabetic Patients. Tools used include: General information questionnaire, Food consumption behavior assessment form, Physical activity assessment, Stress assessment form (ST5, Alcohol drinking behavior assessment form (ASSIST), Survey of self-addiction to cigarettes. General data analysis used percentage statistics. Percentage, average and comparison of averages fasting plasma glucose score. Before and after using the health behavior change program with statistics Paired Simple t-test.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย

The results of the research found that the sample group used Health Behavior Changing Program can control blood sugar levels while fasting better than before using the program with statistical significance p-value ≤ 0.05.
Keyword Health Behavior Changing Program Fasting Plasma Glucose Type 2 Diabetic Patients

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes) คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน (Insulin) ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายของคนเราจำเป็นต้องมีอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อ[1] ในภาวะที่อินซูลินมีความผิดปกติ ไม่ว่าอินซูลินในร่างกายหรือการที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง (หรือที่เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน) อาการที่เราสามารถสังเกตได้ เช่น เหนื่อยง่ายกว่าปกติ ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย โดยเฉพาะปัสสาวะตอนกลางคืน น้ำหนักลดฮวบฮาบโดยไม่ทราบสาเหตุ ปลายมือปลายเท้าชา แสบร้อน หรือรู้สึกคล้ายเข็มแหลมๆ ทิ่ม แผลเรื้อรัง หายช้า เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ตามัวลง มองไม่ชัดเท่าปกติ หรือในคนสายตาสั้นอาจมองเห็นชัดขึ้น ภาวะแทรกซ้อนหลัก ๆ ที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะไตวายเรื้อรังจนต้องทำการล้างไตในที่สุด[9]

สถานการณ์ของโรคเบาหวาน จากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากร 537 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 ตามลำดับ (สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ, 2564) ปัจจุบันประเทศไทยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและพบอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี 2564 ข้อมูลสถานการณ์ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ที่ดีในเขตสุขภาพที่ 4 ย้อนหลัง 3ปี (2564-2566) มีดังนี้ ในปี 2564 ร้อยละ 28.62 ปี 2565 ร้อยละ 29.51 ปี 2566 ร้อยละ 32.67 ซึ่งเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ถึงร้อยละ 40[3]

สถานการณ์ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ปี 2564 ร้อยละ 4.54 ปี 2565 ร้อยละ 9.55 ปี 2566 ร้อยละ 19.17 [4]จะเห็นได้ว่าจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี มีแนวโน้มไปในทางที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความรู้และเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2ส ในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร(Fasting Plasma Glucose; FPG) โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และสุรา ซึ่งจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) อย่างสม่ำเสมอ[2] ดังนั้น การส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ โดยในปี 2566 คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เล็งเห็นความสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส โดยการจัดกิจกรรมและให้ความรู้เรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การประเมินความเครียด พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

และการไม่สูบบุหรี่ โดยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมในโปรแกรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1. วิเคราะห์ปัญหา ข้อมูลเบื้องต้น กิจกรรมที่ 2. การให้ความรู้ กิจกรรมที่ 3. การปฏิบัติ กิจกรรมที่ 4. การติดตามและการประเมินผล เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเป็นการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ให้เกิดอาการรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินงาน[5]

ดังนั้น จากการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ในปี 2566 ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เพื่อนำผลการศึกษาไปขยายผลใช้ในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มทดลองประเมินก่อน - หลัง (One Group Pre-posttest Desing) ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ การบริโภคอาหาร, กิจกรรมทางกาย, การประเมินความเครียด, แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, แบบสำรวจการติดบุหรี่ ตัวแปรตามคือ ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี จำนวน ทั้งหมดจำนวน 146 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี จำนวน จำนวน 36 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Selection) จำนวน 36 คน วัยทำงานที่มีระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ในเลือดอยู่ระหว่าง 110-200 มล/ดล ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มี 15 ข้อ ส่วนที่ 3 การประเมินกิจกรรมทางกาย มีจำนวน 3 ข้อใหญ่ 6 ย่อย ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด ST5 ในช่วง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มี 5 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ASSIST) มี 7 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบสำรวจตัวเองว่าติดบุหรี่มากน้อยเพียงใด มี 6 ข้อ หาค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .90

วิธีดำเนินการวิจัย

โปรแกรมกิจกรรมเป็น 4 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา ข้อมูลเบื้องต้น (ครั้งที่ 1)

-รู้ไว้ ได้เปรียบ ร่วมค้นหาสาเหตุ พบแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (FPG) จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ประเมินปัญหาร่วมกัน วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับผู้ป่วย ทำแบบสอบถาม โดยการสัมภาษณ์ พูดคุย ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผลกระทบจากโรคแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (ประเมินโดยการทวนซ้ำและประเมินความรู้กลับ)

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ ในรูปแบบ Coaching Skill (ครั้งที่ 2) กิจกรรมที่ 2 ห่างจากกิจกรรมที่ 1 เป็นระเวลา 1 เดือน

- ปรับพฤติกรรม บอกลาเบาหวาน คือ การให้ความรู้เรื่องธงโภชนาการ อาหารลดหวาน มัน เค็ม การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณพลังงาน (โดยมีการทวนซ้ำและประเมินความรู้กลับ)

- ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรค ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที (ประเมินโดยการทวนซ้ำและประเมินความรู้กลับ)

- ให้ความรู้เรื่องอารมณ์และการจัดการความเครียด ฝึกสมาธิ (มีการประเมินความรู้กลับและการทวนซ้ำ)

- ให้ความรู้เรื่องการดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการไม่สูบบุหรี่ (โดยมีการทวนซ้ำและประเมินความรู้กลับ)

กิจกรรมที่ 3 การปฏิบัติและลงมือทำอย่างต่อเนื่อง (ครั้งที่ 3) กิจกรรมที่ 3 ห่างจากกิจกรรมที่ 2 เป็น
ระยะเวลา 1 เดือน

- ถาม ตอบ ในสิ่งที่สงสัย เป็นกิจกรรมการถาม - ตอบประเด็นปัญหาพฤติกรรมสุภาพ และการทวนกลับ

กิจกรรมที่ 4 การติดตามและการประเมินผล (ครั้งที่ 4) ประเมินความรู้หลังได้เรียนรู้โปรแกรม Post-test ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหาระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 ห่างจากกิจกรรมที่ 3 เป็นระยะเวลา 1 เดือน ระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการตัดสิน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ก่อนและหลัง ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยสถิติ Paired Simple
t-test กำหนดให้การมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ p-value ≤ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ได้ขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย โครงการ EC รหัส 717

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี จำนวน 36 คน อายุ 30-44 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 อายุ 45-59 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 77.80 เพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 47.20 เพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 52.80 น้ำหนักต่ำสุด คือ 40 กิโลกรัม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 น้ำหนักสูงสุด คือ 115 กิโลกรัม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 น้ำหนักเฉลี่ย 72.34

ส่วนสูงต่ำสุด คือ 145 เซนติเมตร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 ส่วนสูงสูงสุด คือ 180 เซนติเมตร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 ส่วนสูงเฉลี่ย 162.97 เส้นรอบเอวต่ำสุด คือ 61 เซนติเมตร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 เส้นรอบเอวสูงสุด คือ 132

เซนติเมตร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 เส้นรอบเอวเฉลี่ย 95.42 ดัชนีมวลกายต่ำสุด คือ 17.50 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 ดัชนีมวลกายสูงสุด คือ 40.60 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.20 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต่ำสุด คือ 110 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) สูงสุด คือ 267 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เฉลี่ย 142.25 โรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 โรคประจำตัวน้อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และผู้ที่มีโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พฤติกรรมการกินอยู่ที่ระดับดีมาก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 พฤติกรรมการกินอยู่ที่ระดับดี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 พฤติกรรมการกินอยู่ที่ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 พฤติกรรมการกินอยู่ที่ระดับไม่ดี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 72.22 หลังการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พฤติกรรมการกินอยู่ที่ระดับดีมาก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 พฤติกรรมการกินอยู่ที่ระดับดี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 27.78 พฤติกรรมการกินอยู่ที่ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 19.44 พฤติกรรมการกินอยู่ที่ระดับไม่ดี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 30.56

กิจกรรมทางกาย ก่อนการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส แบ่งเป็น 3 หัวข้อ ประเมินจำนวนวันและเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายน้อย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 กิจกรรมทางกายปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 มีกิจกรรมทางกายดี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ11.12 ประเมินการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายน้อย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 47.22 กิจกรรมทางกายปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 มีกิจกรรมทางกายดี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ประเมินกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางกายน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 กิจกรรมทางกายปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 มีกิจกรรมทางกายดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 61.11 หลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส แบ่งเป็น 3 หัวข้อ ประเมินจำนวนวันและเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.78 กิจกรรมทางกายปานกลาง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 มีกิจกรรมทางกายดี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ19.44 ประเมินการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายน้อย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 19.44 กิจกรรมทางกายปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 61.12 มีกิจกรรมทางกายดี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 19.44 ประเมินกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางกายน้อย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.55 กิจกรรมทางกายปานกลาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 27.78 มีกิจกรรมทางกายดี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67

ความเครียด ST5 ในช่วง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมาก่อนการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ความเครียดน้อย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ความเครียดปานกลาง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 ความเครียดมาก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 หลังการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ความเครียดน้อย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ความเครียดปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ASSIST) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ASSIST) ตลอดชีวิตของท่าน เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเลิกดื่มแล้วเกิน 1 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเลิกดื่มแล้วไม่เกิน 1 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 47.2 และในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเลิกดื่มแล้วไม่เกิน 1 ปี มีความเสี่ยงต่ำ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 70.58 มีความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 29.42

กลุ่มตัวอย่างที่ติดบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส พบว่าไม่สูบบุหรี่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 สูบบุหรี่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ไม่ติดบุหรี่ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ติดบุหรี่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ก่อนและหลัง ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value	95%CI	
							Lower	Upper
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				
FPG)	142.25	39.306	129.36	37.416	6.114	<.001*	8.609	17.169

*.05

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) หลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ความเครียด ST5 ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value	95%CI	
							Lower	Upper
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	41.38	8.636	58.52	10.344	-12.657	<.001	-19.887	-14.389
กิจกรรมทางกาย	17.05	5048	20.47	4.266	-7.629	<.001	-4.325	-2.507
ความเครียด ST5	4.02	2.873	2.41	1.976	4.280	<.001	.846	2.375

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ความเครียด ST5 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ความเครียด ST5 หลังได้รับโปรแกรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่อายุ 45-59 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 77.80 เพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 52.80 น้ำหนักเฉลี่ย 72.34 ส่วนสูงเฉลี่ย 162.97 เส้นรอบเอวเฉลี่ย 95.42 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.20 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เฉลี่ย 142.25 โรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ซึ่งสอดคล้องกับ ขนิษฐา สระทองพร้อม และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[8] ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี สถิติที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยสถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง Pair t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (M=3.13, SD=0.10) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (M=2.14, SD=0.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) หลังจากการทดลองเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ความเครียด ST5 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ความเครียด ST5 หลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) หลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ ซึ่งสอดคล้องกับรุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์[7] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experiment, One Group Pre-test Post-test Design มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p\leq.001$ มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p\leq.001$ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p\leq.001$

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ควรมีการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ไปกำหนดเป็นนโยบาย

ทางด้านสาธารณสุขในการขับเคลื่อนสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นอกเหนือจากการให้ทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ไปใช้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอื่น ๆ

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ไปศึกษาในพื้นที่ชุมชนอื่น หรือในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation. Rare Forms of diabetes [อินเตอร์เน็ต].2566. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ธันวาคม 25]. https://idf.org/about-diabetes/rare-forms-of-diabetes.

2.จากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ในปี 2564-2566 เขตสุขภาพที่ 4 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 2]. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc

3.หทัยรัตน์ อัจจิมานนท์. ป่วย เบาหวาน-ความดัน เพิ่มสูงทุกปี อคม.เขต 4 เผยสาเหตุหลัก ไม่มีมาตรการควบคุมการปรุงอาหาร. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ธันวาคม 25]. https://www.thecoverage.info/news/content/4152.

4.ฐานข้อมูล Hox-sp. สถานการณ์ยอดผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. 2566.

5.กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยง. รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 3] https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc.

6.จุฑารัตน์ บุญพา และสุพัตรา ใจเหมาะ. (2558). ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยศาตร์การแพทย์แผนไทยต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 216-217.

7.รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5, 36(1), 2-11.

8.ขนิษฐา สระทองพร้อมและ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(1), 38-50.

9.ศศิภัสช์ ช้อนทอง. ภาวะแทรกซ้อนทางไต. [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 17]. https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/diabetes-mellitus

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4

Factors affecting repeat pregnancies among teenage mothers, Health Region 4

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

ขวัญตา สิงห์นิกร[1], อัจฉรา คงสมฤทธิ์[1],สุภาวดี กัญญาบุญ[1]

Kwanta Singnigorn[1], Atchara Kongsomrit[1], Supawadee Kanyabun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี มีประวัติการตั้งครรภ์ซ้ำ คือ มีการคลอดบุตรหรือแท้งบุตร หรืออยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ ห้องหลังคลอด และ คลินิกวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา,ลพบุรี และสระบุรี จำนวน 157 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square และ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่น มีอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 2.55 และอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 97.45 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ คืออายุมารดาวัยรุ่น สถานะการศึกษาหลังคลอด รายได้ของครอบครัว การตั้งใจมีบุตร การวางแผนเลี้ยงดูบุตร การรับบริการฝากครรภ์ การรับบริการจากคลินิกวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร การเปลี่ยนคู่สมรส การมีเพื่อนอยู่ด้วยกันก่อนสมรส เพื่อนมีการเปลี่ยนคู่สมรสมากกว่า 1 ครั้ง และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ ซึ่งพบว่า การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นก่อนการตั้งครรภ์ พบว่า ถุงยางอนามัย มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่ายาฝังคุมกำเนิด ถึง 7.6 เท่า (B=1.907, OR=7.62) และหลังคลอดบุตรยาเม็ดคุมกำเนิด มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำ สูงกว่า ยาฝังคุมกำเนิด 5.6 เท่า (B=1.728, OR=5.63) รวมถึง การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในระดับต่ำ มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำถึง 6.5 เท่าของมารดาวัยรุ่น ที่มีความสามารถในการรับรู้ระดับสูง (B=1.837, OR=6.51)

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ซ้ำ, มารดาวัยรุ่น, เขตสุขภาพที่ 4

ABSTRACT

This research was survey research data were collected cross-sectionally. The objective was to study the situation. Relationships between personal factors Health Behavior Factors Social factors, knowledge, attitude, and perception of ability to prevent repeat pregnancies. Including analysis of factors affecting repeat pregnancies of teenage mothers in Health Region 4. The sample group consisted of teenage mothers younger than 20 years of age who had a history of repeat pregnancies, that is, having given birth or had a miscarriage. or are undergoing a second pregnancy or more who come to receive services at the antenatal clinic, postpartum room, and family planning clinic. in government hospital Phra Nakhon Si Ayutthaya, Lopburi and Saraburi provinces, totaling 157 people, used a multi-stage sampling method. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, and Binary Logistic Regression.

The results of the research found that the sample consisted of teenage mothers, 2.55 percent aged 10-14 years and 97.45 percent aged 15-19 years. Factors related to repeat pregnancies is the age of teenage mothers Postpartum education status Family income Intention to have children child rearing planning Receiving prenatal

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย

care services Receiving services from family planning clinics Birth control before pregnancy and after childbirth change of spouse Having friends who lived together before marriage Friends have changed spouses more than once and perceived ability to prevent repeated marriages Statistically significant p<0.05, which found that when using birth control for teenage mothers before pregnancy, condoms have a 7.6 times higher chance of repeat pregnancy than birth control implants (B=1.907, OR=7.62) and after maternity birth control pills The chance of repeat pregnancy is 5.6 times higher than the contraceptive implant (B=1.728, OR=5.63) and the perception of its ability to prevent repeat pregnancy is low. There is a 6.5 times risk of repeat pregnancy among teenage mothers with high cognitive ability (B=1.837, OR=6.51).

Keywords : repeat pregnancy, teenage mothers, health zone 4

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ว่า ในแต่ละปีมีผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ประมาณ 16 ล้านคน และผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.5 ล้านคน ที่คลอดบุตร องค์การสหประชาชาติ จึงได้กำหนดตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) คือ การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี รวมถึงตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) คือ การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี และอายุ 15 - 19 ปี เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วย การสร้างหลักประกันให้มีคุณภาพชีวิตและส่งเสริม สุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ที่นานาชาติต้องการ บรรลุเป้าหมายให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573[1] สำหรับประเทศไทย พบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสัดส่วนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับจำนวนการคลอดทั้งหมด จากรายงานประจำปี 2565 พบสถิติอัตราการคลอด เกินเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 14.41,14.55 และ 15.61 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 14.50) โดยมีพื้นที่ ที่มีสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำสูง ได้แก่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 19.00, 17.01 และ 17.66 จังหวัดลพบุรี ร้อยละ 15.45, 18.11 และ 14.67 จังหวัดสระบุรี ร้อยละ 13.81,15.04 และ 15.06 ตามลำดับ หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง มีแนวโน้มลดลง และต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 40.36 , 31.22 และ 33.14 (เป้าหมายปี 2565 ร้อยละ 80) หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 78.30, 75.05 และ 75.03 (เป้าหมายปี 2565 ร้อยละ 80) ตามลำดับ[2] ดังนั้นจากสถานการณ์แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำที่สูง และการคุมกำเนิดที่ลดลง อาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นได้

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นไม่เพียงแต่เป็นปัญหา ปัจเจกบุคคล แต่ยังส่งผลกระทบด้านประชากร ที่ส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งในปัจจุบันพบอัตราการเกิดโดยรวมของประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง และเกิดจากแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี เพิ่มมากขึ้น จึงนำไปสู่ปัญหา เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา[3] ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในทุกด้าน ผลจากการศึกษา ด้านผลกระทบระยะยาว พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่ได้มีผลต่อการสมรสในอนาคต แต่พบมีการคลอดบุตรมากกว่าหญิงทั่วไป โดยเฉพาะในวัยรุ่นอายุน้อยจะพบช่วงเวลาระหว่างการตั้งครรภ์แต่ละครั้งสั้นกว่า มักพบในกลุ่มที่ระดับการศึกษาน้อย ฐานะยากจน ซึ่งการคลอดบุตรในช่วงอายุที่ไม่พร้อมจะทำให้ยิ่งมีปัญหาทางเศรษฐกิจมากขึ้นส่งผลถึงภาวะทางสังคมของบุตรในอนาคต และหากคู่สมรสมีอายุ

น้อยด้วยแล้วฐานะของครอบครัวนั้นก็จะยิ่งยากจนกว่า[4] มีชีพหญิงอายุ 10-14 ปี จำนวน 1,640 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 และอัตราการคลอด มีชีพหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 47,378 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 รวมทั้งยังพบว่ามีการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 14.29 จากข้อมูลการคลอดมีชีพฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ โดยไม่รวมจำนวนการแท้ง พบว่ากลุ่มอายุ 18-19 ปี มีการคลอดบุตรซ้ำมากที่สุด ร้อยละ 11.2 ส่วนวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีการคลอดบุตรซ้ำ ร้อยละ 7.72 สำหรับสถานการณ์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2563-2565 มีอัตราคลอดบุตรในหญิงอายุ 10-14 ปี มีอัตรา 1.21 , 1.00 และ 0.91 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี (เป้าหมายในปี 2565 ไม่เกิน 1.3 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี มีอัตรา 29.28 , 24.95 และ 19.50 (เป้าหมายปี 2565 ไม่เกิน 23 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี) การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและสูง

ด้านผลกระทบต่อมารดาและทารก ในการเปรียบเทียบมารดาวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ พบว่ามารดาวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าต่อการเกิดภาวะโลหิตจางและการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์[5] น้ำหนักทารกแรกเกิดเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของสุขภาพทารก ที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการมีชีวิตรอดของทารก เด็กที่โตมาจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มักพบปัญหาทุพโภชนาการ ผอม เตี้ย แคระแกร็น พัฒนาการล่าช้า การเจ็บป่วยบ่อยเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ นำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด[6] มารดาวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดครรภ์เป็นพิษ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เยื่อบุมดลูกอักเสบ มีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของมารดาวัยรุ่นได้ ส่วนผลกระทบด้านจิตใจพบว่ามารดาวัยรุ่นที่ต้องเปลี่ยนบทบาทจากเด็กมาเป็นมารดาอย่างรวดเร็ว ต้องรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ทันทีจะประสบกับความเครียดและโรคซึมเศร้า[7] มารดาวัยรุ่นมีโอกาสสูงที่จะหยุดการเรียนกลางคันส่งผล ให้มารดาวัยรุ่น เสียโอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รวมทั้งรายได้ในอนาคต การขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้ง หรือเติบโตมาอย่างไม่มีคุณภาพ[8]

จากสถานการณ์การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 4 และผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อนำผลการศึกษา มาวิเคราะห์ จัดทำแนวทางในการกำหนดมาตรการ แผนงานโครงการ และยกระดับคุณภาพบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นระดับเขตสุขภาพที่ 4 อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ได้แก่ มารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี มีประวัติการตั้งครรภ์ซ้ำ คือ มีการคลอดบุตรหรือแท้งบุตร หรืออยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ ห้องหลังคลอด และคลินิกวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลรัฐ 3

จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดลพบุรี และจังหวัดสระบุรี จำนวน 157 คน เก็บข้อมูลเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม โดยได้รับ การตรวจสอบ ความตรงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นและสามี ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ อายุ สถานะการศึกษาขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด สถานภาพสมรส การพักอาศัย การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตร และการตั้งใจมีบุตร 2) ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การฝากครรภ์ การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดหลังการคลอดบุตร การเปลี่ยนคู่ การเที่ยวสถานบันเทิง การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและยาเสพติด 3) ข้อมูลปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อิทธิพลที่มาจากสังคมครอบครัว และสังคมเพื่อน 4) ข้อมูลด้านความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด 5) ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลของสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 ด้วยการนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ ด้วยซ้ำด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ที่วิเคราะห์แล้วมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นำไปวิเคราะห์โดยวิธี Binary Logistic Regression แสดงข้อมูลในรูป Odds ratio (OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัย 692/2567 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 : ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นและสามี พบว่า กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 87.90 โดยวิธีการคลอดปกติ ร้อยละ 73.89 น้ำหนักบุตรเมื่อแรกคลอด ≤ 2, 500 กรัม ร้อยละ 36.31 น้ำหนัก > 2,500 กรัม ขึ้นไป ร้อยละ 63.69 มารดาวัยรุ่นมีอายุระหว่าง 10 - 14 ปี ร้อยละ 2.55 และอายุระหว่าง 15 -19 ปี ร้อยละ 97.45 (อายุเฉลี่ย 18.09 ปี) สถานะการศึกษาขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่หยุดเรียน/ลาออก ร้อยละ 50.32 สถานะการศึกษาหลังคลอด อยู่บ้านเพื่อเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 55.41 การประกอบอาชีพก่อนตั้งครรภ์ นักเรียน / นักศึกษา ร้อยละ 71.97 สถานภาพสมรส ไม่ได้สมรส ร้อยละ61.15 การพักอยู่อาศัย อยู่กับพ่อแม่ตนเอง ร้อยละ42.04 รายได้ของครอบครัว เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 59.24 รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตรจากพ่อแม่ ตนเอง/พ่อแม่สามี ร้อยละ 51.59 การตั้งใจมีบุตร ร้อยละ 56.05 ไม่ตั้งใจมีบุตร ร้อยละ 43.95 การวางแผน เลี้ยงดูบุตร ให้บิดามารดาเลี้ยง ร้อยละ 57.96 ด้านกลุ่มสามี ส่วนใหญ่พบว่า อายุสามีมีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี ร้อยละ 41.40 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.76 การประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.86 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพมารดาวัยรุ่น ส่วนใหญ่ พบการรับ บริการฝากครรภ์ของมารดาวัยรุ่น ไม่ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ 26.75 ฝากครรภ์ ร้อยละ 73.25 โดยมีการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 40.13 มีปัญหาขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 28.03 การ

รับบริการ จากคลินิกวางแผนครอบครัว มีการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 59.87 การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ก่อนการตั้งครรภ์ ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 50.32 การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น หลังการคลอดบุตร ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 24.84 การเปลี่ยนคู่ คู่สมรสเดิม ร้อยละ 58.60 คู่สมรสใหม่ ร้อยละ 41.40 พฤติกรรมการเที่ยวผับ/สถานบันเทิง มารดาวัยรุ่น เที่ยวผับ/สถานบันเทิง บางครั้ง/เป็นประจำ ร้อยละ 35.67 การสูบบุหรี่ มารดาวัยรุ่นไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.97 การดื่มสุรา มารดาวัยรุ่นมีการดื่มสุรา บางครั้ง/เป็นประจำ ร้อยละ 61.78 การใช้ยาเสพติด มารดาวัยรุ่นไม่มีการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 84.08 ปัจจัยด้านสังคม แบ่งเป็น อิทธิพลจากครอบครัวและอิทธิพลจากเพื่อน โดยอิทธิพลจากครอบครัว พบมีพ่อแม่ หรือบุคคลในครอบครัวของท่าน มีบุตรตอนวัยรุ่น ร้อยละ 52.23 พ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัวที่มีการเปลี่ยนคู่สมรสมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 27.39 พ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัว ไม่ต้องการให้ท่านมีบุตรตั้งแต่วัยรุ่น ร้อยละ 68.79หลังจากท่านคลอดบุตร พ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัว ให้มารดาวัยรุ่นคุมกำเนิด ร้อยละ75.80 และเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัวให้คำปรึกษาได้ ร้อยละ 54.78 ให้คำปรึกษาไม่ได้ ร้อยละ 45.22 กรณีพ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัว ให้คำปรึกษาไม่ได้ เลือกที่จะปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 61.97 สำหรับอิทธิพลจากเพื่อน มีเพื่อนอยู่ด้วยกันก่อนสมรส ร้อยละ 42.04 เพื่อน มีบุตรตอนเป็นวัยรุ่น ร้อยละ 40.13 เพื่อน ที่มีการเปลี่ยนคู่สมรสมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 29.30 เพื่อนที่อยู่ด้วยกันส่วนใหญ่ มีการคุมกำเนิด วิธีการหลั่งภายนอก ร้อยละ 54.78 กลุ่มเพื่อนที่ชอบดูสื่อ คลิป หรือวิดีโอ เรื่องราวความรักและการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 20.38 มีเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่มักชวนไปเที่ยวสถานบันเทิง/ผับ ร้อยละ 27.39 มีเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่มักชวนไปดื่มสุรา และเครื่องดื่มมึนเมา ร้อยละ 46.50 มีเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่มักชวนไปใช้สารเสพติด (ยาเลิฟ ยาอี ยาบ้า ยาไอซ์) ร้อยละ 13.38 ด้านความรู้ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำภาพรวมมีความรู้ในระดับปานกลาง (6 - 9 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 7.28 (SD 3.69) ทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น พบทัศนคติภาพรวมอยู่ในระดับกลาง (11-20 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 15.67 (SD 3.87) ด้านการรับรู้ความสามารถ ในการป้องกันการตั้งซ้ำ พบภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (0-10 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 9.16 (SD 1.77)

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 : ด้วยสถิติ Chi-Square Test พบความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น กับอายุมารดาวัยรุ่น สถานะการศึกษา หลังคลอด รายได้ของครอบครัว การตั้งใจมีบุตร การวางแผนเลี้ยงดูบุตร การรับบริการฝากครรภ์ของมารดาวัยรุ่น การรับบริการจากคลินิกวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นทั้งก่อนการตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร การเปลี่ยนคู่สมรส อิทธิพลจากเพื่อน มีเพื่อนอยู่ด้วยกันก่อนสมรส เพื่อน มีการเปลี่ยนคู่สมรสมากกว่า 1 ครั้ง และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ไม่พบความสัมพันธ์มารดาวัยรุ่น ตั้งครรภ์ครั้งที่ วิธีการคลอด น้ำหนักบุตรเมื่อแรกคลอด สถานะ การศึกษาขณะตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพก่อนตั้งครรภ์ การพักอยู่อาศัย รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตร อายุสามี ระดับการศึกษาสูงสุดของสามี การประกอบอาชีพของสามี อิทธิพลจากครอบครัว เพื่อนมีบุตรตอนเป็นวัยรุ่น การคุมกำเนิดของเพื่อน เพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่ชอบดูสื่อ คลิป หรือวิดีโอ เรื่องราวความรักและการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่มักชวนไปเที่ยวสถานบันเทิง/ผับ เพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่มักชวนไปดื่มสุรา และเครื่องดื่มมึนเมา เพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่มักชวนไปใช้สารเสพติด (ยาเลิฟ ยาอี ยาบ้า ยาไอซ์) ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 : ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression พบอายุมารดาวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่ามารดาอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 93 [(0.07-1) *100] สำหรับสถานะการศึกษาหลังคลอด พบว่า มารดาวัยรุ่นอยู่บ้านเพื่อเลี้ยงดูบุตรมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่าการศึกษานอกโรงเรียน ร้อยละ 79 [(0.21-1) * 100] รายได้ของครอบครัว เพียงพอ ไม่เหลือเก็บมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่า เพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 81 [(0.19-1) * 100] การตั้งใจมีบุตร พบมารดาวัยรุ่นที่ตั้งใจมีบุตร มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจมีบุตร ร้อยละ 63 [(0.37-1) * 100] การวางแผนเลี้ยงดูบุตร พบว่ามารดาวัยรุ่นวางแผนให้บิดามารดาเลี้ยงดูบุตรจะมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่าการเลี้ยงดูบุตรร่วมกับสามี ร้อยละ 68 [(0.32-1) * 100] การรับบริการฝากครรภ์ของมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่เข้ารับการฝากครรภ์ ร้อยละ 54 [(0.46-1) * 100] การรับบริการจากคลินิกวางแผนครอบครัว พบการเข้ารับบริการวางแผนครอบครัว มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่าการไม่เข้ารับบริการ ร้อยละ 72 [(0.28-1) * 100]

การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นก่อนการตั้งครรภ์ พบว่า ถุงยางอนามัย มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่ายาฝังคุมกำเนิด ถึง 7.6 เท่า และหลังคลอดบุตรยาเม็ดคุมกำเนิด มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำ สูงกว่ายาฝังคุมกำเนิด 5.6 เท่า การเปลี่ยนคู่สมรส พบการเป็นคู่สมรสเดิม มี โอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่าการมีคู่สมรสใหม่ ร้อยละ 64 [(0.36-1) * 100] ด้านอิทธิพลจากเพื่อน พบว่า การไม่มีเพื่อนอยู่ด้วยกัน ก่อนสมรส มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่าการมีเพื่อนอยู่ด้วยกันก่อนสมรส ร้อยละ 51 [(0.49-1) * 100] เพื่อนไม่มีการเปลี่ยนคู่สมรสมากกว่า 1 ครั้ง มีโอกาสตั้งครรภ์น้อยกว่าเพื่อนมีการเปลี่ยนคู่สมรส มากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 49 [(0.51-1) * 100] และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในระดับต่ำ มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ ถึง 6.5 เท่า ของมารดาวัยรุ่นที่มีความสามารถ ในการรับรู้ระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ทั้งก่อนตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตรเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ โดย การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นก่อนตั้งครรภ์ด้วยถุงยางอนามัยมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่ายาฝังคุมกำเนิด 7.6 เท่า การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำ สูงกว่ายาฝังคุมกำเนิด 5.6 เท่า แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการคุม กำเนิดที่คุมได้ดีและคุมได้ระยะเวลานาน แม้ว่าจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำ เลือกวิธีการคุมกำเนิดชนิดยาฝังคุมกำเนิดน้อย ก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 3.18 และหลังคลอดบุตร ร้อยละ 16.56 สอดคล้องกับการศึกษาของไพลิน เชิญทอง และสุมาลี สายบุบผา[9] พบว่า ก่อนตั้งครรภ์การคุมกำเนิดส่วนใหญ่เลือกการคุมกำเนิดแบบยาเม็ดและถุงยางอนามัย เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด เพราะต้องการที่จะคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น กลัวผลข้างเคียงของยา และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฝังยาคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา ปลดเปลื้อง[10] ที่พบว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำสาเหตุเกิดจากการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ โดยที่วัยรุ่นหญิงกินยาเม็ดคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และสามีของวัยรุ่นใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของธน ปัญญาดิลก และเรณู ชูนิล[11] ที่พบว่า ในโรงพยาบาลของรัฐกลุ่มวัยรุ่นไม่มารับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหรือมารับบริการจำนวนน้อย เนื่องจากการมีทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่คลาดเคลื่อนของวัยรุ่นและทัศนคติต่อโรงพยาบาลรัฐ เพราะไม่มีความเป็นส่วนตัวและมี

การรอรับบริการที่ยาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ที่ระบุว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มักได้รับความรู้เรื่องเพศและการคุมกำเนิดจากเพื่อน และเพื่อนมีความรู้ที่ไม่ดีพอ และร้านขายยาก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่วัยรุ่นหญิงเลือกรับบริการซื้อยาคุมกำเนิด เนื่องจากเข้าถึงง่ายและการให้บริการที่รวดเร็ว แต่ก็อาจทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องสมบูรณ์ได้ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aemsamarng, Srisuriyawet & Homsin[12] พบว่า การคุมกำเนิด หญิงวัยรุ่นที่มีประวัติไม่คุมกำเนิด หรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำเป็น 3.34 เท่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นหญิงที่คุมกำเนิดสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับ Damle, Gohari, McEvoy, Desal & Gomez–Lobo[13] ที่พบว่าการส่งเสริมการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมการให้บริการคุมกำเนิด ทันที หลังคลอด หรือก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาล เพราะการไม่คุมกำเนิดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำได้เป็น 2.247 เท่า วิธีการคุมกำเนิดที่แนะนำได้แก่ การใส่ห่วงอนามัย และการฝังยาคุมกำเนิด เพราะทั้ง 2 วิธี นี้มีความสัมพันธ์ต่อการลดการตั้งครรภ์ซ้ำได้ 0.118 เท่าสำหรับอีกหนึ่งปัจจัยที่พบว่าเป็นปัจจัยทำนายที่ ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ พบว่า การรับรู้ความสามารถ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในระดับต่ำ เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำสูงเป็น 6.5 เท่าของมารดาวัยรุ่นที่มีความสามารถในการรับรู้ระดับสูง จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการป้องกันในระดับต่ำทำนายความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์, สมจิตร เมืองพล[14] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่รับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับดีมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำน้อย เพียง 0.213 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษา ของพิมพ์วดี โรจน์เรืองนนท์, อลิสา นิติธรรม, สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย[15] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถ ในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ การเลือก ใช้วิธีการคุมกำเนิด, การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ ก่อ ให้เกิดการตั้งครรภ์, ทักษะการปฏิเสธ และแหล่งสนับสนุนหรือทางออกเมื่อเกิดปัญหา มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

นำข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4ไปพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น รวมทั้งมีการศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และเพิ่มความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ โดยการได้รับความกรุณาจากท่านผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี อบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบคุณ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่น และกลุ่มพัฒนานวัตกรรม วิจัย และส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการออกแบบรูปแบบการวิจัย ตลอดจนพื้นที่เป้าหมายของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดลพบุรี และจังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและ เยาวชนปี2560. [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 25 มกราคม 2567]. จากhttps://shorturl.asia/RXAj4

2.สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล (HDC). (2565). [ออนไลน์] 2565 [อ้างเมื่อ 22 มกราคม 2567]. จากhttps://hdcservice.moph.go.th.

3.สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2561; 2562.

4.มนฤดี เตชะอินทร์ และพรรณี ศิริวรรธนาภา. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. [ออนไลน์] 2555 [อ้างเมื่อ 25 มกราคม 2567]. จาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/2

5.พีระยุทธ สานุกูล และพียงจิตต์ ธารไพรสาณฑ์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. Thai Pharm Health Sci J. 2008; 3(1): 97-102.

6.Khunpradit S. Low Birth Weight: Fetal origins of adult disease. Chula Med J 2004;361: 298-9

7.กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง และคณะ. ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.

8.ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร. ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย:กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2557; 32(2): 23 - 31.

9.ไพลิน เชิญทอง, สุมาลี สายบุบผา. การคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 1. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (2562). ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2562. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

10.อัญญา ปลดเปลื้อง. ประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (2564). ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - มิถุนายน 2564.

11.สุธน ปัญญาดิลก และเรณู ชูนิล. โครงการวิจัยการบริหารจัดการระบบการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

12.Aemsamarng, P., Srisuriyawet, R. & Homsin. PRisk factors of unintended Repeated pregnancy among adolescents. The Public Health Journal of BuraphaUniversity. 2013; 8(1): 56–67. [In Thai]

13.Damle, L. F., Gohari, A. C., McEvoy, A. K., Desale, S. Y., & Gomez-Lobo, V. (2015). Early initiation of postpartum contraception: Does it decrease rapid repeated pregnancy in adolescents? Pediatric and Adolescent Gynecology, 28: 57 – 62.

14.อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ , สมจิตร เมืองพิล. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจ ตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น นิพนธ์ต้นฉบับ ศรีนครินทร์เวชสาร 2558; 30(3): 262-269.

15.พิมพ์วดี โรจน์เรืองนนท์, อลิสา นิติธรรม, สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. (2560). นิพนธ์ต้นฉบับ. ปีที่ 36. ฉบับที่ 2, มีนาคม-เมษายน 2560

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพ ตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of health care model for pediatric asthma with patients to provide access to quality services of disease-specific standards seamlessly in Phonthong Hospital, Roi-Et Province

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

นิตยา บริสุทธิ์สุขศรี[1]
Nittaya Boorisutsuksri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กโรคหืด และ ญาติผู้ดูแล จำนวน 64 คนเท่ากัน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและแบบสามเส้าร่วมกัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 64 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.94 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 45.31 อายุเฉลี่ย 6.25 ปี มีประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัว ร้อยละ 60.94 มีคนสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 70.31 สัตว์เลี้ยงในบ้านส่วนมากเลี้ยงหมาและแมว ร้อยละ 43.75 การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านส่วนมากไม่ได้จัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน ร้อยละ 65.63 การศึกษาของผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ระดับการควบคุมอาการโรคหืดส่วนมากควบคุมได้บางส่วน ร้อยละ 68.75 การใช้ยาพ่นควบคุมอาการชนิดสเตียรอยด์สม่ำเสมอทุกวันร้อยละ 84.00 โรคภูมิแพ้ที่พบร่วม ได้แก่ โพรงจมูกอักเสบ ร้อยละ 32.81 และผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง ร้อยละ7.81 ตามลำดับ การทดสอบคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และความพึงพอใจในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่า เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t=5.66, 5.22$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด, คุณภาพคลินิกโรคหืด, การบริการแบบไร้รอยต่อ

Abstract

This research was action research aimed to development model for care pediatric asthma patients to quality services according to disease-specific standards in Phonthong Hospital Roi Et Province. Sample was pediatric with asthma patients and relatives home health care included 64 people, multidisciplinary health team of 7 people, and network partners. Analyze general information with frequency, percentage, arithmetic mean and standard deviation and compare differences Level of confidence in caring for pediatric patients with asthma Satisfaction level of caregivers with Paired t-test statistics. In the qualitative data, content and triangulation data analyzed. Results of study found sample group in pediatric patients with asthma 64 people, were male 60.94%, age range of 6-10 years was 45.31%, average age 6.25 years, history of allergies in the family 60.94%, People in family had smokers in home 70.31%, most pets in the home are dogs and cats 43.75%, environmental management in home most do not manage environment 65.63%, education of most caretakers is at the primary school level 50.00%, level of control asthma symptoms were partially controlled 68.75%, Using steroid inhalers to control symptoms regularly every day 84.00%. Common allergies include rhinitis 32.81% and allergic skin rashes 7.81% respectively. Test of scores in

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

confidence level and satisfaction level was found to increase with statistical significance ($p<0.05$, $t=5.66$, 5.22, respectively).

Keywords: Development of health care model for pediatric asthma patients, asthma clinic quality, seamless care service

บทนำ

สถานการณ์โลกพบว่าโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกมากกว่า 300 ล้านคน และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีอัตราสูงขึ้นถึง 400 ล้านคน ส่วนมากมักในวัยเด็ก อุบัติการณ์ของโรคหืดเป็นร้อยละ 10.7 และ 6.1 ในเด็กอายุ 6-7 ปีและร้อยละ 15.9 และ 9.9 ในเด็กอายุ 13-14 ปี โดยอุบัติการณ์ของโรคหืดในเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าในช่วงระยะเวลา 10 ปี การรักษาโรคหืดคือการที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะควบคุมโรคหืด การควบคุมโรคหืดเป็น 3 ระดับ คือ กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ ควบคุมอาการได้ไม่ดี และกลุ่มที่ควบคุมอาการไม่ได้ การรักษาภาวะอักเสบเรื้อรังทางเดินหายใจด้วยยาต้านการอักเสบ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเพื่อให้เข้าใจและปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตัวเองได้เบื้องต้น National Asthma Education and Prevention Program และ Global Initiative for Asthma Guideline (GINA) ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปโรคหืด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหา[1]

สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคหืดของผู้ป่วยในผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 3.0-7.0 และในเด็กร้อยละ 10.0- 15.0 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหืดเท่ากับ 0.86 ต่อผู้ป่วย 100,000 คน ผู้ป่วยโรคหืดเด็กชายต่อเด็กหญิงเท่ากับ 2:1 ผู้ป่วยสองในสามของทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดก่อนอายุ 18 ปี เด็กไทย 2,000 คน ร้อยละ 25-30 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหอบในอายุขวบปีแรก ร้อยละ 50 เริ่มหอบอายุ 2 ปีแรก และร้อยละ 50 เริ่มหอบในอายุ 5 ปี ประชากรเด็กไทยอายุไม่น้อยกว่า 1.8 ล้านคนที่เป็นโรคหืด เสียชีวิตประมาณปีละ วันละ 3 คน จำนวน 300,000 คน ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและต้องรักษาด้วยการใช้ยาสูดพ่นเพื่อลดการอักเสบในโรงพยาบาล นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประทศไทย[2]

คุณภาพมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในปัจจุบันใช้แนวทางการรักษาทิศทางเดียวกันกับองค์การอนามัยโลก และ Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) เป็นแนวทาง Global Initiative for Asthma (GINA) และเป็นแนวทางรักษาโรคหืดของประเทศไทย เน้นการใช้ยาพ้นที่มีสเตียรอยด์เพื่อระงับอาการอักเสบของหลอด ลม และส่งเสริมการรักษาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ความรุนแรงของโรคหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ การจัดแผนการรักษาทั้งในระยะ acute และ chronic พยาธิสภาพของโรคหืดเกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมซึ่งมีผลจากปัจจัยพันธุกรรมและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีดแน่นหน้าอก และมีอาการหอบเหนื่อย พบได้ในคนทุกวัย ตั้งแต่ในเด็กจนถึงคนสูงอายุและพบมากในคนที่ มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัวผู้ป่วยที่มีอาการหอบบ่อยจะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต เศรษฐกิจและครอบครัว โรคหืดเป็นโรคทางอายุรกรรมที่ทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินที่สำคัญเมื่อเกิดอาการทอบกำเริบ ผู้ป่วยจะต้องมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งหากมารับการรักษาล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้[3]

การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ได้ประยุกต์ใช้จากการนำเอา GINA guideline มาปรับโดยเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน การควบคุมโรคหืดในไทยยังต่ำกว่าระดับมาตรฐาน ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่มีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าคนปกติ เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนคนทั่วไป สาเหตุสำคัญคือไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาที่ให้คำแนะนำ เนื่องจากแนวทางการ

รักษาโรคหืดยุ่งยากซับซ้อนทำให้ยากต่อการปฏิบัติตาม เช่น การจำแนกความรุนแรงของโรคหืด การให้ยารักษาตามระดับความรุนแรงของโรค และแพทย์ไม่มีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด การแก้ปัญหาจะต้องทำให้แนวทางการรักษาโรคหืด เป็นแบบง่าย เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ สามารถปฏิบัติการจัดระบบที่จะทำให้แพทย์ใช้เวลาน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย บทบาทของพยาบาล เภสัชกร ครอบครัว และชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วย การจัดตั้งคลินิกโรคหืด (easy asthma clinic) โรงพยาบาลชุมชนทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคหืดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ต้องทุกข์ทรมานกับอาการหอบและสามารอลดการเข้ารีบการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาล[4]

โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 150 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอกมีหน้าที่รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมไปถึงคลินิกหอบหืดเด็กในแผนกกุมารเวชกรรม พบปัญหาผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มเป็นโรคหืดเพิ่มมากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์ ในปี 2563- 2565 ผู้ป่วยอายุ 0-15 ปี มีผู้รับบริการ 226, 289, 359 ตามลำดับ เข้ารับการรักษาต่อครั้งต่อปีเป็นจำนวน 875, 721, 580 ครั้งตามลำดับ และผู้ป่วยเด็กพบว่าเกิดอาการกำเริบซ้ำ ปัญหาที่พบคือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดบขาดความรู้ความเข้าใจทำให้การดูแลเบื้องต้นขณะมีอาการหืดกำเริบไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเด็กบางรายได้รับการวินิจฉัยช้า ไม่ถูกส่งขึ้นทะเบียนในคลินิกหอบหืดจึงขาดข้อมูลรักษาอย่างต่อเนื่อง[5]

จากสภาพปัญหาที่ กล่าวมาข้างดันผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จึงมีความสนใจ ศึกษาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ ร่วมกับคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อให้ได้รับบริการที่ถูกต้อง ปลอดภัย ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยและญาติในการดูแลและปฏิบัติตน การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ปัญหา พัฒนา และใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มิถุนายน 2564-เมษายน ปี 2565 รวมระยะเวลา 11 เดือน ดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด (มิถุนายน 2564) ระยะดำเนินการ (กรกฎาคม-ธันวาคม 2564) และระยะการประเมินผลและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการทุก 2 เดือน และปรับปรุงใหม่รวม 2 ครั้ง (มกราคม-เมษายน 2565) โดยการทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด การดำเนินงานคลินิกโรคหืดคุณภาพ การสร้างความมั่นใจในผู้ดูแล ความพึงพอใจ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร ผู้ป่วยเด็กโรคหืดและญาติผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 64 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 64 คน รวมจำนวน 128 คน ในช่วงเดือน มิถุนายน 2564 - เมษายน ปี 2565 คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง

(Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพในการจัดกิจกรรมประกอบด้วย ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ญาติผู้ดูแล โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและสนทนากลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ 2) แบบประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 10 ข้อ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 5 ข้อ 4) แบบทดสอบความรู้ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 10 ข้อ 5) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคหืดทางคลินิก จำนวน 9 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ความพึงพอใจ ของผู้ดูแล ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาความคิดเห็นด้านบริการแผนกผู้ป่วยนอก ปัญหาอุปสรรค และความต้องการเป็นสำคัญ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 39 คน ร้อยละ 60.94 เพศหญิง จำนวน 25 คน ร้อยละ 39.06 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 29 คน ร้อยละ 45.31 รองลงมา 1-5 ปี จำนวน 22 คน ร้อยละ 34.38 และต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 6.25 ปี มีประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัว จำนวน 39 คนร้อยละ 60.94 มีคนสูบบุหรี่ในบ้าน จำนวน 45 คน ร้อยละ 70.31 สัตว์เลี้ยงในบ้านส่วนมากเลี้ยงหมาและแมว จำนวน 28 คน ร้อยละ 43.75 รองลงมาเลี้ยงสุนัขจำนวน 23 คน ร้อยละ 35.94 และ เลี้ยงแมวจำนวน 13 คน ร้อยละ 20.31 ตามลำดับ การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านส่วนมากไม่ได้จัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน จำนวน 42 คน ร้อยละ 65.63 รองลงมามีการซักผ้าปูทำความสะอาดพรมมากกว่า 1 วิธี จำนวน 15 คน ร้อยละ 23.44 และ นำตุ๊กตาหรือพรม ออกจากห้องนอน จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.25 ตามลำดับ การศึกษาของผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 32 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมา มัธยมศึกษา จำนวน 20 คน ร้อยละ 31.25 และ ปริญญาตรี จำนวน 9 คน ร้อยละ 14.06 ตามลำดับ ระดับการควบคุมอาการโรคหืด ส่วนมากควบคุมได้บางส่วน จำนวน 44 คน ร้อยละ 68.75 รองลงมาควบคุมได้ จำนวน 20 คน ร้อยละ 31.25 ตามลำดับ การใช้ยาพ่นควบคุมอาการชนิดสเตียรอยด์ส่วนมากใช้สม่ำเสมอทุกวัน จำนวน 54 คน ร้อยละ 84.38 และ ใช้ไม่สม่ำเสมอ จำนวน 10 คน ร้อยละ15.63 โรคภูมิแพ้ที่พบร่วม ส่วนมากปกติไม่มีโรคร่วม จำนวน 38 คน ร้อยละ 59.38 รองลงมาเป็นโรค โพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ จำนวน 21 คน ร้อยละ 32.81 และผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง จำนวน 5 คน ร้อยละ7.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัญหา บริบทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 150 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพ โดยแผนกผู้ป่วยนอกมีหน้าที่ รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งรวมไปถึงคลินิกหอบหืดเด็กที่แผนกกุมารเวชกรรม (OPD เด็ก) พบอุบัติการณ์

การเกิดโรคหอบหืดในเด็กเพิ่มมากขึ้น พบอาการกำเริบซ้ำ (Asthmatic attack) ที่เข้ารักษาที่แผนกฉุกเฉินเกินเป้าหมายที่กำหนดมากกว่าร้อยละ 10 อัตราการนอนในโรงพยาบาลเกินเป้าหมายที่กำหนดเกินร้อยละ 10 ของการรักษา ปัญหาผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดบขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้การดูแลเบื้องต้นขณะมีอาการหืดกำเริบไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเด็กบางรายได้รับการวินิจฉัยช้าไม่ถูกส่งขึ้นทะเบียนในคลินิกหอบ ขั้นตอนในการให้บริการมีหลายขั้นตอนทำให้เสียเวลารอคอย คลินิก Easy Asthma ยังไม่เป็น One stop service มีการให้บริการแบบแยกส่วน ยังขาดการประสานงานในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างทีม ผู้ป่วยและผู้ดูแลแม้จะมีท่าทีในการรับฟัง ยังขาดความสนใจ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคหอบหืด ความรุนแรงของโรคการป้องกันที่ทำให้เกิดอาการหอบซ้ำ รวมไปถึงการใช้ยาพ่นที่ไม่ถูกต้อง การวางแผนการจำหน่ายไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีการจัดตั้งคลินิกหอบหืดอย่างง่าย แต่รูปแบบแนวทางยังไม่ชัดเจน มีการทำงานในรูปแบบงานประจำ และปฏิบัติตามตัวชี้วัดผู้ป่วยเด็กโรคหืดบางส่วนไม่ได้พบกุมารแพทย์ การติดตามให้มารับการรักษาตามนัดยังต่ำอยู่ มีอัตราการกลับรักษาซ้ำที่สูงขึ้น และขาดการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการติดตามต่อที่บ้านจำนวนผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มมากขึ้น ทำให้ภาระงานของกุมารแพทย์มีมากขึ้น การเข้าถึงในระบบการรักษาในผู้ป่วยเด็กโรคหืดในชุมชนมีน้อยมาก เนื่องจากไม่ทราบว่ามีบริการรักษาในโรงพยาบาลโพนทอง และไม่ทราบว่ามีกุมารแพทย์ที่มีความสามารถในการรักษาโดยเฉพาะ พบปัญหาอำเภอข้างเคียงไม่มีกุมารแพทย์ และขาดคำปรึกษาและพบผู้ป่วยเด็กโรคหืดในอำเภอข้างเคียงดูแลได้ไม่ครอบคลุม และมารับบริการที่โรงพยาบาลโพนทองเพิ่มมากขึ้นอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกหอบหืดเด็กไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีอัตราการมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ทีมบุคลากรในการทำงานคลินิกหอบหืดเด็ก การให้บริการแบบแยกส่วนยังขาดการประสานงานในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างทีม

กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้

1) โรงพยาบาลโพนทองได้พัฒนาคลินิกหอบหืดอย่างง่ายให้เป็นระบบมากขึ้น โดยเน้นมาตรฐานและความพึงพอใจเป็นสำคัญ โดย สัปดาห์หนึ่งมี 2 วัน คือ วันอังคาร พฤหัสบดี เนื่องจากการจัดตั้งคลินิกหอบหืดอย่างง่าย ต้องปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับสมบูรณ์) พ.ศ. 2564 อย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยและได้มาตรฐาน และมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลโพนทองมากที่สุด

2) ผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดจะถูกส่งพบกุมารแพทย์ทุกราย และในการนัดครั้งต่อไปจะมีการติดตามโดยผู้ดูแลในครอบครัว รพ.สต. และ อสม.ในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรับบริการรักษาที่คลินิกหอบหืดอย่างง่าย และเมื่อรักษาหายจะถูกส่งกลับให้ รพ.สต. และ อสม.ในพื้นที่ติดตามดูแลแบบไร้รอยต่อ เนื่องจากการเพิ่มช่องทางให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบกุมารแพทย์ทุกคน ทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องแม่นยำ การติดตามให้มาตามนัด รวมถึงการดูแลรักษาต่อในชุมชน โดยครอบครัวผู้ดูแล รพ.สต. และ อสม.ในพื้นที่ เป็นการดูแลแบบไร้รอยต่อ จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จได้

3) พัฒนาระบบการออกตรวจโรคหืดของแพทย์ให้เหมาะกับบริบทในพื้นที่มากขึ้น โดยเพิ่มกุมารแพทย์ออกตรวจ 2 คน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เพิ่มมากขึ้นการเพิ่มช่องทางให้มีแพทย์ตรวจพร้อมกัน 2 คน ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น แพทย์มีเวลาตรวจมากขึ้น ลดภาระการทำงานของแพทย์ที่ต้องแบกรับจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีมากขึ้นในแต่ละวัน

4) ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานในบอร์ดประชาสัมพันธ์ หอกระจายข่าวโรงพยาบาล หอกระจายข่าวชุมชน ให้ทราบในการจัดตั้งคลินิกหอบหืดอย่างง่ายในแผนกกุมารเวชกรรม ในฝ่ายผู้ป่วย

นอกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดในพื้นที่ เนื่องจากปัญหาผู้ป่วยเด็กโรคหืดในพื้นที่นับว่าเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากมีการสะสมของปัญหา และกระทบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที การเพิ่มช่องทางการรักษา และประชาสัมพันธ์ จะสามารถลดปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพลงได้

5) พัฒนาระบบให้อำเภอข้างเคียง ให้สามารถขอคำปรึกษา และส่งต่อการรักษา ในโรงพยาบาลที่ไม่มีกุมารแพทย์ ได้แก่ อำเภอหนองพอก อำเภอเมยวดี อำเภอโพธิชัย ทำการส่งต่อเพื่อเข้ามาประเมินในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดได้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากการพัฒนาระบบดังกล่าวทำให้อำเภอข้างเคียงมีการขอคำปรึกษากับกุมารแพทย์โดยตรง ทำให้การรักษาแม่นยำและถูกต้องการส่งต่อที่ถูกต้องเป็นระบบรวดเร็วทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดเข้าถึงการรักษาในระบบสุขภาพได้ครอบคลุมขึ้น

6) พัฒนาพัฒนาระบบในการจัดอัตรากำลังพยาบาลเสริมในวันที่มีคลินิกโรคหืดวันอังคาร และวันพฤหัสบดี โดยจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน ให้เหมาะกับบริบทในพื้นที่มากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เพิ่มมากขึ้น การเพิ่มช่องทางให้การพยาบาลที่คลอบคลุมที่ช่วยในการซักประวัติ การให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น มีเวลาในการพูดคุยสอน ให้คำแนะนำต่างๆมากขึ้น ลดภาระการทำงานของพยาบาลที่ต้องแบกรับจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีมากขึ้นในแต่ละวัน

7) จัดตั้งทีมในคลินิกหอบหืดอย่างง่ายในแผนกกุมารเวชกรรม ในฝ่ายผู้ป่วยนอก จัดให้มี One stop service ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตกรรม กายภาพ เพื่อทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้รับบริการที่ครบวงจรและรวดเร็วขึ้น ลดระยะการรอคอย เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดเนื่องจากการจัดตั้งคลินิกหอบหืดอย่างง่าย ต้องปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับสมบูรณ์) พ.ศ. 2564 จึงจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดได้รับการดูแลที่มี คุณภาพมาตรฐานในการรักษาตามแนวทางการรักษา

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

1) ผลการประเมินความรู้สหวิชาชีพ พบว่าตอบถูกมากที่สุดในข้อ การวินิจฉัยโรคหืดในเด็กอาศัยเพียงการตรวจสมรรถภาพปอดก็ทำได้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 รองลงมา อาการหายใจมีเสียงหวีด โดยเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง มักจะเกิดขึ้นในเวลากลางคืน หรือเช้าตรู่ จะหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา จำนวน 9 คน คิดเป็น ร้อยละ 81.82 และ โรคหืดในเด็กมักพบร่วมกับ เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ หรือ ภาวะภูมิแพ้ต่ออาหาร จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับดี

2) ผลการประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด การประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่า ส่วนมากมีความมั่นใจมากที่สุดในข้อ ผู้ดูแลสามารถประเมินได้ทุกครั้งว่าเด็กกำลังมีอาการหอบหืดกำเริบ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 34.38 รองลงมาคือ ผู้ดูแลทราบว่ามีสิ่งใดบ้างที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิด อาการหอบหืดกำเริบ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 32.81 และ ผู้ดูแลสามารถประเมินได้ว่าเมื่อใดควรใช้ยาพ่น ขยายหลอดลม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 ตามลำดับ

3) ผลการประเมินความพึงพอใจในผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด การประเมินความพึงพอใจในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง ประสิทธิภาพของคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 34.38 รองลงมาคือ ความรู้ความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 21 คน

ร้อยละ 32.81 และอัธยาศัยไมตรี และความเต็มใจของบุคลากรในคลินิกดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 20 ร้อยละ 31.25 ตามลำดับ

4) ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนความมั่นใจในการดูแล และระดับคะแนนความพึงพอใจก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการทดสอบคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดในผู้ดูแล ภายหลังรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่า 3.65 คะแนน คะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดภายหลังการพัฒนาอยู่ใน ระดับดี มีค่า 4.64 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ภายหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.66) การทดสอบคะแนนความพึงพอใจในผู้ดูแล ภายหลังรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า คะแนนความพึงพอใจในผู้ดูแล เพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่า 3.66 คะแนน คะแนนความพึงพอใจในผู้ดูแล ภายหลังการพัฒนาอยู่ใน ระดับดี มีค่า 4.08 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจในผู้ดูแล ภายหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด คะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้น ก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.22) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจ คะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบฯ (n=64)

รายการทดสอบ	แปลผล	Mean	S.D.	t	p-value
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด					
ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ	ปานกลาง	3.65	0.43	5.66	<.001*
หลังการพัฒนารูปแบบฯ	ดี	4.21	0.58		
ความพึงพอใจในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด					
ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ	ปานกลาง	3.66	0.40	5.22	<.001*
หลังการพัฒนารูปแบบฯ	ดี	4.08	0.55		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้การศึกษาบริบทและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 64 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 6-10 ปี มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ มีคนสูบบุหรี่ในบ้าน มีสัตว์เลี้ยงในบ้านส่วนมากเลี้ยงหมาและแมวร่วมกัน การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านส่วนมากไม่ได้จัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน การศึกษาของผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ระดับการควบคุมอาการโรคหืดส่วนมากควบคุมได้บางส่วน การใช้ยาพ่นควบคุมอาการชนิดสเตียรอยด์ส่วนมากใช้สม่ำเสมอทุกวัน โรคภูมิแพ้ที่พบร่วม คือ โพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้และผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง สอดคล้องกับ เบญจารัตน์ ทรรทรานนท์[6] ปัญหาผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้การดูแลเบื้องต้นขณะมีอาการหืดกำเริบไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเด็กบางรายได้รับการวินิจฉัยช้าไม่ถูกส่งขึ้นทะเบียนในคลินิกหอบ ขั้นตอนในการให้บริการมีหลายขั้นตอน ทำให้

เสียเวลารอคอย คลินิก Easy Asthma ยังไม่เป็น One stop service มีการให้บริการแบบแยกส่วน ยังขาดการประสานงานในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างทีม ผู้ป่วยและผู้ดูแลแม้จะมีท่าทีในการรับฟัง ยังขาดความสนใจ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคหอบหืด ความรุนแรงของโรคการป้องกันที่ทำให้เกิดอาการหอบซ้ำ ปัญหาของรูปแบบเดิม จากการทบทวนสนทนากลุ่ม ระดมสมอง พบว่า รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีการจัดตั้งคลินิกหอบหืดอย่างง่าย แต่รูปแบบแนวทางยังไม่ชัดเจน มีการทำงานในรูปแบบงานประจำ และปฏิบัติตามตัวชี้วัดผู้ป่วยเด็กโรคหืดบางส่วนไม่ได้พบกุมารแพทย์ การติดตามให้มารับการรักษาตามนัดยังต่ำอยู่ มีอัตราการกลับรักษาซ้ำที่สูงขึ้น และขาดการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการติดตามต่อที่บ้านจำนวนผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มมากขึ้น ทำให้ภาระงานของกุมารแพทย์มีมากขึ้น การเข้าถึงในระบบการรักษาในผู้ป่วยเด็กโรคหืดในชุมชนมีน้อยมาก เนื่องจากไม่ทราบว่ามีบริการรักษาในโรงพยาบาลโพนทอง และไม่ทราบว่ามีกุมารแพทย์ที่มีความสามารถในการรักษาโดยเฉพาะ พบปัญหาอำเภอข้างเคียงไม่มีกุมารแพทย์และขาดคำปรึกษา และพบผู้ป่วยเด็กโรคหืดในอำเภอข้างเคียงดูแลได้ไม่ครอบคลุม และมารับบริการที่โรงพยาบาลโพนทองเพิ่มมากขึ้นอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกหอบหืดเด็กไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีอัตราการมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ทีมบุคลากรในการทำงานคลินิกหอบหืดเด็ก การให้บริการแบบแยกส่วน ยังขาดกาประสานงานในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างทีม รวมไปถึงการใช้ยาพ่นที่ไม่ถูกต้อง การวางแผนการจำหน่ายไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับ วันเพ็ญ ทิพม่อม[7] และสอดคล้องกับ วงษ์เดือน จุแดง และคณะ[8]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ภายหลังการทบทวนปัญหารูปแบบเดิมได้พัฒนากระบวนการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ประกอบด้วย 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) โรงพยาบาลโพนทองได้พัฒนาคลินิกหอบหืดอย่างง่ายให้เป็นระบบมากขึ้น 2) ผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดจะถูกส่งพบกุมารแพทย์ทุกราย และในการนัดครั้งต่อไปจะมีการติดตามโดยผู้ดูแลในครอบครัว รพ.สต. และ อสม. ในชุมชน 3) พัฒนาระบบการออกตรวจโรคหืดของแพทย์ให้เหมาะกับบริบทในพื้นที่มากขึ้น โดยเพิ่มกุมารแพทย์ออกตรวจ 2 คน 4) ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานในบอร์ดประชาสัมพันธ์ หอกระจายข่าวโรงพยาบาล หอกระจายข่าวชุมชน ให้ทราบในการจัดตั้งคลินิกหอบหืดอย่างง่าย 5) พัฒนาระบบให้อำเภอข้างเคียง ให้สามารถขอคำปรึกษา และส่งต่อการรักษาในโรงพยาบาลโพนทองได้ 6) พัฒนาระบบในการจัดอัตรากำลังพยาบาลเสริมในวันที่มีคลินิกโรคหืดวันอังคาร และวันพฤหัสบดี โดยจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน ให้เหมาะกับบริบทในพื้นที่มากขึ้น 7) จัดตั้งทีมในคลินิกหอบหืดอย่างง่ายในแผนกกุมารเวชกรรม ในฝ่ายผู้ป่วยนอก จัดให้มี One stop service สอดคล้องกับพนารัตน์ มัชปะโม[9]

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กภายหลังการพัฒนาพบว่า ผลการประเมินความรู้สหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดการทดสอบความรู้สหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่าตอบถูกมากที่สุดในข้อการวินิจฉัยโรคหืดในเด็กอาศัยเพียงการตรวจสมรรถภาพปอดก็ทำได้ รองลงมามีอาการหายใจมีเสียงหวีดโดยเป็นซ้ำหลายๆ ครั้งมักจะเกิดขึ้นในเวลากลางคืน หรือเช้าตรู่จะหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา และ โรคหืดในเด็กมักพบร่วมกับ เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ หรือภาวะภูมิแพ้ต่ออาหาร สอดคล้องกับกัลยพัทธ์ นิยมวิทย์[10] ผลการประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด การประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่า ส่วนมากมีความมั่นใจมากที่สุดในข้อผู้ดูแลสามารถประเมินได้ทุกครั้งว่าเด็กกำลังมีอาการหอบหืดกำเริบ รองลงมาคือผู้ดูแลทราบว่ามีสิ่งใดบ้างที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ และผู้ดูแลสามารถประเมินได้ว่า

เมื่อใดควรใช้ยาพ่นขยายหลอดลม การเปรียบเทียบระดับความมั่นใจภายหลังการพัฒนาพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการประเมินความพึงพอใจในผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง พึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง ประสิทธิภาพของคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด รองลงมาคือความรู้ความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และอัธยาศัยไมตรีและความเต็มใจของบุคลากรในคลินิกดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจภายหลังการพัฒนาพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ชยุตรา ด่านลี และคณะ[11]

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และบูรณาการงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล รพ.สต. อสม. และดำเนินงานร่วมกันแบบไร้รอยต่อจึงประสบความสำเร็จได้

2. การบริการคลินิกโรคหืดควรบริการให้ได้มาตรฐานตามที่ประเทศกำหนดและปรับให้ตรงตามบริบทของพื้นที่ตนเองให้ได้มากที่สุด

3. การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดต้องอาศัยความรู้ความใส่ใจ และปฏิบัติงานให้คำนึงถึงมาตรฐาน ความปลอดภัย คุณภาพ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด

4. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา อย่างน้อย 6 เดือน ให้เหมาะกับบริบทโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบเฉพาะทาง จะทำให้เกิดความพึงพอใจในระดับที่เหมาะสมได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ บุคลากรโรงพยาบาลโพนทอง และผู้ป่วยเด็กและญาติผู้ดูแลที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทอง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, revised 2006. Edgewater, NJ: MCR Vision; 2006.

2.Centers for Disease Control and Prevention. National vital statistics survey, 2015–2018.

3.วันวิสา เสถียรพันธ์. กรณีศึกษาประสิทธิภาพการดูแลโรคหืดในเด็ก. แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช.กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข 2565.

4.คณะกรรมการปรับปรุงการรักษาและการป้องกันโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยเด็ก. แนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก. 2563.

5.กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโพนทอง. รายงานผู้ป่วยเด็กโรคหืดและการวิเคราะห์สถานการณ์จากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลโพนทอง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2565.

6.เบญจารัตน์ ทรรทรานนท์ และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด.[วิจัยฉบับสมบูรณ์, คณะแพทย์ศาสตร์] ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.

7.วันเพ็ญ ทิพม่อม. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.2564; 24(1), 1-10.

8.วงษ์เดือน จุแดง. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี.วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563; 39(3), 488-499.

9.พนารัตน์ มัชปะโม.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลวาปีปทุมจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข.2560; 26(5), 896-904.

10.กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.2560; 28(1), 149-160.

11.ชยุตรา ด่านลี และคณะ. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบในผู้ป่วยเด็กโรคหืด:การศึกษาเบื้องต้น.เอกสารประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 22. มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 118-125.

โปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4

Surveillance program for Iron deficiency anemia in pregnant women, Health Region 4

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

ศรีสุดา เรืองวุฒิเดช[1]
Srisuda Rueangwutidet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ อายุระหว่าง 20 - 45 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 4 (จังหวัดสระบุรี นนทบุรี อ่างทอง) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan, 1970 จำนวน 248 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสที่เสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลอายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน, ลักษณะครอบครัว, อายุครรภ์ปัจจุบัน, ลำดับการตั้งครรภ์ครั้งนี้, การฝากครรภ์, ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) มาจัดกลุ่มแจกแจงเป็นความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง โดยใช้สถิติ Paired Samples t–test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ โปรแกรมการเฝ้าระวัง ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This research is Quasi-Experimental Research. Objective to study the results of the iron deficiency anemia surveillance program. in pregnant women, health zone 4. The sample group is Pregnant women aged between 20 - 45 years who come to receive prenatal care services. In Health Zone 4 (Saraburi Province, Nonthaburi, Ang Thong) Calculate the sample size (sample size) using the formula of Krejcie and Morgan, 1970, with a total of 248 people. Tools used include: General information questionnaire. Questionnaire on perception of risk of anemia. Questionnaire on perception of severity of anemia Questionnaire on perceived benefits of anemia prevention. Questionnaire on perceived barriers to behavioral measures to prevent anemia. Knowledge questionnaire about anemia. Questionnaire on food and drug consumption behavior to prevent anemia. Data were analyzed using age, marital status, education level, occupation, average monthly family income, family characteristics, current gestational age, order of this pregnancy, prenatal care, Hematocrit (Hct) blood results. Groups to distribute frequency and percentage. Compare the mean scores on health belief patterns. Average of knowledge scores on monitoring for iron deficiency anemia Average

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย

of behavioral scores regarding prevention of behavioral practices to prevent anemia using statistics paired samples t–test.

The results of the research found that the sample group used Iron deficiency anemia surveillance program in pregnant women, health zone 4. Mean health belief pattern score. Average of knowledge scores on monitoring for iron deficiency anemia more than before using the program with statistical significance of 0.05.

Keyword Surveillance program, Iron deficiency anemia, Pregnant woman

บทนำ

ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ คือภาวะที่มีการลดลงของเม็ดเลือดแดง (red cell mass) ความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (hemoglobin concentration) โดยกำหนดค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin : Hb) ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต (hematocrit : Hct) ต่ำกว่าร้อยละ 33 ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ การขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอ ร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ โดยผลกระทบมารดา ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด และผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ แนวทางการรักษา คือ การให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทาน และการติดตามค่าฮีโมโกลบิน (Hb) หลังการรักษา 4 สัปดาห์ โดยคำแนะนำที่ให้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะเน้นการส่งเสริมโภชนาการและยาเสริมธาตุเหล็ก พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก แนะนำการรับประทานอาหาร ที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก และแนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กไม่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์[7]

โดยทั่วโลกพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 15-49 ปี มีภาวะโลหิตจางคิดเป็นร้อยละ 36.5[9] ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 - 2566 พบหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Coverage) คิดเป็นร้อยละ 29.45 และ 29.96 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4 ปี พ.ศ. 2565 - 2566 พบหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Coverage) คิดเป็นร้อยละ 37.39 และ 39.3 ตามลำดับ จากสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 ปี พ.ศ. 2565 - 2566 พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางระดับประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งยังคงเกินเกณฑ์ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 14) คือ ร้อยละ 29.5 และ 30.9 ตามลำดับ ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 4 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเช่นกัน คือ ร้อยละ 37.4 และ 40.1 ตามลำดับ จัดอยู่ในลำดับที่ 12 ของประเทศ ซึ่งเกินเกณฑ์ค่าเป้าหมาย และสูงกว่าระดับประเทศ เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายจังหวัด ปี 2565 - 2566 โดยจังหวัดที่มีการพบภาวะโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ จังหวัดสระบุรี ร้อยละ 69.1 และ 80.2 รองลงมา คือ จังหวัดนนทบุรี ร้อยละ 37.4 และ 38.9 และจังหวัดอ่างทอง ร้อยละ 35.0 และ 37.1 ตามลำดับ[8] โปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง, ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจาง,ประโยชน์ของการป้องกันภาวะโลหิตจาง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

พฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง บทบาทพยาบาลตามมาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 ได้มีการกำหนดมาตรฐานในการดูแลก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 ขึ้น เพื่อพัฒนาการให้ความรู้สนับสนุน และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมบริโภคอาหาร และยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด และนำเสนอผู้บริหารในการขับเคลื่อนนโยบายงานอนามัยแม่และเด็กในการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มทดลองประเมินก่อน - หลัง (One Group Pre-posttest Desing) ตัวแปรต้น คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจาง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะโลหิตจาง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง พฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ตัวแปรตามคือ ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ทุกราย อายุระหว่าง 20 - 45 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 4 (จังหวัดสระบุรี นนทบุรี อ่างทอง) จำนวน 700 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 248 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan, 1970 จำนวน 248 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสที่เสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะ
โลหิตจาง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามจากเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง ของหญิงตั้งครรภ์ ของ แวนูรียะห์ แวบือราเฮ็ง[6] ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 2-5 และชุดที่ 7 โดยคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81, 0.81, 0.82, 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง ทดสอบโดยใช้วิธี คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยจำแนกโปรแกรมกิจกรรมเป็น 3 กิจกรรม จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (5 นาที) ทำแบบประเมิน Pre-test

กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง, ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจาง,ประโยชน์ของการป้องกันภาวะโลหิตจาง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง[1]
(15 นาที)

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดดังต่อไปนี้ (20 นาที) ประกอบด้วย 1) ภาวะโลหิตจาง 2) พฤติกรรมบริโภคอาหาร 3) พฤติกรรมบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และ 4)ทำแบบประเมิน Post-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลอายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน, ลักษณะครอบครัว, อายุครรภ์ปัจจุบัน, ลำดับการตั้งครรภ์ครั้งนี้, การฝากครรภ์, ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) มาจัดกลุ่มแจกแจงเป็นความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง โดยใช้สถิติ Paired Samples t–test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของกรมอนามัย

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หญิงตั้งครรภ์จำนวน 248 คน พบว่า อายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 25-29 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 อายุที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 40-44 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 สถานภาพสมรสที่มีจำนวนมากที่สุด คือ คู่ จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 สถานภาพสมรสที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ หย่า แยกกันอยู่/หม้าย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 ระดับการศึกษาสูงสุดที่มีจำนวนมากที่สุด คือ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 ระดับการศึกษาสูงสุดที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ศึกษา จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0 อาชีพในปัจจุบันที่มีจำนวนมากที่สุด คือ รับจ้าง จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 อาชีพในปัจจุบันที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ เกษตรกรรม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 10,001-30,000 บาท จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 60,001-90,000 บาท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.2 ลักษณะครอบครัวที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ครอบครัวเดี่ยว/ตัวท่านเอง สามี และลูก จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ลักษณะครอบครัวที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ครอบครัวขยาย/ตัวท่านเอง สามี ลูก และคนอื่นๆ จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 อายุครรภ์ปัจจุบันที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 21-28 สัปดาห์จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 41.9 อายุครรภ์ปัจจุบันที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 12-20 สัปดาห์ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 ลำดับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ตั้งครรภ์แรก จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ลำดับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ตั้งครรภ์ที่ 3 จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 8.9 การฝากครรภ์ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ครบตามเกณฑ์จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 การฝากครรภ์ที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ไม่ครบตามเกณฑ์

จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) ก่อนเข้าโปรแกรมที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 31% จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 32.7 ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) ก่อนเข้าโปรแกรมที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 33% และ 35 %จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) หลังเข้าโปรแกรมที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 33% จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) หลังเข้าโปรแกรมที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 30% และ 31 %จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			Lower	Upper
ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct)	30.86	1.010	34.60	1.524	-31.015	<.001	-3.976	-3.501

*0.05

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) หลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจาง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะโลหิตจาง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			Lower	Upper
1.โอกาสเสี่ยง	24.94	3.602	27.25	4.145	-6.538	<.001	-3.011	-1.617
2.ความรุนแรง	32.01	4.184	35.33	4.974	-7.923	<.001	-4.154	-2.499
3.ประโยชน์	18.45	3.388	19.06	2.676	-2.168	0.031	-1.177	-.0565
4.อุปสรรค	13.00	4.146	11.84	4.784	2.952	0.003	.386	1.936
5.โดยรวม	88.52	10.819	93.50	10.924	-5.058	<.001	-6.913	-3.038

*0.05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[1,3,4] ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจาง หลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะโลหิตจาง หลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางหลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิต

จางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			Lower	Upper
ความรู้	7.67	3.205	9.43	2.103	-7.072	<0.001	-2.258	-1.274
พฤติกรรม	56.56	8.697	57.57	8.748	-1.279	.202	-2.571	.547

*0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ หลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ หลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 จากการศึกษาพบว่า อายุส่วนใหญ่ คือ 25-29 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1สถานภาพสมรสที่มีจำนวนมากที่สุด คือ คู่ จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 ระดับการศึกษาสูงสุดที่มีจำนวนมากที่สุด คือ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 อาชีพในปัจจุบันที่มีจำนวนมากที่สุด คือ รับจ้าง จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 10,001-30,000 บาท จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ลักษณะครอบครัวที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ครอบครัวเดี่ยว/ตัวท่านเอง สามีและลูก จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 อายุครรภ์ปัจจุบันที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 21-28 สัปดาห์ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 41.9 สอดกล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ปู่วัง (2563) พบความชุกของหญิงตั้งครรภ์โลหิตจางในกลุ่มที่ผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ ร้อยละ 36.3 และ 59.12 พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 2 เป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง ซึ่งเมื่อหญิงตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์ช้า จะทำให้ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางล่าช้า และอาจได้รับความรู้เรื่องสุขศึกษา และได้ยาเม็ด

เสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะโลหิตจางไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะโลหิตจาง ขณะตั้งครรภ์ได้ลำดับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ตั้งครรภ์แรก จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 การฝากครรภ์ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ครบตามเกณฑ์จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 เปรียบเทียบผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ผลเลือดค่า Hematocrit (Hct) หลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ หลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น ซึ่งในเนื้อหาที่ให้ความรู้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การรับประทานอาหารที่มีผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็ก รวมถึงการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เมื่อหญิงตั้งครรภ์นำความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้ไปปฏิบัติ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับค่าฮีมาโตคริตหรือความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อรทัย วงศ์พิกุล, 2565) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ หลังได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ มีความรู้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ควรมีการนำโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 ไปกำหนดเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุขในการขับเคลื่อนสู่การเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นอกเหนือจากการให้ทักษะความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การนำโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 ไปใช้ดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มอื่น ๆ

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการนำโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 4 ไปศึกษาในพื้นที่ชุมชนอื่นหรือในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

เอกสารอ้างอิง

1.จรูญศรี มีหนองหว้า. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของพระสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์; 2565; 7(1): 817-832.

2.นวพร วุฒิธรรม และปุณยนุช พิมใจใส. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561; 24(1):139-148.

3.พนัชญา ขันติจิตร และคณะ. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ; 2564; 10(1).

4.พิชญวดี ใจสุภาพ และสุทธิชัย ศิรินวล. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน; 2567; 10(1): 93-104.

5.มกรารัตน์ หวังเจริญ, จีรพรรณ ซ่อนกลิ่น, จุราพร สุรมานิต, อาภัสรา มาประจักษ์. ผลของโปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2566; 16(3).

6.แวนูรียะห์ แวบือราเฮ็ง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.

7.วรรณพร คำพิลา, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, สุกัญญา รักศรี, ปวินตรา มานาดี, ทิพวรรณ ทัพซ้าย, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565; 3(2): 134-142.

8.จากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ในปี 2564-2566 เขตสุขภาพที่ 4 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 11]. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc

9. World Health Organization [WHO], 2021 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 11]. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwwO20BhCJARIsAAnTIVQ4X8QXA_O02YdBkKv2uQYnlS2gl6RDFwkVlyfrX_knpep7qlliaaIaAsksEALw_wcB

10.วราภรณ์ ปู่วัง. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรงพยาบาลหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2565; 3(1):18-27.

11.อรทัย วงศ์พิกุล. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางซึ่งมารับ บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การบำบัดทดแทนทางไต ด้วยวิธีการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย

The Nursing care for End stage renal disease patients in the Transition period to Renal replacement therapy with Hemodialysis : 2 case studies.

(Received: July 24,2024 ; Revised: July 31,2024 ; Accepted: August 1,2024)

ทัศวรรณ บุรีขันธ์[1]
Tatsawan Bureekun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การบำบัดทดแทนทางไต ด้วยวิธีการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม โดยการคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงจำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน วิเคราะห์ข้อมูลการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง CKD สูงขึ้น หลังการสอนทันทีและในเดือนที่ 6 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น ในเดือนที่ 3 และที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) และในเดือนที่ 6 ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีจำนวนเพิ่มขึ้น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงนี้ สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ เพิ่มความสามารถ ในการดูแลตนเอง และมีแนวโน้มชะลอการเสื่อมของไตได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, ระยะเปลี่ยนผ่าน, การฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม

Abstract

This study is a case study. The objective is to study the nursing process for patients with end-stage renal failure. in the transition period to renal replacement therapy By means of blood dialysis through a hemodialysis machine. By selecting two specific case studies, the tools used to collect data consisted of data recording forms from patient medical records. Collect data to analyze and determine nursing diagnoses. By applying the theory of transition Analyze nursing action planning data using the nursing process.

The results of the study found that the sample group There was a higher mean knowledge score about CKD immediately after teaching and in the 6th month. Self-care behavior scores were significantly higher in the 3rd and 6th month (p=.000) and in the 6th month. People with glomerular filtration rate Blood pressure level and the accumulated sugar in the blood is within standard limits There is an increase in the number Behavioral modification program for chronic kidney disease patients by advanced practice nurses. can enhance motivation increase ability in self care and tends to slow down the deterioration of the kidneys

Key words: End stage renal disease patients, The transition period, Hemodialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ ในทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยในแต่ละปี มีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน ปี 2561 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตวายระยะท้าย (End Stage Renal Disease) มากกว่าแสนคนและมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 15-20 ต่อปี จาก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร

ข้อมูลของ Thailand Renal Replacement Therapy Registry ในปี พ.ศ. 2563[1] พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวนเพิ่มขึ้น จากจำนวน 72,622 คนในปี พ.ศ. 2559 เป็น 129,724 คนในปี พ.ศ. 2563 หรือเพิ่มขึ้น 57,102 คนในระยะเวลา 5 ปี และมีแนวโน้ม ที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

โรคไตวายระยะท้าย (End Stage Renal Disease) มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของ ไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร ซึ่งผลต่อการทำงานของไต ทำให้มีพยาธิสภาพที่เนื้อไตเกิดการคั่งค้างของของเสียจำนวนมาก อาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ หากไม่ได้รับการบำบัด ทดแทนไต ซึ่งมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การล้างไต ทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis: PD) 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) 3) การผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือปลูกถ่ายไต (kidney transplan tation: KT) ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนไตถือเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ด้วยการปลูกถ่ายไตยังไม่สามารถทำได้กว้างขวางและมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นผู้ป่วยไตวายระยะท้ายส่วนใหญ่ จึงในเลือกใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นทางเลือกการรักษาที่ได้รับความนิยมมากที่สุด

การเตรียมเพื่อเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญมากและมีต่อผลต่อการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย รวมไปถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตรูปแบบต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ที่เหมาะสมกับตัวเอง และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและยอมรับต่อการบำบัดทดแทนไตชนิดนั้นๆ ได้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 ควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวบำบัดทดแทนไต เนื่องจากเป็นการตัดสินใจ ที่สำคัญมากประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพราะเป็นการรักษาที่มีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก โดยแพทย์ผู้ดูแลต้องพิจารณาอย่างรอบคอบถึงผลเสียที่อาจ เกิดขึ้นได้ กับช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง จากการรักษาแบบประคับประคองเข้าสู่การบำบัดทดแทนทางไต[2]

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) เป็นการตอบสนองของบุคคลในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร เหตุการณ์ และสิ่งแวดล้อมมนุษย์ โดยการเปลี่ยนผ่านจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เข้าสู่การบำบัดทดแทนทางไตโดยมีคุณสมบัติ 5 คุณสมบัติดังนี้ 1) การตระหนักรู้ (Awareness) 2) การเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน (Engagement) 3) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and Difference) 4) ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Time Span) และ 5) จุดวิกฤตและเหตุการณ์ (Critical Points and Events) ในการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน โดยมีเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Conditions) ทั้งหมด 3 ส่วน[4] คือ 1) ส่วนของบุคคล (Personal) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่อาจยับยั้งหรือสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนผ่านนั้น 2) ส่วนของชุมชน (Community) ที่เอื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน และ 3) ส่วนของสังคม (Society) สังคมเป็นเงื่อนไขหนึ่ง ที่สามารถเอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมให้คนในสังคมมีทักษะในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลนั้นรับมือกับการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำเนินบทบาทใหม่ของตนได้อย่างราบรื่นยิ่งขึ้น[5]

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยของหน่วย ไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร ในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยโรคไตวายระยะท้ายที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 4,716, 4,536, และ 5,148 ราย ตามลำดับ ถ้าหากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วย ไตเทียมสามารถให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะสามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังกลในเรื่องต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านก่อนเข้าสู่ระยะฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายระยะท้ายมีการดูแลตนเองได้ถูกต้อง นำไปสู่ความยินยอม ในการรักษาและลดความวิตกกังวลต่างๆ ผู้ป่วยได้รับการรักษา ดูแลได้อย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้าย ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การบำบัดทดแทนทางไต ด้วยวิธีการฟอกเลือดผ่านเครื่อง ไตเทียม

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) โดยเปรียบเทียบกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม ในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากแพทย์ และต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาการคัดออกกรณีศึกษาปฏิเสธการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือเสียชีวิต

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการศึกษาดังนี้ 1) ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสกลนคร 2) บันทึกเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนครในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย 3) ศึกษาตำรา ค้นคว้าเอกสาร ทบทวนองค์ความรู้ บทความ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ 4) สร้างเครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย การรักษา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ผลการตรวจร่างกาย ผลเอกซเรย์ปอด การวินิจฉัยของแพทย์ การรักษา แผนการรักษาของแพทย์ด้านการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภาวะแทรกซ้อน ขณะฟอกเลือดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการฟอกเลือดครั้งแรก ผลฟอกเลือด 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครบ 2 เดือน ภาวะ แทรกซ้อน ขณะใส่และหลังใส่สายสวนหลอดเลือดดำชนิดชั่วคราว และการใช้ยา 5) นำเนื้อหาข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาเปรียบเทียบตามรูปแบบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) 6) ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นอายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน 1 ท่าน 7) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามกระบวนการพยาบาล โดยการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKHNREC No. 078/2566

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2566 เวลา 11.45 น. รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลกุดบาก มาถึงหอผู้ป่วยโดยเปลนอน มาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ก่อนมา 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) มา 1 ปี ปฏิเสธการบำบัดทดแทนทางไต (Renal replacement therapy: RRT) 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หนังตาบวม แขนบวม ปัสสาวะออกน้อย มา 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไปโรงพยาบาลกุดบาก ใส่ Endotracheal tube NO. 7.5 dept 22 cms. และส่งต่อมายังโรงพยาบาลสกลนคร แรกรับแพทย์วินิจฉัยเป็น ESRD with volume overload with metabolic acidosis นอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี หายใจสม่ำเสมอผ่านเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพชัดเจนดี แพทย์ได้ให้ยา Furosemide และ 7.5%NaHCO3 ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ

และเจาะน้ำตาลในเลือดเป็นระยะๆ ดำเนินการปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต ส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยไตเทียม ดำเนินการแทง Double lumen catheter for Hemodialysis และกำหนดวันฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี วันที่ 8 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วย มีอาการดีขึ้น ดำเนินตามกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สามารถ off Endotracheal tube ได้ในเวลา 15.30 น. ปรับลดระดับการใช้ออกซิเจนลงเป็น mask with bag 10 LPM, cannula 3 LPM และออกซิเจนในระดับบรรยากาศ (room air) และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 11 ตุลาคม 2566 เวลา 14.30 น. รวมระยะเวลาพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 เวลา 11.00 น. แพทย์ให้มาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามนัดครั้งแรก โดยกำหนดวันฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันอังคารและวันศุกร์ ภายหลังฟอกเลือด 1 ชั่วโมง มีอาการวูบ หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม พักแล้วไม่ดีขึ้น แพทย์วินิจฉัยเป็น Near syncope ให้นอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี แต่ดูอ่อนเพลีย แพทย์จึงให้ใช้ออกซิเจนชนิด cannula 3 LPM ปรับเป็นออกซิเจนในระดับบรรยากาศ (room air) และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 เวลา 16.00 น. รวมระยะเวลาพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 วัน

การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูล การเจ็บป่วยของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายดังแสดง ในตารางที่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อ	ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1	ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคความดันโลหิตสูง,โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย(ปฏิเสธการฟอกไต) ขาดการรักษา 1 ปี	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้าย	**กรณีศึกษาที่ 1** - มีภาวะการหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย
2	ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี	- มีความวิตกกังวลในการรักษา เนื่องจากได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก **กรณีศึกษาที่ 2** - ประสิทธิภาพการหายใจลดลง เนื่องจากมีของเสียคั่งในร่างกาย - มีความวิตกกังวลในการรักษา เนื่องจากได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก
3	ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดา-มารดาเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	มารดาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
4	การตรวจร่างกาย	หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หนังตาบวม แขนขาบวม 2+	เหนื่อย อ่อนเพลีย	
5	ผลเอกซเรย์ปอด	พบหัวใจโต (cardiomegaly)	ปกติ (Normal)	
6	การวินิจฉัยของแพทย์	โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับภาวะน้ำเกิน และภาวะการหายใจล้มเหลว(ESRD with Volume overload with Respiratory failure)	โรควูบ (Near syncope)	
7	การรักษา	- ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก - ใส่ท่อช่วยหายใจ - Ventilator care - ให้ยาต้านจุลชีพ - ให้ยาขับปัสสาวะ	- ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก - ใช้ออกซิเจนระดับต่ำทางจมูก - ให้แทงเส้นชั่วคราว และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อ	ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
		- ให้แทงเส้นชั่วคราว และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
8	การรักษาของแพทย์ด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรักษาของแพทย์ด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ต่อ)	DLC was done Rt. Femoral vein Set hemodialysis duration 4 hour. - Dialyzer 1.3 - UF 3.5 liter. - Dialyzer flow rate 500 ml/liter - Blood flow rate 200 ml/min - Non heparin technique - Dialysate fluid : Na 138 mmol/L, K 2 mmol/L, Ca 3.5 mmol/L, HCO3 35 mmol/L - 50%Glucose 50 ml intra Hemodialysis - ฟอกไต 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ที่ศูนย์ถนอมไต	DLC was done Rt. Femoral vein Set hemodialysis duration 2 hour. - Dialyzer 1.3 - UF 2 liter. - Dialyzer flow rate 300 ml/liter - Blood flow rate 150 ml/min - Non heparin technique - Dialysate fluid : Na 138 mmol/L, K 3 mmol/L, Ca 3.5 mmol/L, HCO3 35 mmol/L - 50%Glucose 50 ml intra Hemodialysis - ฟอกไต 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทุกวันอังคารและวันศุกร์ ที่หน่วย ไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร	
9	ภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด	ภาวะความดันโลหิตสูง	อาการหน้ามืด	
10	Home medication Home medication(ต่อ)	- Furosemide (500 mg) 1x1 per oral pc - Codeine (10 mg) 1x3 per oral pc - Hydralazine (25 mg) 2x4 per oral pc - Isosorbide (10 mg) 1x3 per oral pc - Salbutamol Evo Haller (25/125) 2 puff เช้า-เย็น - Sodium bicarbonate (300 mg) 3x4 per oral pc - Cefixime (100 mg) 2x1 per oral ac - Calcium carbonate (1,000 mg) 1x1 per oral pc - Alfacalcidol (0.25 mg) 1x1 per oral pc - Esprogen 4,000 unit Intra hemodialysis	- Sodium bicarbonate (300 mg) 3x4 per oral pc - Calcium carbonate (1,000 mg) 1x2 per oral pc - Alfacalcidol (0.25 mg) 1x1 per oral pc	
11	ติดตามการรักษา (Follow up)	- ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ที่ศูนย์ถนอมไต โรงพยาบาลสกลนคร	- ฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทุกวันอังคารและวันศุกร์ ที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อ	ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
		- นัดติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, และ Electrolyte อีก 4 สัปดาห์	- นัดติดตามผลการรักษาต่อเนื่องที่ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสกลนคร อีก 1 สัปดาห์ - นัดติดตามผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, และElectrolyte อีก 1 สัปดาห์	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อ	ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1	ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transition)	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 65 ปี มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2,โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อ 5 ปีก่อนผู้ป่วยได้รับการแนะนำเรื่องการบำบัดทดแทนทางไตแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการ ฟอกไต และขาดการรักษา 1 ปี จัดชนิดของการเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย อาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน คือ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หนังตาบวม แขนขาบวม 2+ ปัสสาวะออกน้อย ซึ่งขณะรับการรักษาผู้ป่วยได้รับการแทงเส้น DLC และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดเป็นรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านชนิดประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาล ยอมรับแผนการรักษาขอแพทย์ และดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดเป็นคุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน จากจุดวิกฤตและเหตุการณ์สำคัญในชีวิต	ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 59 ปี มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคไตวายเรื้อรังเมื่อ 3 ปีก่อนเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง การเจ็บป่วยครั้งนี้ จัดชนิดของการเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะ สุขภาพและการเจ็บป่วย อาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน คือ อาการหน้ามืดและวูบแต่ไม่หมดสติ ขณะรับการรักษาผู้ป่วยได้รับการแทงเส้น DLC และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดเป็นรูปแบบ ของการเปลี่ยนผ่านชนิดประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาล ยอมรับแผนการรักษาขอแพทย์ และดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดเป็นคุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน จากความตระหนักรู้ถึงการดำเนินของความรุนแรงของโรคที่กำลังเกิดขึ้น และยอมรับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทุเลาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย	**กรณีศึกษาที่ 1** พบชนิดของการเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย พบรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านเป็น ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านหลายอย่างในเวลาเดียวกัน พบคุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านเป็นตระหนักรู้ **กรณีศึกษาที่ 2** พบชนิดของการเปลี่ยนผ่านเป็น การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย พบรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านเป็น ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านหลายอย่างในเวลาเดียวกัน พบคุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านเป็นจุดวิกฤตและเหตุการณ์สำคัญ ในชีวิต

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อ	ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
2	เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions)	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ขาดการติดตามผลการรักษาประมาณ 1 ปี เนื่องจากมีความลำบากด้านเงิน และการการเดินทางเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร รวมทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงปฏิเสธการบำบัดทดแทนทางไต แต่เมื่อภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผู้ป่วยจึงตัดสินใจฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการเปลี่ยนผ่านตามเงื่อนไขด้านบุคคลและชุมชน	ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีความยินดีรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการเปลี่ยนผ่านตามเงื่อนไขด้านบุคคล	**กรณีศึกษาที่ 1** พบเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคลและชุมชน **กรณีศึกษาที่ 2** พบเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคล
3	รูปแบบของการตอบสนอง (Patterns of response)	ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือภาวะการหายใจล้มเหลวและภาวะน้ำเกิน โดยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็นอย่างมาก แพทย์เจ้าของไข้ได้แนะนำวิธีการบำบัดทดแทนทางไตใน ภาวะวิกฤตเพื่อให้เกิดรักษาชีวิตอย่างทันท่วงที โดยอายุรแพทย์โรคไตเป็นผู้ให้คำแนะนำและแทงเส้น DLC พร้อมดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยไตเทียมได้ให้คำแนะนำในการรับการฟอกไตต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยยอมรับแผนการรักษาในภาวะวิกฤตของชีวิต เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี จัดเป็นรูปแบบของการตอบสนองตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการและตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์	ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเพื่อทุเลาอาการที่เกิดขึ้นโดยแพทย์เจ้าของไข้ คำแนะนำวิธีการบำบัดทดแทนทางไตโดยอายุรแพทย์โรคไต คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและแนวทางการรับการรักษาต่อเนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยยอมรับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทุเลาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และยินดีรับการบำบัดทดแทนทางไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี จัดเป็นรูปแบบของการตอบสนองตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการและตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบรูปแบบของการตอบสนอง เป็นตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (Process indicators) และตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ (Outcome indicators)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อ	ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
4	การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)	ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เจ้าของไข้ คำแนะนำด้านการฟอกเลือดจาก อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลเจ้าของไข้ได้ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยไตเทียมได้ให้คำแนะนำในการฟอกเลือดตามนัด โดยการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจตามหลักการจำหน่ายผู้ป่วยที่ครอบคลุม D-METHORD การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กระบวนการรักษาของแพทย์ กระบวนการดูแลของพยาบาล รวมถึงการให้ความช่วยเหลือด้านความรู้ในการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การจัดโปรแกรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านดูแลตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้บทบาทเสริม ปรับเปลี่ยนจากผู้นำครอบครัว เป็นผู้นำครอบครัวและผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เจ้าของไข้ คำแนะนำด้านการฟอกเลือดจาก อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลเจ้าของไข้ได้ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัว พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยไตเทียมได้ให้คำแนะนำในการฟอกเลือดตามนัด โดยการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจตามหลักการจำหน่ายผู้ป่วยที่ครอบคลุม D-METHORD การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กระบวนการรักษาของแพทย์ กระบวนการดูแลของพยาบาล รวมถึงการให้ความช่วยเหลือด้านความรู้ในการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การจัดโปรแกรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านดูแลตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้บทบาทเสริม ปรับเปลี่ยนจากผู้นำครอบครัว เป็นผู้นำครอบครัวและผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	**กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย** ได้รับการบำบัดทางการพยาบาล โดยการประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Assessment of readiness) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation for transition) และ การใช้บทบาทเสริม (Role supplementation)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) โดยการค้นหาและกำหนดความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วย การวิเคราะห์ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคไตวายเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐและคณะ[6] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยโปรแกรมฯ มี 5 กิจกรรมใน 6 เดือน คือ 1) การให้ความรู้โรคไต 2) การรู้จักตนเอง 3) การสร้างแรงจูงใจ 4) การสอนทักษะการดูแลตนเอง และ 5) การสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล/ประวัติสุขภาพ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินระยะการเปลี่ยนพฤติกรรมแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกผลการตรวจและการให้คำปรึกษา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง CKD สูงขึ้นหลังการสอนทันทีและในเดือนที่ 6 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น ในเดือนที่ 3 และที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) และในเดือนที่ 6 ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีจำนวนเพิ่มขึ้น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงนี้สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ เพิ่มความสามารถ ในการดูแลตนเอง และมีแนวโน้มชะลอการเสื่อมของไตได้

ดังนั้นการใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เพื่อการประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยพื้นฐาน เพื่อรวบรวม ข้อมูลในการประเมินปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงในด้านต่างๆ ที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลต้องมี สมรรถนะ มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน รวมถึงคำแนะนำ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และเสริมกำลังใจ สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองเมื่อกลับ ไปอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1.Thailand Renal Replacement Therapy Registry. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2563. 2020. ค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566. ค้นจาก https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf

2.Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. School of Nursing Departmental Papers 1999;10:1-26.

3.Chick N, Meleis A.I. Transitions: A Nursing Concern. [Internet]. Retrieved October 1, 2023, Available from: http://repository.upenn/edu/nrs/9

4.Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger MDK, Schumacher KL. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science 2000;23:12-28.

5.George LK. Sociological perspectives on life transitions. Annual review of sociology 1993;19(1):353-373.

6.รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐและคณะ.ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต.ในวารสาร Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice Vol. 5 No.1 January-June 2018.

การศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

A study of stress coping among caregivers of bedridden patients in the medical ward Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

(Received: July 27,2024 ; Revised: August 1,2024 ; Accepted: August 3,2024)

ศิริกานต์ อัมพรอารีกุล[1]
Sirikan Ampornareekul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่มารับบริการที่ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเครียดระดับปานกลาง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง การเผชิญความเครียดรายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหามากที่สุด ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r=0. .535, p <0.01$) การเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($r=0.490, p <0.01$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดการจัดการด้านอารมณ์ ($r=0.834, p <0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r=0.240, p <0.01$)

คำสำคัญ : ความเครียด, การเผชิญความเครียด, ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้ดูแล

Abstract

This survey research aimed to study of stress coping among caregivers of bedridden patients. In the medical ward Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The sample consisted of 40 caregivers of bedridden patients. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations, and the relationship between stress and stress coping of bedridden caregivers was found using Pearson's product moment correlation coefficient. The results of the research found that caregivers of bedridden patients had moderate stress. Caregivers of bedridden patients had moderate stress. In terms of stress coping, caregivers of bedridden patients used problem-relief coping the most.

The results of the analysis of the relationship between stress and coping of bedridden patient caregivers had a statistically significant relationship ($p < 0.01$). Stress coping had a moderate positive relationship with overall stress coping ($r = 0. .535, p < 0.01$). Stress coping in each aspect had a high positive relationship with coping in the aspect of problem-solving management ($r = 0.490, p < 0.01$). Stress had a moderate positive relationship with coping in the aspect of emotion management ($r = 0.834, p < 0.01$), and stress had a low positive relationship with coping in the aspect of confronting problems ($r = 0.240, p < 0.01$).

Keywords: Stress, coping, bedridden patient, caregiver

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มของประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2563 ทวีปยุโรปมีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดในโลกคือร้อยละ 25.7 รองลงมาคือทวีปอเมริกาเหนือ ที่มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 23.1 ส่วนทวีปเอเชียมีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 13.1 และประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ และอีก 9 ปีข้างหน้า ในปี 2574 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่า 28% ของประชากรทั้งประเทศ[1] ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2565 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20.52[2] ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เศรษฐกิจ ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับบทบาทที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการออมลดลงเนื่องจากผู้สูงอายุ ขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลง ในขณะที่วัยทำงานต้องรับภาระมากขึ้นทำให้มีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สำหรับภาครัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นขณะที่ไม่มีรายได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ลำบาก[3] และเมื่อผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง มีภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระในการดูแลเมื่อผู้ดูแลเผชิญต่อความรู้สึกและบทบาทหน้าที่นการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน จึงส่งผลความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ทั้งต่อตนเองและระหว่างการดูแลผู้ป่วยติดเตียง[4,5] และสอดคล้องกับกับปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแลและมีอาการเจ็บป่วยทางกายที่เพิ่ม มากขึ้นรวมทั้งมีภาวะเครียดที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง[6] สถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล[7] และผลของความเครียดยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และ คุณภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ประเมินความเครียด การรับรู้สมรรถนะตนเองของญาติผู้ดูแล รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของญาติผู้ดูแล[8] ในสถาบันบำราศนราดูรได้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่จำเป็นต้องมีญาติเป็นผู้ดูแลเป็นหลัก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมจำนวน 118 ราย (ข้อมูลปี 2566) จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ติดเตียงต้องมีผู้ดูแลทุกราย และได้สำรวจด้วยการสอบถามรายกรณี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ติดเตียงเกิดสถาณการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดหลากหลายปัจจัย พบว่าร่างกายของผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และมีความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน รวมถึงภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง[9] พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด อาจเกิดความเครียดสะสม ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของญาติผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อนำมาการวางแผนจัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุ และยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริม ให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์สถาบันบำราศนราดูร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่มารับบริการที่ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดไว้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 กำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าขนาดของผล (effect size) กำหนดไว้ที่ขนาดกลาง 0.5 ปรับได้ ขนาดตัวอย่าง 40 คน (คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในปี 2566 จำนวน 118 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย สวนปรุง (SPST–20) กรมสุขภาพจิต [12] ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นการประเมินระดับความเครียด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ

ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด

ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย

ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง

ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 4 ดังนี้

1.ระดับคะแนน 0 – 23 คะแนน

2.ระดับคะแนน 24 –41 คะแนน

3. ระดับคะแนน 42 –61 คะแนน

4. ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป

2. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเครื่องมือของจาโลวิค (The Jalowiec Coping Scale, 1988) สร้างขึ้น ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยคุณกรีติญา ไทยอู่ [13] มีทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ แบบเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อ การจัดการบรรเทาปัญหา 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ

1= ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเลย

2= นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 1-3 ครั้ง/เดือน

3= บางครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 1-2 ครั้ง/เดือน

4= บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 3-4 ครั้ง/เดือน

5= เกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

การแปลความหมาย

มีการแปลผลตามคะแนนจริง คือ คะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่าง ๆ มาก คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนนโดยแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 36-84 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 85-132 คะแนน

ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 133-180 คะแนน

การแปลผลรายด้านโดยการคำนวณและการแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ซึ่งบอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้านซึ่งค่าอยู่ระหว่าง 0.01–1.00 โดย

คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่ามีการใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก ซึ่งคะแนนสัมพัทธ์คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

XR = ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน

MC = ค่าเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ME = ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการด้านอารมณ์

MP = ค่าเฉลี่ยด้านการการจัดการปัญหาทางอ้อม

XR = MP / (MP + ME + MC)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) อายุเฉลี่ย 64.82 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี อายุน้อยสุด 30 ปีจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 57.5) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี (ร้อยละ 65)

2. แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง(ร้อยละ 70.00) รองลงมามีความเครียดระดับสูง(ร้อยละ 22.5) และระดับน้อย (ร้อยละ 5.00) ค่าเฉลี่ย 64.82 $\pm$ 17.40

3. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผลการวิเคราะห์ระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่าส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 82.50) ระดับน้อย(ร้อยละ 10) และระดับมาก(ร้อยละ 7.50) และมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของการเผชิญความเครียดเท่ากับ 104.95 $\pm$ 19.16

ผลการศึกษาการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหามากที่สุด(คะแนนสัมพัทธ์=0.35) รองลงมาคือใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์=0.34) และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการด้านอารมณ์น้อยที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=0.3)

4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) พบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r=0. .535$, $p<0.01$) เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อแยกการเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($r=0.490$, $p<0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดการจัดการด้านอารมณ์ ($r=0.834$, $p<0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r=0.240$, $p<0.01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงรายด้าน

ความเครียด	ค่าสัมพันธ์ (r)	p>value	ระดับความสัมพัทธ์
การเผชิญความเครียด	0.535**	<.001	ปานกลาง
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.240**	<.001	ต่ำ
การจัดการด้านอารมณ์	0.834**	<.001	ปานกลาง
การจัดการบรรเทาปัญหา	0.406**	<.001	สูง

**มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 40 อายุมากที่สุด 82 ปี มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.00) รองลงมามีความเครียดระดับสูง(ร้อยละ 22.5) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญนิกา อยู่สำราญและคณะ[10] ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเครียดในระดับปานกลาง เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี อายุเป็นเงื่อนไขภายในบุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกีรติญา ไทยอู่[11] ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชมีความเครียดระดับสูง ด้วยเป็นวัยที่มีอายุเพิ่มสูงขึ้น จึงมีผลต่อการรับรู้และตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคจิตเวช จึงต้องมีการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นหลัก

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จากงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีการเผชิญความเครียดระดับปานกลาง(ร้อยละ82.50) ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหามากที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=0.35) เนื่องมาจากผู้ดูแลกลุ่มนี้มีความเครียดในระดับปานกลางทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน แยกการเผชิญความเครียดเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหามากที่สุด(คะแนนสัมพัทธ์=0.35) รองลงมาคือใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์=0.34) และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการด้านอารมณ์น้อยที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=0.3) ซึ่งรายข้อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีลักษณะการเผชิญการสวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ ($\bar{X}$=3.833, SD=0.98) รองลงมาคือพยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ($\bar{X}$=3.28, SD=1.06) ซึ่งจากแนวคิดการเผชิญความเครียดสอดคล้องแนวความคิดของจาโลวิค[13] ซึ่งกล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าไม่มีการเผชิญความเครียดด้านใดที่มีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ได้ ดังนั้นการที่บุคคลมีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่ผสมผสานกัน แต่จะใช้ด้านใดด้านหนึ่งมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบริบทของแต่ละบุคคล การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเครียดมาก การรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ระบายความรู้สึกจึงเป็นวิธีการที่ดี ช่วยลดความเครียดได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอาจต้องการความเป็นส่วนตัวที่จะพักหรือต้องการการช่วยเหลือบางครั้งในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่การ

เสนอแนะให้ผู้ดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไปพักผ่อน เที่ยว ทำบุญ หรือการสวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ ที่สามารถช่วยลดความเครียดได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) พบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r=0. .535$, $p<0.01$) เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อแยกการเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($r=0.490$, $p<0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดการจัดการด้านอารมณ์ ($r=0.834$, $p<0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r=0.240$, $p<0.01$) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมา 1-5 ปี (ร้อยละ 65.00) การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาระยะหนึ่งนั้น ทำให้มีแหล่งสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน[14] ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ยิ่งความเครียดมากการเผชิญความเครียดจะมากด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคคลากรสาธารณสุขควรประเมินภาวะเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อเฝ้าระวังความเครียดและให้การดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการจัดการความเครียดเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2560. กรุงเทพ: เดือนตุลาคม
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ.2563.พิมพ์ครั้งที่1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานจำนวนผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2564. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1กันยายน2565]. เข้าถึงได้จาก: https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51
4. ณัชศฬา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล2561;33(2):97-109.
4. ศิรินทิพย์ นิมิตรภูวดล, พรชัย จูลเมตต์, และ นัยนา พิพัฒน์ วณิชชา.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้ชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา2565;30(4), 1-12.

6. ชนิกานต์ ส่วยนุ, ภูมิ ชมพูศรี, และจิตรลดา อุทัยพิบูลย์.การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของจังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ 2562;2(2)62-69
7. ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. ความเครียดและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารการพยาบาล 2563;36(3)151-164
8. ภาวิณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียซื่อ สมนึก สกุลหงส์โสภณ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, รามาธิบดีพยาบาลสาร2557);20(1)82-96
9. ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ และคณะ.ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหาภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต2566;37(2)61-79
10. กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, พานิช แก่นกาญจน์.ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9,2565;16(1)
11. กีรติญา ไทยอู่. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิต. วารสาร โรงพยาบาลนครพิงค์ 2557;5(2):2-13.
12.กรมสุขภาพจิต.แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต(SPST-20).[อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1กันยายน2565].เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh- elibrary.org/items/show/141
13. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In Waltz CF, Strickland OL, eds. Measurement of nursing outcome: Volume one: measurement of client outcome. New York: Springer Publish Company. 1988: 236-308.
14. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. 15th ed. New York: Springer; 2011.

การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

A STUDY OF THE PREPARATION MODEL FOR INFECTION PREVENTION OF EMERGING INFECTIOUS DIESEASES IN THE HOSPITAL : COMMUNITY HOSPITAL, HEALTH REGION 4.

(Received: July 27,2024 ; Revised: August 1,2024 ; Accepted: August 3,2024)

วิลาลักษณ์ ปุรัตถิภาค[1]
Wilaluck Purattipak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้างานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ของโรงพยาบาลระดับ M2 โรงพยาบาลระดับ F1 โรงพยาบาลระดับ F2 และโรงพยาบาลระดับ F3 จำนวน 60 แห่ง จำนวน 60 คน เครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากผลประชุมกลุ่มย่อย ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำมาสรุปเป็นความเรียง

ผลการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่ามีรูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 13 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้การเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 2) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามหนทาง การแพร่กระจายเชื้อ 3) ด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ 4) ด้านการดูแลสุขภาพบุคลากรการแพทย์ 5) ด้าน การจัดบริเวณจุดคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 6) ด้านการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 7) ด้านการจัดสถานที่สำหรับทำหัตถการที่ทำให้เกิดฝอยละอองขนาดเล็ก 8) ด้านการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกันและมาตรการพิเศษ 9) ด้านการเก็บสิ่งส่งตรวจ 10) ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 11) ด้านการกำหนดระยะเวลาในการควบคุมการติดเชื้อและการจำหน่ายผู้ป่วย 12) ด้านการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้เข้าเยี่ยม และ 13) ด้านการจัดการศพผู้ติดเชื้ออุบัติใหม่

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อ, โรคติดเชื้ออุบัติใหม่

Abstract

The survey research aimed to study of the Preparation Model for infection Prevention of Emerging Infection Diseases in hospital : Community H0spital, Health Region 4. It's mixed methods research. The samples group were 60 Nursing supervisor Infection control unit at the level M2, F1, F2 and F3 of Community H0spital, Health Region 4. The instrument was questionnaire. The data were analyses using percentage, mean, standard deviation and Focus Group Discussion.

A study of the Preparation Model for infection Prevention of Emerging Infection diseases in hospital : Community Hospital, Health Region 4 were the most prepared in 13 component namely : Early recognition of emerging infectious diseases, Prepared in the aspect of isolation precautions, Preparation of personal protective equipment, Occupational health of health care workers, Triage area designation, The placement of patients and spatial separation, Environmental controls for aerosol-generating procedures, Cohorts and special measures, Specimen collection, Transportation of patients, Duration of infection control precautions and patient discharge, Family members and visitors advice and Mortuary care of dead bodies.

[1] ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย

Keywords : The Preparation for Infection Prevention of Emerging Infection Diseases, New infectious diseases.

บทนำ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ (emerging infectious diseases) คือ โรคติดต่อที่พบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นหรือมีแนวโน้ม ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ ได้แก่ โรคติดต่อซึ่งเกิดจากเชื้อชนิดใหม่ (new infectious diseases) โรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง (New geographical areas) หรือโรคติดต่ออุบัติซ้ำ (re-emerging infectious diseases) ได้แก่ โรคที่ เคยระบาดในอดีตและสงบไปนานแล้วกลับมาระบาดอีก เช่น โรคติดต่อที่มีการแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละอองของน้ำมูกน้ำลายจากการไอหรือจาม(droplet transmission) หรือแพร่กระจายจากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจาก ระบบทางเดินหายใจ (contact transmission)[1]

โรคอุบัติใหม่ที่เคยพบ ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (Influenza: H1N1) พบการระบาดเป็นปกติ ในช่วงฤดูฝน แต่ในปี พ.ศ. 2552 กลับพบการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ คือ สายพันธุ์ A หรือ H1N1 ซึ่งเป็น การกลายพันธุ์จากสายพันธุ์ก่อน พบผู้ติดเชื้อจำนวนมากในหลายๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทย โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza: H5N1) เป็นโรคที่พบการระบาดในสัตว์ปีก เช่น ไก่ นก เป็ด สามารถติดต่อจากสัตว์สู่คนได้ โดยเชื้อไวรัสไข้หวัดนกเป็นเชื้อไวรัสชนิดเดียวกับไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A เพียงแค่พบในสัตว์ปีกเท่านั้น เกิดการระบาดในช่วงปี พ.ศ.2546 มีสัตว์ปีกตายเป็นจำนวนมากและแพร่ระบาดจากการขนส่งสัตว์ปีกไปทั่วโลก โรคอีโบลา (Ebola Virus Disease) พบครั้งแรกในประเทศคองโกใกล้กับแม่น้ำอีโบลา ในปี พ.ศ. 2519 เป็นโรคติดต่อที่เกิดการแพร่ระบาดใหญ่ในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก และระบาดเข้าสู่สหราชอาณาจักรรวมถึงสเปนด้วย สำหรับประเทศไทยยังไม่พบผู้ติดเชื้ออีโบลา โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) โรคที่ขึ้นชื่อว่าเป็นไข้หวัดที่ร้ายแรงชนิดหนึ่งของโลก ได้รับการขนานนามว่าโรคปอดบวมนอกรูปแบบ เพราะไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นปอดบวมชนิดใดในขณะนั้น เริ่มแพร่ระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ในประเทศจีนและกระจายไปในหลายๆ ประเทศ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัด หายใจไม่ออก และเสียชีวิต อย่างรวดเร็ว เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาเช่นเดียวกับโรคเมอร์สและโควิด-19 แต่แยกสายพันธุ์ออกมาใหม่กลายเป็นโรคซาร์ส โรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) พบการระบาดครั้งแรกในประเทศแถบตะวันออกกลาง โดยในช่วงแรกได้รับการรายงานว่าเป็นปอดบวมแต่ไม่สามารถรักษาได้ ต่อมาจึงได้พบว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ที่พัฒนามาจากไวรัสชนิดเดียวกับโรคซาร์ส ถูกเรียกว่าไวรัสโคโรนา 2012 พบผู้ติดเชื้อในประเทศไทยที่เดินทางมาจากประเทศโอมาน แต่ประเทศไทยสามารถคุมการระบาดได้[2]

สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดล่าสุด คือ โรคโควิด-19 เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา เช่นเดียวกับโรคเมอร์สและโรคซาร์ส แต่พัฒนาสายพันธุ์ใหม่ที่สามารถแพร่เชื้อได้ง่ายกว่า พบการระบาดในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น (งานโรคติดต่ออุบัติใหม่กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. 2564) และระบาดไปทั่วโลก มีการกลายพันธุ์ของเชื้อโควิดอีกหลายครั้ง[2] และเป็นการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและ ขยายวงการแพร่กระจายเชื้อไปอย่างมาก จากรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก 152 ประเทศ โดยมียอดผู้ป่วยยืนยันในพื้นที่ ที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 สำหรับประเทศไทย จาก

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ระบาดไปทั่วโลก กรมควบคุมโรคได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ตั้งแต่ 4 มกราคม ๒๕๖๓ เพื่อตอบโต้การระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (งานโรคติดต่ออุบัติใหม่กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. 2564) และปัจจุบัน วันที่ 31 มีนาคม 2566 มียอดผู้ป่วยสะสมทั่วโลก 215,937,536 ราย ยอดผู้ป่วยเสียชีวิต 4,461,999 ราย ยอดผู้ป่วยสะสม ในประเทศไทย 4,463,557 ราย ยอดผู้ป่วยเสียชีวิต 30,143 ราย (หอสมุดรัฐสภา. 2566) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ยังประกาศให้การระบาดของฝีดาษลิงเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของโลก ภายหลังจำนวนผู้ติดเชื้อโรคนี้พุ่งขึ้น อย่างรวดเร็วทั่วโลก องค์การอนามัยโลก แถลงเมื่อ 23 ก.ค. 2565 ว่ามีรายงานผู้ติดเชื้อกว่า 16,000 รายแล้วใน 75 ประเทศ ทั่วโลก ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตแล้ว 5 ราย (บีบีซี นิวส์ไทย. 2022) และจากข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 องค์การอนามัยโลกรายงานพบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease; MVD) ที่สาธารณรัฐ อิเควทอเรียลกินี ประเทศในภูมิภาคตอนกลางของทวีปแอฟริกา ซึ่งได้มีการประกาศให้เป็นโรคระบาดร้ายแรง โดยพบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ 25 ราย เสียชีวิต 9 ราย ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงประมาณ 200 ราย [3]

การเตรียมความพร้อมในการป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล หมายถึง การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลให้สามารถดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อรับสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางการเตรียมความพร้อมสำหรับการป้องกันการติดเชื้อและ การระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดต่อทางระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมทั้งหมด 13 ด้านคือ 1) ด้านการรับรู้การเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 2) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามหนทางการแพร่กระจายเชื้อ 3) ด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ 4) ด้านการดูแลสุขภาพบุคลากรการแพทย์ 5) ด้านการจัดบริเวณจุดคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 6) ด้านการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยโรค ติดเชื้ออุบัติใหม่ 7) ด้านการจัดสถานที่สำหรับทำหัตถการที่ทำให้เกิดฝอยละอองขนาดเล็ก 8) ด้านการจัดให้ผู้ป่วย อยู่ร่วมกันและมาตรการพิเศษ 9) ด้านการเก็บสิ่งส่งตรวจ 10) ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 11) ด้านการกำหนดระยะเวลาในการควบคุมการติดเชื้อและการจำหน่ายผู้ป่วย 12) ด้านการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวและ ผู้เข้าเยี่ยม และ 13) ด้านการจัดการศพผู้ติดเชื้ออุบัติใหม่[1]

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเริ่มมีการระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงเดือนมกราคม 2564 (งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โรงพยาบาลอุทัย. 2566) และเริ่มระบาดรุนแรงขึ้น ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงจัดตั้งหอผู้ป่วยรวมแยกโรค (cohort ward) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงชินวราลงกรณ์(วาสนมหาเถร) เพื่อดูแลผู้ป่วยในภาพรวมของจังหวัด และบริหารอัตรากำลังร่วมกันภายในจังหวัด จนเข้าสู่ช่วงระบาดรุนแรง หอผู้ป่วยรวมแยกโรค (cohort ward) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงชินวราลงกรณ์(วาสนมหาเถร) ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้เพียงพอ จึงบริหารจัดการโดยให้แต่ละโรงพยาบาลเปิดหอผู้ป่วยรวมแยกโรค (cohort ward) เพื่อดูแลผู้ป่วยของแต่ละอำเภอ นั่นจึงเป็นจุดเริ่มต้นของโรงพยาบาลชุมชนต้องปรับระบบบริการ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดภายใต้บริบทและข้อจำกัดต่างๆ โดยโรงพยาบาลอุทัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 เปิดให้บริการ 30 เตียง ในสถานการณ์ปกติ แต่เมื่อเข้าสู่การระบาดที่รุนแรงจึงต้องปรับแผนบริการโดยเปิดหอผู้ป่วยรวม แยกโรค (cohort ward) ตึกพิเศษ จำนวน 8 เตียง และเพิ่มตามสถานการณ์

เป็น 18 เตียง ตามลำดับ ควบคู่กับการเปิดบริการหอผู้ป่วยรวมแยกโรค (cohort ward) ตึกผู้ป่วยในอีก 10 เตียง และเพิ่มเป็น 15 เตียง จนมีผู้ป่วยโควิด 19 รวมสูงสุด จำนวน 36 ราย สถานการณ์การระบาดที่ยืดเยื้อเป็นปีร่วมกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจนต้องเปิดโรงพยาบาลสนาม ศูนย์พักคอย ตามนโยบายของรัฐบาล ทุกเหตุการณ์ดำเนินการไปภายใต้ข้อจำกัดและเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้บุคลากรเหนื่อยล้า เกิดความหละหลวมในการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของบุคลากร ตลอดช่วงของการระบาด คิดเป็นร้อยละ 54.14 [4]

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นแนวโน้มของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และความรุนแรงของ การระบาดที่ขยายวงกว้าง จากระดับเมืองเป็นระดับประเทศจนเป็นระดับโลก โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ได้ ผู้วิจัยในบทบาทหัวหน้างานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง ตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อหาข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวางแผนพัฒนางานและส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนมีความพร้อมในการรับสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน ของหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 4 สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 847 แห่ง[5]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้างานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ของโรงพยาบาลระดับ M2 โรงพยาบาลระดับ F1 โรงพยาบาลระดับ F2 และโรงพยาบาลระดับ F3 จำนวน 60 แห่ง จำนวน 60 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามรูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 โดยพัฒนามาจากเครื่องมือในงานวิจัยเรื่อง การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่[6] ซึ่งได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ส่วนที่ 3 การเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อ อุบัติใหม่ใน

โรงพยาบาล และส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

3. ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขั้นตอนการศึกษา ดำเนินการดังนี้

3.1.1 ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยเลือกหัวข้อปัญหาที่ต้องการศึกษาและกำหนดหัวข้อวิจัย

2) ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างการวิจัยและเสนอโครงร่างวิจัยต่อกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

4) ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 60 โรงพยาบาล เพื่อเชิญเข้าร่วมการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1.2 ขั้นดำเนินงานวิจัย

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้แหล่งข้อมูลจากหัวหน้างานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 60 แห่ง

2) ภายหลังส่งแบบสอบถามไป 1 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับจากการ จัดส่งคืนและติดตามแบบสอบถามเพิ่มเติม กรณีได้รับแบบสอบถามยังไม่ครบถ้วน และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

3.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้หัวหน้างานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 60 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยแนบเอกสารคำชี้แจงทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งคุณค่าของข้อมูลที่ได้ จากการศึกษาแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 รวมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซองเอกสารติดแสตมป์โดยจ่าหน้าซองถึงผู้วิจัยเพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งแบบสอบถามกลับ โดยขอให้ส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์ตามที่อยู่ระบุไว้หน้าซอง

2) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 60 ฉบับ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ของคำตอบในแต่ละคำถาม แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

4. สถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่ได้ไปทำการประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย โดยใช้ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ดำเนินการโดยการกำหนดประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1.1 สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

1.2 เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล หรือมีประสบการณ์ด้านบริหาร

การเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

1.3 เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล หรือมีประสบการณ์ด้านการรักษาการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

1.4. เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาลหรือมีประสบการณ์ด้านการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 5 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

3. ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยจัดทำแบบบันทึกข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยศึกษาผลการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

3.3 ผู้วิจัยจัดทำแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งมีเนื้อหาสำคัญในการสนทนากลุ่ม คือ การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

3.4 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบออนไลน์ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน โดยแจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทราบล่วงหน้าประมาณ 7 วัน และขออนุญาตจดบันทึกการสนทนากลุ่มและบันทึกเทปการ

4. สถิติที่ใช้

ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (เอกสารรับรองลำดับที่ 17/2566)

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 สรุปผลศึกษาได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุเฉลี่ย 47.73 ปี โดยอายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี มีช่วงอายุมากที่สุดระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.66 รองลงมา คือ ช่วงอายุเฉลี่ย 51-60 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าและระดับปริญญาโท มีระยะเวลาปฏิบัติงานด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เฉลี่ย 10.05 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานสูงสุด 32 ปี ต่ำสุด 1 ปี มีช่วงระยะเวลาปฏิบัติงานมากที่สุดระหว่าง 1-10 ปี รองลงมา คือ ปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้างานพยาบาลหน่วยควบคุมการ ติดเชื้อและงานจ่ายกลาง เฉลี่ย 5.475 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานสูงสุด 20 ปี ต่ำสุด 1 ปี มีช่วงระยะเวลาปฏิบัติงานมากที่สุดระหว่าง 1-5 ปี รองลงมา คือ ปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี ใหม่ ส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุบัติใหม่ โดยเข้าร่วมจากสถาบันบำราศนราดูรมากที่สุด รองลงมา คือ โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่

2. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 รองลงมา เป็นโรงพยาบาลระดับ F3 มีจำนวนเตียงที่เปิดให้บริการเฉลี่ย 45.70 เตียง โดยมีเตียงสูงสุดจำนวน 140 เตียง และต่ำสุด 10 เตียง ส่วนใหญ่มีจำนวนเตียงที่เปิดให้บริการระหว่าง 30-60 เตียง รองลงมา คือ เปิดให้บริการระหว่าง 10-30 เตียง

และ มีคณะกรรมการดำเนินงานเฉพาะเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุบัติใหม่ จำนวนเฉลี่ย 15.59 คน โดยโรงพยาบาลชุมชน ที่มีคณะกรรมการดำเนินงานจำนวนมากที่สุด 25 คน มีคณะกรรมการดำเนินงานจำนวนน้อยที่สุด 8 คน ส่วนใหญ่ มีจำนวนคณะกรรมการดำเนินงานอยู่ระหว่าง 11-20 คน รองลงมา คือ มีจำนวนคณะกรรมการดำเนินงานมากกว่า 20 คน ส่วนใหญ่คณะกรรมการดำเนินงานประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล รองลงมา คือ เภสัชกรและนักเทคนิคการแพทย์

3. ผลการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 13 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านการรับรู้การเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ควรมีนโยบายเกี่ยวกับการคัดกรอง นโยบายเกี่ยวกับ การสอบสวนการระบาดของผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ และมีการติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3.2 ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามหนทางการแพร่กระจายเชื้อ ควรกำหนดให้บุคลากรปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (Standard Precautions) กับผู้ป่วยทุกรายร่วมกับหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้ออุบัติใหม่แก่บุคลากร

3.3 ด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ควรสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเพียงพอ ฝึกปฏิบัติวิธีการใช้ ติดตามผลการใช้ และพัฒนาทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายระดับเต็มรูปแบบให้ถูกต้องแก่บุคลากรทางการแพทย์

3.4 ด้านการดูแลสุขภาพบุคลากรการแพทย์ ควรจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนหรือผู้ร่วมงาน การเฝ้าระวังการติดเชื้ออุบัติใหม่ในบุคลากร และการรายงานต่อผู้บริหารกรณีที่พบบุคลากรสงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่

3.5 ด้านการจัดบริเวณจุดคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โดยการจัดเตรียมบริเวณสำหรับคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติ จัดให้มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือบริเวณคัดกรองผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายบริเวณคัดกรองผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และกำหนดให้บริเวณคัดกรองผู้ป่วยมีการระบายอากาศที่ดีมีทิศทางลมพัดจากบุคลากรสู่ตัวผู้ป่วยระบายออกภายนอก

3.6 ด้านการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ดำเนินการ 2 ส่วน คือ 1) ห้องตรวจ ควรจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับตรวจผู้ป่วย แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ ของแพทย์สำหรับตรวจผู้ป่วยอย่างเพียงพอไม่ปะปนกับห้องตรวจอื่น และจัดเตรียมบริเวณสำหรับตรวจผู้ป่วยที่สงสัย ติดเชื้ออุบัติใหม่ 2) บริเวณห้องแยกโรค โดยกำหนดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก 1 คนต่อ 1 ห้อง กรณีที่มีห้องแยกเพียงพอ ภายในห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่ควรเป็นห้องที่มีความดันลบ (-2.5 Pa เป็นอย่างน้อย) และมีมาตรวัดความดันของห้องอยู่ในจุดที่มองเห็นชัด 3) บริเวณห้องผู้ป่วยรวมแยกโรค ควรมีถังสำหรับทิ้งมูลฝอยติดเชื้อภายในห้องผู้ป่วยรวมแยกโรค มีอุปกรณ์ป้องกันร่างกายในห้องผู้ป่วยรวมแยกโรคอย่างเพียงพอ มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือท้ายเตียงทุกเตียง เว้นระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วยห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร และภายในห้องผู้ป่วยรวมแยกโรคมีพื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่าย และจัดเตรียมพื้นที่สำหรับถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้แล้วโดยจัดให้อยู่ใกล้ประตูห้องผู้ป่วย

3.7 ด้านการจัดสถานที่สำหรับทำหัตถการที่ทำให้เกิดฝอยละอองขนาดเล็ก โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการอย่างเพียงพอไม่ปะปนกับห้องอื่น มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือบริเวณสำหรับทำหัตถการ มีอุปกรณ์ป้องกันร่างกายบริเวณสำหรับทำหัตถการอย่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดีมีทิศทางลมพัดจากบุคลากร สู่ตัวผู้ป่วยระบายออกภายนอก และจัดเตรียมบริเวณสำหรับทำหัตถการที่ทำให้เกิดฝอยละอองน้ำมูกน้ำลายของผู้ป่วย ที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่

3.8 ด้านการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกันและมาตรการพิเศษ คือ หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์การแพทย์รวมกัน หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้อุปกรณ์ที่นำกลับมาใช้ซ้ำต้องได้รับการทำลายเชื้ออย่างเหมาะสม มีการทำความสะอาด และทำลายเชื้อภายในห้องผู้ป่วยรวมแยกโรคอย่างสม่ำเสมอ มีข้อกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าติดเชื้ออุบัติใหม่ชนิดเดียวกันจัดให้อยู่รวมในห้องผู้ป่วยรวมแยกโรค และมีข้อกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อมูลทางระบาดวิทยาและข้อมูลทางคลินิกที่มีลักษณะเหมือนกันอยู่รวมในห้องผู้ป่วยรวมแยกโรค

3.9 ด้านการเก็บสิ่งส่งตรวจ ควรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้ออุบัติใหม่ และมีพื้นที่เฉพาะในการเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นสัดส่วน

3.10 ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ควรมีการดำเนินการ 2 ส่วน ดังนี้ 1) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล คือ จัดทำแนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ออกจากห้องแยกโดยไม่จำเป็น มีแนวทางการสื่อสาร ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ไปยังหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ การปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยของระบบทางเดินหายใจ (respiratory hygiene) ในขณะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กำหนดเส้นทางเฉพาะเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล 2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล คือ หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ทำให้เกิดฝอยละอองน้ำมูกน้ำลายขณะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ยกเว้นกรณีที่จำเป็นในภาวะฉุกเฉินเท่านั้น ทำความสะอาดและทำลายเชื้อยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกครั้งหลังการใช้งาน จัดเตรียมยานพาหนะที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยของระบบทางเดินหายใจ (respiratory hygiene) ขณะมีการเคลื่อนย้ายระหว่างโรงพยาบาล และกำหนดให้บุคลากรที่ทำหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3.11 ด้านการกำหนดระยะเวลาในการควบคุมการติดเชื้อและการจำหน่ายผู้ป่วย คือ กำหนดให้บุคลากรปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (Standard Precautions) ร่วมกับหลักการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อตามวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ตลอดเวลา ปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย ของระบบทางเดินหายใจ (respiratory hygiene) ขณะมีการเคลื่อนย้ายระหว่างโรงพยาบาล และกำหนดแนวทางในการ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายในครอบครัวของผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.12 ด้านการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้เข้าเยี่ยม คือ กำหนดแนวทางในการให้ความรู้ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออุบัติใหม่เพื่อป้องกันการ

แพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

3.13 ด้านการจัดการศพผู้ติดเชื้ออุบัติใหม่ คือ จัดทำแนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายศพ การชันสูตรศพ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแก่ญาติของผู้ติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เสียชีวิต กรณีที่เข้าไปในห้องแยก เพื่อประกอบพิธีทางศาสนา ของผู้ติดเชื้ออุบัติใหม่

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ได้ข้อค้นพบ 13 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้การเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 2) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามหนทางการแพร่กระจายเชื้อ 3) ด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ 4) ด้านการดูแลสุขภาพบุคลากรการแพทย์ 5) ด้านการจัดบริเวณจุดคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 6) ด้านการ จัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 7) ด้านการจัดสถานที่สำหรับทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองขนาดเล็ก 8) ด้านการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกันและมาตรการพิเศษ 9) ด้านการเก็บสิ่งส่งตรวจ 10) ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ อุบัติใหม่ 11) ด้านการกำหนดระยะเวลาในการควบคุมการติดเชื้อและการจำหน่ายผู้ป่วย 12) ด้านการให้คำแนะนำ แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้เข้าเยี่ยม และ 13) ด้านการจัดการศพผู้ติดเชื้ออุบัติใหม่ ซึ่งรูปแบบแต่ละด้านมีการปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ในภาพรวมระดับดีมากทุกด้าน และผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้บริหาร แพทย์ หัวหน้าพยาบาล และผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำรูปแบบ ซึ่งในการดำเนินการ หากผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการกระตุ้น ติดตาม ส่งเสริม และสนับสนุนในการปฏิบัติ จะช่วยให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และในส่วนของผู้ปฏิบัติหากมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน รูปแบบการปฏิบัติที่ไม่ซับซ้อน รวมถึง มีความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิธิศ จินดารัตน์ และปริญญาภรณ์ พจน์อริยะ[7] ได้ศึกษาเรื่องการจัดการความรู้ที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ของชุมชนเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร พบข้อเสนอแนะตามผลการศึกษาการจัดการความรู้ของชุมชนเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยภาพรวมด้านการสร้างความรู้ ด้านการประมวลความรู้ ด้านการเข้าถึงความรู้และด้านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในการป้องกันการ ติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ชุมชนเขตสายไหม กรุงเทพมหานครนั้น หากสังเกตจะพบว่าในทุกๆ ด้านมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง ส่งผลซึ่งกันโดยตรงและมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก กล่าวคือ การจัดการความรู้จะมีประสิทธิภาพได้นั้น ต้องมีการ สร้างความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลต่อการประมวลความรู้ที่ถูกต้องตามมา และการเข้าถึงข้อมูลที่สามารถทำได้รวดเร็วจะเป็นส่วนที่ช่วยสนับสนุนให้สามารถสร้างความรู้ ประมวลความรู้ และแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ทำได้รวดเร็วตามมาเช่นกัน ส่วนการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ที่ดีจะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อมีการสร้างความรู้และการประมวลความรู้ที่ถูกต้องสามารถส่งต่อประโยชน์นั้นๆ ผ่านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ในช่องทางที่สะดวกและรวดเร็ว เมื่อปัจจัยที่เป็นพื้นฐานสำคัญ ในด้านต่างๆ ในการจัดการความรู้มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้การเตรียมความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยรวม รวมถึงด้านความรู้ ด้านความเข้าใจ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติมีประสิทธิภาพ

เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิชชาวรรณ เหล่าชัยเจริญผล[6] ได้ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในการป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ พบว่าข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรมีการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออุบัติใหม่ให้มากขึ้น โดยเฉพาะด้านการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ควรมีการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ได้มาตรฐาน ด้านการเก็บสิ่งส่งตรวจควรมีการจัดพื้นที่เฉพาะในการเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นสัดส่วน มีการจัดอบรมเกี่ยวกับการเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้องสำหรับบุคลากรการแพทย์ และด้านการจัดการศพผู้ติดเชื้ออุบัติใหม่ ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติในการชันสูตรศพผู้ติดเชื้ออย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการเตรียมความพร้อมด้านที่ยังมีการดำเนินการน้อย เช่น การพัฒนาการจัดสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการศพผู้ติดเชื้อ อุบัติใหม่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร และคณะ[8] ศึกษาเรื่อง บทบาทของกลไก/ระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) 2561-2564 ต่อการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แก่ระบบบริการสาธารณสุข สำหรับรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต พบข้ออภิปรายต่อผลการประเมิน ดังนี้ 1) ความคล้ายคลึงกันของนโยบายระหว่างสถานพยาบาลที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลที่ เข้าร่วมโครงการ 2P Safety หรือไม่ก็ตาม อาจเกิดจากโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้ขาดข้อมูลที่หลากหลายในการตัดสินใจจึงมีการใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ 2) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 การตัดสินใจใช้มาตรการต่างๆ ของสถานพยาบาลเกือบทั้งหมดอยู่บนความไม่แน่นอน ดังนั้นการสื่อสารและให้โอกาสประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลประกอบการพิจารณาหรือตัดสินใจกำหนดมาตรการจะทำให้เกิดความเข้าใจ ไว้ใจ และเป็นการแบ่งปันความรับผิดชอบต่อมาตรการและผลกระทบที่เกิดขึ้น 3) การสื่อสารภายในสถานพยาบาลนอกจากการใช้กลไกเดิมที่มีอยู่แล้ว ผู้กำหนดมาตรการควรสื่อสารด้วยความโปร่งใสอย่างมีกลยุทธ์ เพื่อให้กำลังใจ ลดความตื่นตระหนกและความเครียดของบุคลากร และควรเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับหน่วยงานอื่นๆ และประชาชนในชุมชนให้มากขึ้นกว่าในอดีต 4) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินมาตรการควรมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำกับติดตามและประเมินผลในมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพราะเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดและมีโอกาสเกิดผลกระทบสูงต่อระบบสุขภาพในอนาคต เพื่อที่จะได้สร้างองค์ความรู้เพื่อนำมาปรับปรุงมาตรการที่ดำเนินการแล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับผลการวิจัยของสมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ และคณะ[9] ศึกษาเรื่อง การวิจัยเพื่อศึกษาระบบป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการสัมภาษณ์พบว่า ระบบการป้องกันและควบคุม โรคโควิด-19 ของโรงพยาบาล มีการถ่ายทอดนโยบาย มาตรการจากคณะกรรมการ EOC ของโรงพยาบาลสู่ผู้ปฏิบัติ ในหน่วยงาน ติดตามและปฏิบัติการตามมาตรการของการควบคุมโรค ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเมื่อมี การปรับมาตรการควบคุมโรค มีการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมการคัดกรองของโรงพยาบาลมีการปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมเพื่อความอยู่รอดตามสถานการณ์ เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ ได้มีการอนุมัติ

อัตรากำลังเพื่อรองรับปริมาณ ที่เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีการเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เป็นอย่างดี โดยจุดสำคัญ คือ การตั้งทีมของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (emergency operations center: EOC) และการจัดการประชุมเพื่อการพัฒนาระบบงานทุกเดือนอย่างเป็นลำดับชั้นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รงรอง อำนวยลาภไพศาล (2566) ศึกษาเรื่อง การเตรียมความพร้อมวิธีป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรค COVID-19 ปัญหาและแนวทางวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อม วิธีป้องกันควบคุมการ ติดเชื้อของโรค COVID-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลตำรวจ จากสถานการณ์ COVID-19 ซึ่งการเตรียม ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลตำรวจมีความพร้อมประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบดังต่อไปนี้ ได้แก่ 1) การมีความพร้อมทางด้านกายภาพ 2) การมีความพร้อมทางด้านสติปัญญา 3) การมีความพร้อมทางด้านสิ่งแวดล้อม 4) การมีความพร้อมด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และบุคลิกภาพ ปัญหา แนวทางวิธีการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะการเตรียมความพร้อมจากสถานการณ์ COVID -1 9 มีดังนี้ 1) ด้านอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ควรมีการจัดหาบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติมให้เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย 2) ด้านงบประมาณที่ใช้ในการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น มีการวางแผนจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้เหมาะสม 3) ด้านวัคซีนป้องกันโรคให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการจัดสรรวัคซีนที่มีคุณภาพได้รับมาตรฐานสากล และควรมีตัวเลือกในการได้รับวัคซีนชนิดต่างๆ มากขึ้น และในอนาคตหากสถานการณ์ COVID-19 ยังคงอยู่ ควรมีการเตรียมความพร้อมการวางแผนการรับมือกับการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีจำนวนมากขึ้นและขยายเป็นวงกว้าง ควรมีการให้ความรู้กับประชาชนในการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 การใช้ชีวิตแบบชีวิตวิถีใหม่ (new normal) นำสถานการณ์ COVID-19 ในการระบาดครั้งยิ่งใหญ่นี้เป็นบทเรียนเพื่อหาแนวทางการเตรียมความพร้อม ในอนาคตที่อาจจะมีการเกิดโรคระบาดครั้งใหม่

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1.ผู้บริหารควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสนับสนุนให้นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ทั้งในเชิงนโยบาย การบริหารจัดการและงบประมาณ เพื่อเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล และรับมือกับการระบาดของโรคได้อย่างเหมาะสม

ด้านการพยาบาล

1. หัวหน้างานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลางของโรงพยาบาล ควรนำผลการศึกษาไปขยายผลแก่ผู้ปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อเตรียมพร้อมรับกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

2. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงานเกี่ยวการเตรียมความพร้อมการป้องกัน การติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความตระหนักสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ด้านการวิจัย

1. ควรจะมีการวิจัยเพื่อติดตามผลการนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อ อุบัติใหม่ในโรงพยาบาล : โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา การป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล และรับมือกับการระบาดของโรคได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024a). Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 31 July 2003. [Online]. From http://www.who.int/csr/sars/country/ table 2004_04_21/en,
2. ฮักส์ อินชัวรันซ์ โบรกเกอร์. (2566). 7 โรคอุบัติใหม่ที่ต้องระวัง เสี่ยงเกิดได้กับคนทุกวัย. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2566. สืบค้นจาก https://www.hugsinsurance.com/article/emerging-infectious-diseases
3. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ติดตามสถานการณ์โรคไวรัสมาร์บวร์ก. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ วันที่ 31 มีนาคม 2566. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2023/02/27073.
4. งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โรงพยาบาลอุทัย. (2566). การเตรียมความพร้อม วิธีป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อของโรค COVID-19. พระนครศรีอยุธยา : กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี. (2566). ข้อมูลบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี.
6. พิชชาวรรณ เหล่าชัยเจริญผล. (2560). การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. นิธิศ จินดารัตน์ และ ปริญญาภรณ์ พจน์อริยะ. (2564). การจัดการความรู้ที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ของชุมชนเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (กลุ่มวิชาเอกการจัดการ). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
8. วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร และคณะ. (2565). บทบาทของกลไก/ระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) 2561-2564 ต่อการเตรียมความ พร้อมของสถานพยาบาลในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19. กรุงเทพฯ : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP).
9. สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ และคณะ. (2566). “การวิจัยเพื่อศึกษาระบบป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19)ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี”, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 32(3) : 479 – 487.

การศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

Study on the quality of care management for patients with bloodstream infection symptoms at the inpatient nursing unit, Lopburi Cancer Hospital.

(Received: July 27,2024 ; Revised: August 1,2024 ; Accepted: August 3,2024)

ณิภา แสงกิตติไพบูลย์[1], อนงค์ สง่าเนตร[2] , ประภาภรณ์ ตาบุดดา[3]
Nipa Sangkittipiboon[1], Anong Sa-nganate[2], Prapaporn Tabudda[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยใช้โมเดลการประเมินคุณภาพทางการพยาบาลของ Irvine และคณะ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 69 คน และเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือน มกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 57 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด บันทึกกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพการจัดการด้านโครงสร้าง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.97 คุณภาพการจัดการด้านกระบวนการ พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดบางประการไม่สม่ำเสมอ คุณภาพการจัดการด้านผลลัพธ์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อเฉลี่ย 29.61 นาที โดยร้อยละ 50.87 ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อในระยะเวลาเป้าหมาย (ไม่เกิน 30 นาที) ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 21.28 นาที โดยร้อยละ 84.21 ได้รับยาปฏิชีวนะในระยะเวลาเป้าหมาย (ไม่เกิน 60 นาที) และหลังการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้นสามารถย้ายกลับหอผู้ป่วย ได้ ร้อยละ 66.70 และจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 21.10

Abstract

.

This descriptive research aimed to study the quality of nursing care management in patients with bloodstream infection syndrome (BIS) included structure, process and outcome elements at the inpatient nursing unit, Lopburi Cancer Hospital based on the nursing role effectiveness model of Irvine and colleague as a conceptual framework. The purposive sampling groups consisted of: 69 professional nurses and 57 medical records of inpatients who were BIS and admitted in Lopburi Cancer Hospital from January 2021 to December 2023. The tool used to gather data from professional nurses including a knowledge assessment tool of care for patients with BIS and a practice questionnaire of care for patients with BIS. The data collection tools from personal information included medical records of patients with BIS, documented data of care process and outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results found that the quality of care management in structure element, the professional nurses had moderate levels of knowledge of care (57.97%) for patients with BIS. The quality of care management in process

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
[3] พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

element, nurses didn't follow constantly several processes according to the guidelines of care for patients with BIS. The quality of care management in outcome element, the patients with BIS were drawn blood for hemoculture in average time 29.61 minutes, 50.87% of all patients were done within the target time (not more than 30 minutes). The average time of antibiotic administration was 21.28 minutes, 84.21% of all patients receiving antibiotics within the target time (not more than 60 minutes). After providing care to patients with BIS according to guidelines, the sample groups had improved symptoms and were able to return to wards (66.70%) and 21.10% were discharged home. The results of the study showed the important ongoing research for improving the quality of care in patients with BIS, especially, were about the knowledge and care practice of nurses in evaluating change in patient conditions. In addition, there should be research to monitor the quality of care in transferring patients to other wards.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะรุนแรงขึ้นเป็นภาวะ Septic Shock ซึ่งเป็นภาวะที่มีผลต่ออวัยวะในระบบต่าง ๆ อย่างกว้างขวางรวมถึงการทำงานของหัวใจ ตามมาด้วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และเสียชีวิตในที่สุด[1] จากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของ 4 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา บราซิล นอร์เวย์ และประเทศออสเตรเลีย พบว่า กลุ่มผู้ป่วย Sepsis มีจำนวน 14 -240 คนต่อแสนประชากร โดยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 25-30 และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจะมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40-70[2]

ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 75-150 รายต่อ 100,000 ประชากรหรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 75-73.9[3] ถึงแม้ว่าในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษา มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น เทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามอัตราตายของผู้ป่วยจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดยังคงสูงอยู่ เนื่องจากการวินิจฉัยทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่เกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้มีไข้เป็นอาการนำ[4] ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดบางรายอาจมีเพียงอาการอ่อนเพลีย ถามตอบช้าลง รับประทานอาหารได้น้อยหรือนอนหลับมากขึ้น[5] ส่วนผู้ป่วยที่มีการทำงานของภาวะระบบภูมิคุ้มกันโรคลดลง ได้แก่ ผู้สูงอายุ[6] หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ตับแข็ง (Cirrhosis) เบาหวาน และปอดอักเสบเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เมื่อเกิดการติดเชื้อจะลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเกิดภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ

จากสถิติโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปีงบประมาณ 2564 คิดเป็นร้อยละ 10.52, ปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นร้อยละ 9.52 และปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นร้อยละ 5.55 ตามลำดับ ซึ่งแม้จะดูแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตลดลง แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิ จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ในปี 2566) และพบประเด็นที่เป็นความเสี่ยงในกระบวนการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ล่าช้า และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระเสเลือดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยใช้รูปแบบประสิทธิภาพของบทบาท

พยาบาล (The Nursing Role Effectiveness Model) ของ Irvine et al.[7] มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งการประเมินคุณภาพการจัดการดูแลจะประเมิน 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการจัดการดูแล เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

2. เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดด้านกระบวนการ ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาล ระยะเวลาที่ค้นพบผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ (Hemoculture) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

3. เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO_2) ภาวะน้ำเกินจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และสถานะการจำหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (Population) มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

1.2 เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

2. กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

2.1 กลุ่มพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี อย่างน้อย 1 ปี

2.2 เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่มารับการตรวจรักษาระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 57 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีลักษณะดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดตามคำจำกัดความของ SIRS, Sepsis และ Septic Shock

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลด้านโครงสร้างประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความสามารถในการดูแลตนเอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาล การอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1.3 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด สร้างโดยผู้วิจัยจากทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-13 คะแนน การ

แปลผลคะแนนความรู้พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[8] ดังนี้

คะแนนที่อยู่ในช่วงร้อยละ 0-59 หรือ ได้ 0-7.79 คะแนน หรือตอบถูก 0-7 ข้อ หมายถึง มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดระดับน้อย

คะแนนที่อยู่ในช่วงร้อยละ 60-79 หรือ 7.80-10.39 คะแนน หรือตอบถูก 8-10 ข้อ หมายถึง มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนที่อยู่ในช่วงร้อยละ 80-100 หรือ 10-13 คะแนน หรือตอบถูกตั้งแต่ 10 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis, Septic Shock โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แบ่งเป็นระยะ SIRS จำนวน 3 ข้อ ระยะ Sepsis จำนวน 8 ข้อ ระยะ Septic Shock จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

2.2 แบบบันทึกกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย

1) ระยะเวลาที่ค้นพบผู้ป่วย

2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือด (H/C)

3) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้เริ่มยาปฏิชีวนะ

4) ค่าเฉลี่ยความดันเลือด (MAP)

5) ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนหลอดเลือกส่วนปลาย (SpO_2)

6) ภาวะน้ำเกินจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

7) สถานการณ์จำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระเสเลือด แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และแบบบันทึกกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อ ในกระเสเลือดที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ไปให้ผู้ทรง คุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำความคิดเห็นของผู้ทรง คุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index Of Item-Objective Congruence: IOC) = .66 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .89

การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดด้านโครงสร้าง วิเคราะห์คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดด้านกระบวนการ วิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของ

พยาบาล ระยะเวลาที่ค้นพบผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยพยาบาล ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ (HI/C) และระยะเวลาผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดด้านผลลัพธ์ วิเคราะห์ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO_2) ภาวะน้ำเกินจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและอัตราการเกิดภาวะช็อก ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับโครงการรับรองวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เลขที่ REC 016/67 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 69 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.60 มีอายุระหว่าง 23-49 ปี อายุเฉลี่ย 36.13 (SD $\pm$ 8.13) ปี สถานะคู่ ร้อยละ 56.50 ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีตำแหน่งข้าราชการ มากที่สุด ร้อยละ 87.60 ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ช่วง 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.00 การได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีผู้ได้รับการอบรม ร้อยละ 49.30

กลุ่มตัวอย่าง เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือน มกราคม 2564 ถึง เดือน ธันวาคม 2566 จำนวน 69 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.90 มีอายุระหว่าง 23-79 ปี อายุเฉลี่ย 56.36 (SD $\pm$ 12.17) ปี สถานะคู่ ร้อยละ 63.20 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.10 เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 22.80 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.40 มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 57.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ECOC ระดับ 2 หมายถึง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และมีอาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 66.60 ภายหลังได้รับการรักษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หายจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและย้ายกลับหอผู้ป่วย ร้อยละ66.70 รองลงมา คือ จำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 21.10

1. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านโครงสร้าง

ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.97 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 31.88 โดยมีค่าคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน

2. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านกระบวนการ

การศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระเสเลือดด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ระยะเวลาที่พยาบาลค้นพบผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลา ที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะ ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

1) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดในแต่ละระยะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ได้ผลดังนี้

1.1) ระยะ SIRS พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในกิจกรรมการประเมินสัญญาณชีพและ N/S ทุก 15 นาที การติดตามผล CBC ดูค่า WBC ร้อยละ 81.2 รองลงมา ได้แก่ การประเมินอาการแสดงการติดเชื้อร้อยละ 72.5

1.2) ระยะ Sepsis พบว่า กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพทุกคน ร้อยละ 100 ปฏิบัติทุกครั้ง ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพและ N/S ทุก 15 นาที การดูแล

ให้ได้รับ O2 keep O2 sat >94% และการเจาะเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, LFT, CBG, Electrolyte การให้ IV fluid ตามแผนการรักษา รองลงมา คือ การประเมินอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 88.4 และพบว่ากิจกรรมที่มีการปฏิบัติทุกครั้งน้อยที่สุดคือ การ Culture จาก source of infection ใน 30 นาที ร้อยละ 79.7 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน (n= 69)

กิจกรรมการดูแล	ปฏิบัติทุกครั้ง		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะ SIRS						
1. ประเมินสัญญาณชีพและ N/S ทุก 15 นาที	56	81.2	2	2.9	11	15.9
2. ติดตามผล CBC ดูค่า WBC	56	81.2	2	2.9	11	15.9
3. ประเมินอาการแสดงการติดเชื้อ	50	72.5	8	11.6	11	15.9
ระยะ Sepsis						
1. ประเมินสัญญาณชีพและ N/S ทุก 15 นาที	69	100	0	0	0	0
2. ประเมินอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง	61	88.4	7	10.1	1	1.4
3. ดูแลให้ได้รับ O keep O2 sat > 94%	69	100	0	0	0	0
4. เจาะเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, LFT, CBG, Electrolyte	69	100	0	0	0	0
5. เจาะเลือดตรวจ Hemoculture 2 ขวด ใน 30 นาที	56	81.2	12	17.4	1	1.4
6. Culture จาก source of infection ใน 30 นาที	55	79.7	13	18.8	1	1.4
7. ให้ยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย (หลัง Hemoculture)	56	81.2	12	17.4	1	1.4
8. ให้ IV fluid ตามแผนการรักษา	69	100	0	0	0	0
ระยะ Septic Shock						
1. ประเมินสัญญาณชีพและ N/S ทุก 15 นาที	69	100	0	0	0	0
2. ประเมินอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง	69	100	0	0	0	0
3. ดูแลให้ได้รับ O keep O2 sat > 94%	69	100	0	0	0	0
4. เจาะเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, LFT, CBG, Electrolyte	69	100	0	0	0	0
5. CXR, EKG ใน 30 นาที	40	58.0	15	21.7	14	20.3
6. เจาะเลือดตรวจ Hemoculture 2 ขวดใน 30 นาที	48	69.6	9	30.4	0	0
7. Culture จาก source of infection ใน 30 นาที	48	69.6	9	30.4	0	0
8. ให้ยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับการวินิจฉัย (หลัง Hemoculture)	52	75.4	5	24.6	0	0
9. ประเมิน Breath sound ก่อนให้ IVF	16	23.2	39	56.5	14	20.3
10. ให้ IV fluid ตามแผนการรักษา	69	100	0	0	0	0
11. Retained foley's catheter	44	77.19	0	0	25	22.81
12. ประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง	44	77.19	0	0	25	22.81
13. ประเมิน Breath sound หลัง load IVF	20	29	20	29	29	42
14. ให้ Vasopressor ตามแผนการรักษา	52	75.4	0	0	0	0
15. ติดตามสัญญาณชีพหลังได้ Vasopressor ทุก 15นาที	52	75.4	0	0	0	0

จากการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ระยะเวลาที่พยาบาลค้นพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ระหว่าง 10-45 นาที ระยะเวลาเฉลี่ย 23.03 (SD±

12.1) นาทีระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้ออยู่ระหว่าง 5-55 นาที (SD±10.24) นาที ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ ยาปฏิชีวนะ อยู่ระหว่าง 10-43 (SD±8.84) นาที รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาที่พยาบาลค้นพบผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (n=57)

ตัวแปร	Min	Max	X	SD
ระยะเวลาที่พยาบาลค้นพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (นาที)	10	45	23.03	7.09
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ (นาที)	5	55	29.61	10.24
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (นาที)	10	43	21.28	8.84

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 57 ราย หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ผู้ที่มีภาวะ Sepsis และ Septic shock การได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 30 นาที (เป้าหมาย) ร้อยละ 50.87 และการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที (เป้าหมาย) ร้อยละ 84.21 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและได้รับยาปฏิชีวนะจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นเป้าหมาย (n = 57)

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ		
ภายใน 30 นาที (เป้าหมาย)	29	50.87
มากกว่า 30 นาที	28	49.13
การได้รับยาปฏิชีวนะ		
ภายใน 60 นาที (เป้าหมาย)	48	84.21
มากกว่า 60 นาที	9	15.79

3. คุณภาพการจัดการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านผลลัพธ์

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 57 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis จำนวน 38 ราย ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 35.10 และ มีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยน้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 31.57 ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะ: Septic shock ทั้งหมด ร้อยละ 33.35 พบค่าความดันโลหิตเฉลี่ยน้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดแต่ละระยะ จำแนกตามระดับค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่เป็นเป้าหมาย (n=57)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (จำนวนราย)	ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย			
	≥ 65 mmHg		< 65 mmHg	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Sepsis (38)	20	35.08	18	31.57
Septic shock (19)	0	0	19	33.35

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 57 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis จำนวน 38 ราย มีปริมาณค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลายมากกว่าหรือเท่ากับ 92% ร้อยละ 35.10 และมีปริมาณค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลายน้อยกว่า

95 ร้อยละ 31.57 ส่วนผู้ป่วย ที่มีภาวะ Septic Shock มีปริมาณค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลายน้อยกว่า 92% ร้อยละ 33.33 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดแต่ละระยะ จำแนกตามปริมาณค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (n=57)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (จำนวนราย)	ปริมาณค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย			
	≥ 92 %		<92 %	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Sepsis (38)	20	35.10	18	31.57
Septic shock (19)	0	0	19	33.33

สรุปและอภิปรายผล

คุณภาพการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้านโครงสร้าง ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับดี ข้อที่ตอบไม่ถูกมากที่สุด คือ เป้าหมายของการให้ยา Norepinephrine การประเมินผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ภาวะ Sepsis และการติดตามตรวจวัดอาการผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีอายุงานอยู่ช่วง 1-5 ปี มีจำนวนมากถึงร้อยละ 29 และพยาบาลกลุ่มนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่ขึ้นปฏิบัติงานในช่วงเวรบ่ายและดึก ที่ไม่มีพยาบาลอาวุโส ซึ่งบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeffery et al.[9] ที่พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดน้อย และพยาบาลยังไม่ทราบข้อบ่งชี้ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรภนา วงศ์ธรรมดี และคณะ[10] ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของภัทราวรรณ ขุนทอง และวารินทร์ บินโฮเซน[11] ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด

คุณภาพการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้านกระบวนการ จากแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาล พบว่า การประเมินสัญญาณชีพและ N/S ทุก 15 นาที การติดตามผลเพื่อดูค่า WBC เป็นกิจกรรมที่ได้รับการปฏิบัติ ร้อยละ 81.2 ซึ่งอาจเกิดจากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดน้อย[9] พยาบาลขาดความเข้าใจและไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะ Sepsis การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วย Sepsis ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระเสเลือด[12] และพยาบาลไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการวัดสัญญาณชีพ (V/S) และอาการแสดงของระบบประสาท

คุณภาพการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้านผลลัพธ์ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระยะ Sepsis หลังได้รับการดูแลรักษาแล้วมีสัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) $\geq$ 65 mmHg และมีปริมาณค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย > 92% มากกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นระยะ Septic Shock ตลอดจนมีสัดส่วนของผู้เกิดภาวะช็อกน้อยกว่าผู้มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นระยะ Sepsis แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วในระยะที่การติดเชื้อในกระแสเลือดยังไม่รุนแรง จะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาล มีการรายงานแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมี

อัตราการรอดชีวิตสูง มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ลดลง และมีการเสียหน้าที่ของอวัยวะลดลง[13]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการติดตามการดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน เป็นการเก็บข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์และการพยาบาลที่แสดงถึง กระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์การดูแลที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจได้ข้อมูลบางอย่างที่ต้องการศึกษาไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงควรศึกษาไปข้างหน้า

2. ควรแยกข้อคำถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เรื่องการประเมินสัญญาณชีพ (V/S) และการประเมินอาการทางระบบประสาท (N/S) ออกจากกัน เนื่องจากผลการศึกษา ที่พบว่า พยาบาลประเมิน V/S และ N/S ไม่ค่อยสม่ำเสมอนั้นอาจเนื่องจากพยาบาลไม่ได้ประเมิน N/S สม่ำเสมอ ต่างจากการประเมิน V/S ที่มีการประเมินอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Global health estimates 2015 summary table [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 20]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_ disease/estimates/en/index1.html.

2.Angus DC, Van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. New England journal of medicine. 2013;369(9):840-51.

3.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 [Internet]. 2564 [cited 20 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2563.pdf.

4.Castle SC, Norman DC, Yeh M, Miller D, Yoshikawa TT. Fever response in elderly nursing home residents: are the older truly colder? Journal of the American Geriatrics Society. 1991;39 (9):853-7.

5.Girard TD, Opal SM, Ely EW. Insights into severe sepsis in older patients: from epidemiology to evidence-based management. Clinical Infectious Diseases. 2005;40(5):719-27.

6.Opal SM, Girard TD, Ely EW. The immunopathogenesis of sepsis in elderly patients. Clinical infectious diseases. 2005;41(Supplement_7):S504-S12.

7.Irvine D, Sidani S, Porter H, O'Brien-Pallas L, Simpson B, Graydon J, et al. Organizational factors influencing nurse practitioners' role implementation in acute care settings. Canadian Journal of Nursing Leadership. 2000;13(3):28-35.

8.Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives: Handbook 1, Cognitive Domain. New York: Mackay; 1971.

9.Jeffery AD, Mutsch KS, Knapp L. Knowledge and recognition of SIRS and sepsis among pediatric nurses. Pediatr Nurs. 2014;40(6):271-8.

10.พรภนา วงศ์ธรรมดี, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซน. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2562;1(1):33-47.

11.ภัทราวรรณ ขุนทอง, วารินทร์ บินโฮเซน. คุณภาพการจัดการดูแลผู้มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ดรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2566;5(3):e3231.

12.วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ, จิราภรณ์ น้อมกุศล, รัตนา ทองแจ่ม. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557;32 (2):25-36.

13.Torsvik M, Gustad LT, Mehl A, Bangstad IL, Vinje LJ, Damås JK, et al. Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival. Critical care. 2016; 20:1-9.

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

Development of a program to prevent complications in patients with type 2 diabetes at Primary and holistic service units, Manchakhiri Hospital, Manchakhiri District, Khon Kaen Province.

(Received: July 29,2024 ; Revised: August 4,2024 ; Accepted: August 8,2024)

จิตเกษม เบ็ญจขันธ์[1]
Jitkasame Benchakanta[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอมัญจาคีรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้เวลา 10 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Paired t-test และ สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ และค่าเฉลี่ยระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

The quasi-experimental research aimed to study the results of developing a program to prevent complications in patients with type 2 diabetes. The sample group was patients with type 2 diabetes in Manchakhiri District. Divided into an experimental group and a comparison group of 34 people each. The tool used in the experiment was a program to prevent complications in patients with type 2 diabetes. It took 10 weeks to analyze the data. Using descriptive statistics, Paired t-test statistics and Independent t-test statistics.

The research results found that After using the program The experimental group had a mean self-efficacy score. Average result expectancy score level And the mean score of behavior to prevent complications in the experimental group was higher than before using the program. and was significantly higher than the comparison group at the .05 level and found that after using the program The experimental group had their average fasting blood sugar (FBS) level before breakfast. and the average cumulative blood sugar (HbA_1c) level Lower than before using the program and lower than the comparison group Statistically significant at the .05 level.

Keywords: Program to prevent complications in patients with type 2 diabetes.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรค NCDs หรือ non-communicable diseases เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมการรับประทานที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น และเป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญที่สุดของประชากรโลก อุบัติการณ์การเกิดโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรค ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่เข้าถึงการรักษา การดูแลรักษาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ผู้ป่วยเพิ่ม 3 ใน 10 คนที่ในการรักษาอยู่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานพบค่อนข้างสูง ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องรับการดูแลรักษาต่อเนื่อง การรักษามีจุดประสงค์และเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันให้บริการดูแลรักษา เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การสร้างทักษะการกินการอยู่ที่ถูกต้อง โน้มน้าวสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มอัตราป่วยจากโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น และอำเภอมัญจาคีรีเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่าสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก ประชากรป่วยจากโรคเบาหวานสูงอย่างต่อเนื่องเป็นอันดับ 1 ทุกปี โดยปี 2564-2566 มีอัตราผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 8,788, 8,751 และ 7,603 ราย คิดเป็น 12,248.94, 12,486.44 และ 10,785.47 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[1] เพื่อแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสจะเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานดังกล่าว เนื่องปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลกุดเค้าในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี ที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก จึงได้ทำการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น โดยเลือกใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา[2] มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากทฤษฎีนี้มีองค์ประกอบที่เหมาะสม สามารถช่วยชี้นำแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จากการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ด้วยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคลที่ครอบคลุมทั้งการสาธิตและฝึกทักษะในกิจกรรมที่จำเป็น เพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบด้านบวกเพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้ปฏิบัติตาม การชักจูงโดยคำพูดจากบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดกำลังใจและมั่นใจในตัวเองแม้จะไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และการกระตุ้นทางอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลกล้าและตื่นเต้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ต่อระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราโดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธี ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ กิจกรรมประกอบด้วย 1) ให้ความรู้เรื่องโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน สร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและการให้เห็นตัวแบบด้านลบ 2) พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการสาธิตและฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการให้เห็นตัวแบบด้านบวก กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อน ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคแทรกซ้อน ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันโรคแทรกซ้อน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามทั้งส่วนที่ 2, 3 และ 4 ได้เท่ากับ 0.92 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.853, 0.878 และ 0.852 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test หลังการใช้โปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของข้อมูล (t-test) แบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้ 1.013009 จึงใช้ขนาดอิทธิพล 0.8 (large effect size) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.90 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 56 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 12 คน ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 68 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 34 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้าศึกษาและคัดออกจากการศึกษาดังนี้

1) เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนอยู่ในระดับกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้ตารางสี (Color chart) ตามวิธีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค[3] (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) (3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาโดยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา (4) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมในโปรแกรม เช่น มีปัญหากระดูกและข้อ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีคนช่วยพยุง เป็นต้น (5) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่รุนแรง เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมตั้งแต่ stage 3 ขึ้นไป สายตาเลือนรางจากเบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy: DR) จอประสาทตาผิดปกติ ต้อหิน ต้อกระจก โรคหัวใจชนิดรุนแรง เป็นต้น (6) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

(7) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และ (8) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยเมื่อมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สมัครใจในการข้าร่วมการศึกษาวิจัย (2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขอถอนตัวจากการศึกษาวิจัย (3) ระหว่างดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่รุนแรง เช่น แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะคีโทแอซิโดซิส (ketoacidosis) จากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะไตเสื่อมตั้งแต่ stage 3 ขึ้นไป มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น และ (4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของตำบลที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี ซึ่งเป็นโซนเหนือของอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย และกลุ่มเปรียบเทียบคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของตำบลที่เป็นโซนใต้ของอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น โดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 34 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา โดยการจับคู่ (Matching) เพศ อายุ (±2 ปี) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า (±5 มก./ดล.) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (±1%) และระดับความดันโลหิต (±5 มม.ปรอท) ทีละคู่ เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยดำเนินการเพื่อขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE663051 รับรอง ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 55.88 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 58.82 สถานภาพคู่ ร้อยละ 85.29 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.24 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 85.29 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 50 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 4 ปี ร้อยละ 44.12 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทุกคนไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 55.88 ออกกำลังกายน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ สำหรับคนที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยใช้วิธีการแกว่งแขน ร้อยละ 58.82 ใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 20 นาที/วัน ยารักษาเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบันร้อยละ 61.76 เป็นเมทฟอร์มิน ร้อยละ 79.41 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง การทดสอบความเหมือนกัน ของข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นนามมาตราระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Test for Homogeneity) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 ความแตกต่างของระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อน คาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคแทรกซ้อน และพฤติกรรมป้องกันโรคแทรกซ้อน

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อนก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.68, S.D.= 0.087) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.18, S.D.= 0.157 โดยหลังใช้โปรแกรมฯ การรับรู้ความสามารถตนเองฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -51.051, *p-value* = .000) ส่วนกลุ่ม

เปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อนก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.79, S.D. = 0.096 และ $\overline{X}$ = 1.78, S.D. = 0.087 ตามลำดับ) โดยก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ การรับรู้ความสามารถตนเองฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 1.269, *p-value* = .432)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคแทรกซ้อนก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.79, S.D.= 0.212) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.12, S.D.= 0.169) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ ความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -61.715, *p-value* = .000) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคแทรกซ้อนก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.81, S.D. = 0.105 และ $\overline{X}$ = 1.79, S.D. = 0.113 ตามลำดับ) โดยก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ มีความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -0.461, *p-value* = .642)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคแทรกซ้อนก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.88, S.D.= 0.121) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.19, S.D.= 0.109) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -60.148, *p-value* = .000) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคแทรกซ้อนก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.89, S.D. = 0.110 และ $\overline{X}$ = 1.87, S.D. = 0.107 ตามลำดับ) โดยพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคแทรกซ้อนก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -0.647, *p-value* = .471)

ตอนที่ 3 ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

3.1 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ มีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test) ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้าและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อน และหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ Paired t-test (n=34)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			t	*p-value*
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ		
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า (FBS) (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)								
กลุ่มทดลอง	191.61	2.110	สูงมาก	91.01	3.059	ปกติ	37.125	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	191.29	2.171	สูงมาก	192.52	3.709	สูงมาก	1.392	.346
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (%)								
กลุ่มทดลอง	8.91	2.219	สูงมาก	6.70	3.246	ปกติ	36.630	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.87	2.184	สูงมาก	8.93	3.107	สูงมาก	1.138	.365

*p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย**ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า**ก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 191.61, S.D.= 2.110) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปกติ ($\overline{X}$ = 91.01, S.D.= 3.059) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้าต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 37.125, p-value = .000) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้าก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 191.29, S.D.= 2.171 และ $\overline{X}$ = 192.52, S.D.= 3.709 ตามลำดับ) โดยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้าก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 1.392, p-value = .346)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย**ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด**ก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 8.91, S.D.= 2.219) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปกติ ($\overline{X}$ = 6.70, S.D.= 3.246) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 34.630, p-value = .000) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 8.87, S.D.= 2.184และ $\overline{X}$ = 8.93, S.D.= 3.107ตามลำดับ) โดยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (t = 1.138, p-value = .365)

3.2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ Independent t-test (n=34)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	*p-value*
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ		
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า (FBS) (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)								
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	191.61	2.110	สูงมาก	191.29	2.171	สูงมาก	0.423	.521
หลังใช้โปรแกรมฯ	91.01	3.059	ปกติ	192.52	3.709	สูงมาก	-18.451	.000*
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (%)								
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	8.91	2.219	สูงมาก	8.87	2.184	สูงมาก	0.416	.424
หลังใช้โปรแกรมฯ	6.70	3.246	ปกติ	8.93	3.107	สูงมาก	-19.124	.000*

**p-value < .05*

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย**ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า** ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติ ($\overline{X}$ = 91.01 S.D.= 3.059) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 192.52, S.D.= 3.709) โดยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -18.451, p-value = .000) ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 191.61, S.D.= 2.110 และ $\overline{X}$ = 191.29, S.D.=

2.171 ตามลำดับ) โดยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 0.423, p-value = .521)

หลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย**ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด**ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติ ($\overline{X}$ = 6.70, S.D.= 3.246) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 8.93, S.D.= 3.107) โดยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 19.124, p-value = .000) ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 8.91 S.D.= 2.219 และ $\overline{X}$ = 8.87, S.D.= 2.184 ตามลำดับ) โดยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 0.416, p-value = .424)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้าหลังใช้โปรแกรมฯอยู่ในระดับปกติ ($\overline{X}$ = 91.01 S.D.= 3.059) ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ =191.61, S.D.= 2.110) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$ =192.52, S.D.= 3.709) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปกติ ($\overline{X}$ = 6.70, S.D.= 3.246) ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ = 8.91, S.D.= 2.219) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$ = 8.93, S.D.= 3.107) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น เป็นเวลานาน 10 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อนสูงขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคแทรกซ้อนทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายให้ดีขึ้น ประกอบกับการรับรู้ประโยชน์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและการได้เห็นตัวแบบด้านบวก ส่งผลให้มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค แทรกซ้อนและจัดการกับสถานการณ์ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้ มีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายด้วยการจำกัดและควบคุมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน[4] โดยลดปริมาณน้ำตาลลดลง เพิ่มอาหารจำพวกถั่ว ผักสีเขียวเข้ม และเมล็ดธัญพืช เน้นอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง เช่น พืชตระกูลถั่ว เมล็ดฟักทอง บร็อคโคลี่ ผักบุ้ง ผักโขม ผักคะน้า ข้าวโพดหวาน ข้าวกล้อง กล้วย เต้าหู้ ปลาทู เป็นต้น เพราะแมกนีเซียมเป็นธาตุที่มีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงานได้ ซึ่งเห็นได้จากพฤติกรรมการลดหรืองดการบริโภคอาหารหวานของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ = 4.53, S.D.= 0.627) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ = 1.98, S.D.= 0.768) และพฤติกรรมการบริโภคผัก/ผลไม้ของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ =4.31, S.D.= 0.753) มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ = 2.03, S.D.= 0.834) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการออกกำลังกายก็ปฏิบัติตามเป้าหมาย คือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที[5] โดยหลังใช้โปรแกรมฯ มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 212 นาที/สัปดาห์ ซึ่งมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ที่ออกกำลังกายเฉลี่ย 57.64 นาที/สัปดาห์ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการออกกำลังกายมีการฝึกทักษะและส่งเสริมให้กลุ่มทดลองใช้วิธีการเดินเร็วและด้วยวิธีการยืดเหยียดผสานอุปกรณ์จากนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ โดยนำแถบยางยืดผสานกับการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดในส่วนต่างๆ

ของร่างกาย ซึ่งมีความหนักระดับปานกลาง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนอาหารเช้า และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยการออกกำลังกายทำให้มีการเผาผลาญพลังงานในเซลล์ของร่างกาย สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เนื่องจากมีการยืดและหดตัวของกล้ามเนื้อจากการเคลื่อนไหว มีการสลายพลังงานจากน้ำตาลในเลือด ไกลโคเจนในกล้ามเนื้อ ไตรกลีเซอไรด์ และกลูโคส และทำให้เกิดการสลายกรดไขมันและน้ำตาลที่เก็บไว้ในกล้ามเนื้อและในเลือด เพิ่มน้ำตาลไปใช้ในการสังเคราะห์พลังงานทดแทนพลังงานที่ใช้ในการออกกำลังกาย (คณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ, 2555) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุทัสสี รังวารี[6] ศึกษาเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สาหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2566 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้าตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Pair t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับน้าตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัชราพร เนตรคำยวง[7] ศึกษาเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 290 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเอง 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ 4) แบบปะเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วงศ์จันทร์ นุตเวช[8] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการกำกับตนเองและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จาก 131.24 mg/dL เป็น 125.64 mg/dL

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวม หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมฯนี้ไปใช้ในการวางแผนการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและภาวะสุขภาพดีขึ้น สามารถควบคุมระดับระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีอัตราอุบัติการณ์สูง ในอำเภอมัญจาคีรีหรืออำเภอ เช่น โปรแกรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมและไตวายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1.โรงพยาบาลมัญจาคีรี. รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 28 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://www.manchakirihospital.go.th/index.php

2.Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215; 1977.

3.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2566.

5.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์; 2555.

6.สุทัสสี รังวารี. ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สาหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 3:152-161.

7.วัชราพร เนตรคำยวง. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยพยาบาลและการสาธารณสุข 2566; 3:78-95.

8.วงศ์จันทร์ นุตเวช. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข 2567; 2:88-78.

ผลของรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร

The Effectiveness Model for Assessment and prevention Phlebitis neonatal at Bamrasnaradura Infectious disease Institute.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

เบญจมภัทร เงินปาน[1]
Bengamapart Ngeanpan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และความเหมาะสมของการใช้รูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิดที่มารับบริการในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร ช่วงเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปทารก แบบประเมินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกที่ได้รับสารน้ำ ยา และสารอาหาร แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ และรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Independent t- test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$=.20, S.D.=.48) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=1.87, S.D.=.90) หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.94, p <.01) สามารถอธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ในภาพรวมรูปแบบ ฯ มีความเหมาะสม ร้อยละ 84.52

คำสำคัญ: รูปแบบ, หลอดเลือดดำอักเสบ, ทารกแรกเกิด

Abstract

This quasi-experimental research aims to compare the severity of the phlebitis scaleand the feasibility of using a model for the assessment and prevention of phlebitis neonatalreceiving services in the neonatal intensive care unit at Bamrasnaradura Infectious DiseaseInstitute, June-July 2024. The study groups were 60 persons, and purposive sampling to eitherthe experimental group (n=30) or the control group (n = 30) and professional nurses was 7persons. The instruments used were a general infant questionnaire. Assessment andprevention of phlebitis neonatal receiving fluids, medicines, and nutrients. Form for evaluatingthe appropriateness of the model. And models for assessing and prevention of phlebitisneonatal. The data were analyzed by descriptive statistics, frequency distribution, percentage,mean, and standard deviation, and independent t-test

The average severity of neonatal phlebitis was shown to differ substantially (t=-8.94, p< .0 1) between the experimental group ($\bar{X}$ =.20 , S.D.=.48) and the control group ($\bar{X}$ =1.87, S.D.=.90) following the trial, which can be used to explain why the experimental group phlebitis was less severe than the control group after applying the created model. (p<.05), it is statistically significant, and the model's overall appropriateness is 84.52 percent.

Keywords: Model , Phlebitis, Neonatal

[1] หอผู้ป่วยแยกโรค 7/2 หอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร

บทนำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral intravenous) เป็นวิธีการรักษาทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยทุกโรงพยาบาล ในทุกเพศทุกวัย ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและมีความจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการให้สารน้ำที่แตกต่างกัน เช่น การให้เพื่อรักษา แก้ไข ป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ เพื่อให้ยาทางหลอดเลือด และเป็นหนึ่งในหัตถการที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือทำเป็นกิจวัตร (Routine) ตามแผนการรักษาของแพทย์ อาจให้ในรูปแบบของสารน้ำ สารอาหาร ยา เลือด โดยการใช้เข็มแทงเข้าสู่หลอดเลือดดำส่วนปลายผ่านอุปกรณ์และชุดให้สารน้ำ ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ซึ่งเป็นหัตถการที่รุกล้ำ(Invasive procedure) เข้าไปในร่างกาย และมักพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (Bacteremia) ภาวะแทรกซ้อนจากสารน้ำมีฟองอากาศเข้าไปในหลอดเลือด มีการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ เช่น อาการบวม แดง ร้อน และหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำคือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหารต้องได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำ สารอาหาร และยาทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทารกที่มีปัญหาสุขภาพต้องได้รับ ด้วยทารกแรกเกิดมีเส้นเลือดที่เปราะบาง ผิวบาง จึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Mitzy Tannia Reichembach Dansk และคณะ ที่ศึกษาอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำในทารกแรกเกิด พบการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบร้อยละ 63.15 และพบว่าร้อยละ 95 ของการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจะถูกถอดออก จากภาวะการอักเสบของหลอดเลือดดำที่ทำลายผิวหนังบอบบางของทารก[1] การศึกษาของ Jacinto และคณะ (2014) พบการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็กร้อยละ 2.7-13[2] การศึกษาของ Beall, V., Hall, B., Mulholland, J. T., และ Gephart, S. M. (2013)ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในทารกแรกเกิด พบว่าร้อยละ 63.15 มีภาวะแทรกซ้อนเป็นการซึมและรั่วไหลของสารน้ำร้อยละ 69.98 มีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และร้อยละ 17.84 มีการอุดตัน ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นพบว่าการติดเชื้อ น้ำหนักทารก ยา นิดของสารน้ำ การผสมสารละลาย การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การให้เลือด ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 48 ชั่วโมงหลังการการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย[3]

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของชมรมพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยผู้ใหญ่และเด็ก ร้อยละ 2.7-67 [4,5] ซึ่งอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบค่อนข้างสูงกว่ามาตรฐานของชมรมพยาบาลผู้ให้สารน้ำ ที่กำหนดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบควรต่ำกว่าร้อยละ 52[5] และพบมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย ได้แก่การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายการให้ความรู้ การจัดทำคู่มือ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การสร้างตัวแบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติการเตือน การใช้สติ๊กเกอร์สีกำหนดวันเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ การจัดระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กรสนับสนุนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ใหญ่ ยังไม่พบมีการศึกษาในทารกแรกเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ เกิดจากการอักเสบของผนังหลอดเลือดเลือดดำ ขณะที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำผ่านทางเข็มโดยมีเข็มพลาสติกอยู่ภายใน

หลอดเลือดตลอดเวลาที่ให้สารน้ำ หรือเกิดภายหลังถอดเข็มให้สารน้ำ48 ชั่วโมง ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบเกิดได้หลายปัจจัย ได้แก่ 1) ผนังหลอดเลือดอักเสบจากการใช้วัสดุ2) หลอดเลือดดำอักเสบจากยาและสารน้ำ ยาบางชนิดทำให้หลอดเลือดดำอักเสบ เช่นยาฆ่าเชื้อ สารอาหารหรือสารน้ำที่มีความเข้มข้นสูง และ 3) หลอดเลือดดำอักเสบจากการติดเชื้อซึ่งพบน้อยที่สุด เกิดจากการไม่ใช้หลักปลอดเชื้อและการทำความสะอาดผิวหนังไม่เพียงพอ[5] อาการของหลอดเลือดดำอักเสบที่พบ คือ ผิวหนังบริเวณรอบตำแหน่งเข็มที่ให้สารน้ำมีลักษณะ บวม แดง หรือซีดตามแนวลำหลอดเลือด ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวด หากมีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบเกิดขึ้นจะไม่สามารถให้สารน้ำหรือยาได้ เนื่องจากผนังของหลอดเลือดต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นหายจากภาวะการอักเสบประมาณ 3 สัปดาห์ ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล อาจทำให้การรักษาต้องใช้ระยะเวลายาวนาน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อครอบครัวทารกแรกเกิดทั้งด้านสภาพจิตใจของบิดามารดา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ด้านสภาพเศรษฐกิจเรื่องค่าใช้จ่าย และนอกจากนี้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต ซึ่งการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบถือเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่พยาบาลสามารถป้องกันได้

จากการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ในหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร พบว่า ในปี ปีพ.ศ. 2563-2565 มีการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบรุนแรงระดับ 2-3 ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิด จำนวน 281, 322 และ 118 คน คิดเป็นร้อยละ 69.39, 60.80, และ 55.20 ต่อ 1000 วัน ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ ตามลำดับ[6] ซึ่งพบว่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของชมรมการพยาบาลผู้ให้สารน้ำกำหนด ถึงแม้ว่าหน่วยงานมีแบบประเมินสำหรับ Checklist phlebitis แต่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ เช่น ชนิดของสารละลาย ยา ปริมาณความเข้มข้นของสารน้ำอัตราการไหลของสารน้ำ ระยะเวลาในการประเมินไม่ชัดเจน ประมาณ 2- 4 ชั่วโมง ไม่ได้ระบุตำแหน่งการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ ทำให้ขาดการติดตามประเมินอาการหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) เมื่อหยุดการให้สารน้ำต่อจนครบ 48 ชั่วโมง การทำความสะอาดมือ ผิวหนังก่อนทำหัตถการ การเฝ้าระวังในการให้ยา การผสมยาที่มีความเป็นกรด ด่าง หรือสารน้ำที่มีความเข้มข้นสูง ทั้งนี้หากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการปฏิบัติดูแลที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ปฏิบัติงานได้ง่าย สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำ ลดอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดอักเสบ (Phlebitis) ทำให้สามารถส่งผู้ป่วยเด็กแรกเกิดกลับคืนสู่ครอบครัวได้อย่างปลอดภัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศ เพื่อป้องกันปัญหาและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) เพื่อเพิ่มคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีมาตรฐาน ทำให้เกิดความปลอดภัยในเด็กแรกเกิด (Patient safety) และเกิดความพึงพอใจกับญาติหรือผู้ปกครอง

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และความเหมาะสมของการใช้รูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิดที่มารับบริการในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร

สมมุติฐานการวิจัย

หลังการใช้รูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง ศึกษาตั้งแต่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาตามกรอบแนวคิด The Joanna Briggs Institute (JBI, 2014)[7] ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์การเข้าร่วมการวิจัยในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

2. แนะนำการใช้รูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งมีรายละเอียด เกี่ยวกับแนวปฏิบัติรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด การ Training เกี่ยวกับ 1) อุปกรณ์การให้สารน้ำ การเลือกเข็ม (Catheter) ที่ผลิตจาก Stainless steel และพลาสติกทำจาก Polyurethane ขนาด 24 G 2) การเลือกตำแหน่งเปิดเส้นให้สารน้ำ ควรเลือกบริเวณหลังมือ เท้าเป็นอันดับแรก หลีกเลี่ยงบริเวณข้อต่อ ข้อพับแขน ขา หากไม่ได้ให้แทงห่างจากข้อพับ 5 ซม. 4) การติด Tegaderm ขนาด 4*4 cm. ทับบนรอยต่อเข็มกับผิวหนังมองเห็นบริเวณรอบเข็ม ยึดตรึงด้วยไม้ดามเพื่อให้เส้นเลือดตรงไม่พับสารน้ำไหลได้ดี ชี้แจงการผสมยาก่อนฉีดตามชนิดของยา เช่น ยาAmpicillin เจือจางด้วย (5%DW, SWI) ความเข้มข้น 100 mg/ml. ฉีดนาน 10-15 นาที ยา Gentamicin เจือจาง (5%DW, NSS) ด้วยความเข้มข้น 100 mg/ml. ให้นาน 30-120 นาที สาธิตการทำความสะอาดมือด้วยน้ำสบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือ Alcohol rub 7 ขั้นตอน เช็ดให้แห้ง การทำความสะอาดผิวหนังก่อนทำหัตถการ การประเมินตำแหน่งการให้สารน้ำ ทุก 2 ชั่วโมง ประเมินตำแหน่งการให้สารน้ำ มีอาการ บวม แดง ร้อน ตำแหน่งที่ให้สารน้ำให้รีบเอาเข็มออกทันที แล้วประเมินตำแหน่งเดิมจนครบ 48 ชั่วโมง การเปลี่ยนชุดให้สารน้ำทุก 3 วันและติดสติ๊กเกอร์พร้อมวันที่ เวลา วันหมดอายุ และการใช้แบบบันทึกการเกิด Phlebitis โดยนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน สำหรับกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลแบบปกติ

3. มอบหมายให้พยาบาลในแต่ละเวร (Leader) เป็นผู้บันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

2. พยาบาลวิชาชีพประจำการของหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

1. ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 60 คน ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์

2. พยาบาลวิชาชีพประจำการของหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 7 คน เพื่อใช้รูปแบบ ฯ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกนเทียบเคียงงานวิจัยของปาจารีย์ ศักดิ์วาลี้สกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม, 2562[9] ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้ยานอร์อีพิเนฟริน ซึ่งความคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ โดยกำหนดสัดส่วนของลักษณะประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่ม

ตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 10 ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ทารกแรกเกิดที่ได้รับสารน้ำ สารอาหาร และยา รวมเวลาตั้งแต่แรกเกิดถึง 7 วัน

2. บิดามารดาสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. บิดามารดาไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

2. เด็กป่วยที่ใส่ injection plug ทางเส้นเลือดดำส่วนปลาย

3. ทารกแรกเกิดที่ย้ายการรักษาไปหน่วยงานอื่น ย้ายโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตระหว่างทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กแรกเกิด ที่ได้รับสารน้ำ สารอาหาร และยาทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ เพศ อายุครรภ์มารดา น้ำหนักแรกคลอด การวินิจฉัยโรค 2) แบบประเมินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ของทารกที่ได้รับสารน้ำ ยา และสารอาหาร 3) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทาง ปฏิบัติสำหรับการวิจัยประเมินทางคลินิกสำหรับงานวิจัย (AGREE II)[10] ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการประเมินผล เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด ที่พัฒนาขึ้นโดยการคำนวณค่าผลการประเมินรายมิติ 6 มิติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร เป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับพยาบาล มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของ 1) แนวปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เพื่อประเมินและป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบของทารกที่ได้สารน้ำ ยา และสารอาหาร ประกอบด้วย 1.1) ปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การเลือกชนิดเข็ม ขนาด, ตำแหน่งการเปิดเส้น, การหลีกเลี่ยงตำแหน่งการเปิดเส้น, วิธีติดแผ่นเทปใสกันน้ำ (Tegaderm) บริเวณที่แทงเข็ม 1.2) ปัจจัยทางด้านเคมี จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ชนิดของสารละลาย, ระดับความเข้มข้นของยา, สารละลายที่ให้ ฯลฯ 1.3) ปัจจัยด้านการติดเชื้อ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอนก่อนปฏิบัติการพยาบาล, การใช้หลัก Sterile technique, การทำความสะอาดผิวหนัง, การประเมินตำแหน่งการให้สารน้ำ, การเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ ฯลฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน ปรับแก้วิธีปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Work instruction) แบบเดิม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ หลักฐานเชิงประจักษ์บนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลักฐานสถาบัน The Joanna Briggs Institute (JBI, 2014) และ 2) แนวปฏิบัติเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ได้แก่ Phlebitis scale และ Visual Infusion ตามกรอบแนวคิดร่วมกับ Guide line for prevention of Intravascular Catheter-relate Infection ของ (CDC, 2017)[8] และ Infusion Therapy Standard of Practice (INS, 2021)[4]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านทารกแรกเกิด พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ และเภสัชกร โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง CVI ได้เท่ากับ 1 ซึ่งมีความเหมาะสมและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการให้สารน้ำ สารอาหาร ยา เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิดได้ผู้วิจัยนำมาทดลองจริง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคุณสมบัติ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ได้ค่าความน่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่สมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาสำหรับแบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กแรกเกิด ที่ได้รับสารน้ำ สารอาหาร และยาทางหลอดเลือดดำ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ นำเสนอด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t- test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบำราศนราดูร หมายเลขรับรอง เลขที่ N038h/66 วันที่ 1 มิถุนายน 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นทารกเพศหญิงร้อยละ 56.70 กลุ่มควบคุมเป็นทารกเพศชาย ร้อยละ 53.30 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2,501 – 4,000 กิโลกรัม ร้อยละ 86.70 และ 80.00 ตามลำดับ อายุครรภ์มารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด 37-42 สัปดาห์ ร้อยละ 83.30 และร้อยละ 93.30

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตำแหน่งหลังมือขวา ร้อยละ 56.70 และ 66.70 รองลงมาคือตำแหน่งหลังมือซ้าย ร้อยละ 36.70 และ 20.00 ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 36.70 และ 20.00 และได้รับยา Ampicillin และ Gentamicin ทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 63.30 และ 80.00 สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำส่วนใหญ่ที่ทั้งสองกลุ่มได้รับคือ 10%D/W ร้อยละ 76.70 จำนวนวันที่ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำทั้งกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มากที่สุดอยู่ในช่วง 4-6 วัน ร้อยละ 73.34 และ 86.67 ตามลำดับ ซึ่งวันที่เกิดภาวะ Phlebitis หลังจากให้สารน้ำและยาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดในช่วงวันที่ 3-4 ร้อยละ 46.70 และ 56.70 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดภาวะ Phlebitis ร้อยละ 16.67 และ 93.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ระดับการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 0-1	29	66.70	8	26.70
ระดับ 2-3	1	3.30	22	73.30

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรุนแรงของการเกิดระดับ 0-1 ร้อยละ 66.70 และ 26.70 มีระดับความรุนแรงของการเกิดระดับ 2-3 ร้อยละ 3.30 และ 73.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับความรุนแรงการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

กลุ่ม	ระดับความรุนแรง		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	.20	.48	-8.94	.00
กลุ่มควบคุม	1.87	.90		

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$=.20, S.D.=.48) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=1.87, S.D.=.90) หลังการทดลองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.94, p<.01)

ตารางที่ 3 ผลประเมินความเหมาะสม รูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร (n=7)

มิติในการประเมิน		ความเหมาะสมแต่ละมิติ (ร้อยละ)
มิติที่ 1	ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์	84.52
มิติที่ 2	ด้านการมีผู้มีส่วนร่วม ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	82.53
มิติที่ 3	ด้านความเข้มงวดการพัฒนาแนวปฏิบัติ	84.52
มิติที่ 4	ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ	88.09
มิติที่ 5	ด้านการนำรูปแบบไปใช้	83.33
มิติที่ 6	ด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ	86.90
ความเหมาะสมโดยรวม		84.52

จากตารางที่ 3 พบว่า ความเหมาะสมของรูปแบบ ฯ ในภาพรวมมีความเหมาะสม ร้อยละ 84.52 โดยความเหมาะสมรายด้านของมิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 84.52 มิติที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 82.53 มิติที่ 3 ความเข้มงวดของการพัฒนาแนวปฏิบัติรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 84.52 มิติที่ 4 ความชัดเจนและการนำเสนอ ร้อยละ 88.09 มิติที่ 5 การนำรูปแบบไปปฏิบัติ ร้อยละ 83.33 มิติที่ 6 ด้านความเป็นอิสระในการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 86.90 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$=.20, S.D.=.48) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=1.87, S.D.=.90) หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.94, p<.01) สามารถอธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิดสถาบันบำราศนราดูร ที่พัฒนาขึ้นกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร ส่งผลทำให้ระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัด โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 0-1 ร้อยละ 66.70 และ 26.70 และมีระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 2-3 ร้อยละ 3.30 และ 73.30 ตามลำดับ อันเนื่องมาจากการให้สารน้ำ ยาทางหลอดเลือดดำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ต้องมีการแทงเข็ม

เข้าสู่หลอดเลือด และค้างเข็มไว้ในหลอดเลือดเป็นเวลานาน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการค้างเข็มไว้ในหลอดเลือดดำที่เท่ากัน คือ 4-6 วัน ร้อยละ 73.34 และ 86.67 ซึ่งถือว่ามีการค้างเข็มไว้นานจึงมีความเสี่ยงที่เข็มจะกระทบกับผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดบาดเจ็บ ระคายเคือง และเกิดการอักเสบ ซึ่งในกลุ่มทดลองพบการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ร้อยละ 16.67 และในกลุ่มควบคุมพบการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบสูงถึง ร้อยละ 93.33 และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบหลังจากมีการให้สารน้ำ ยา ในวันที่ 3-4 ร้อยละ 46.70 และ 56.70 ตามลำดับ

ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านเทคนิค (Mechanical Related Phlebitis) คุณสมบัติการเลือกใช้วัสดุตัวเข็ม ขนาด (Catheter size) ควรใช้เข็มที่มีขนาดเล็ก เนื่องจากเข็มที่มีขนาดใหญ่จะทำให้เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บได้มากกว่า วัสดุที่ใช้ควรเลือกใช้เข็มที่ทำจาก Polyurethane ซึ่งจะมีลักษณะความอ่อน นุ่มเพื่อลดการเสียดสีต่อผนังหลอดเลือด และคุณสมบัติของเข็มมีความต้านทานต่อเชื้อโรคดีกว่าเข็มที่ทำจากPolytetrafluoroethylene มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับการเลือกใช้เข็มชนิด Polyurethane ทำให้มีอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่าเข็มชนิด Polytetrafluoroethylene ประมาณครึ่งหนึ่ง [11] ตำแหน่งการแทงเข็มและขนาดของหลอดเลือด มีผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการแทงเข็มหลังมือขวาร้อยละ 57.60 และ 66.70 รองลงมาคือหลังมือซ้าย ร้อยละ 36.70 และ 20.00 ตามลำดับ ซึ่งจะเริ่มแทงจากหลังมือและแทงขึ้นไปทางส่วนบนของแขน หลีกเลี่ยงการแทงเข็มบริเวณที่มีการเคลื่อนไหวของข้อ เช่น ข้อมือ ข้อพับบริเวณข้อศอก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบทางเทคนิคกลไก (Mechanical Phlebitis) และเกิดสารละลายหรือยาแทรกซึมอยู่ในเนื้อเยื่อ (Infiltration) การเลือดใช้วัสดุปิดเข็มกับผิวหนังด้วยวิธีปราศจากเชื้อบริเวณที่แทงเข็ม จะช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดได้ ควรใช้ Transparent Semipermeable Membrane (TSM) ได้แก่ Tegaderm ขนาด 4x4 เซนติเมตร ปิดบริเวณเข็มกับข้อต่อ (Hup) และบริเวณรอยต่อของหลอดเลือดเข็มกับผิวหนังผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด 2) ปัจจัยด้านคุณสมบัติทางเคมี (Chemical Related Phlebitis) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ได้แก่ ชนิดของสารน้ำที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับ 10%D/W ร้อยละ 76.70 ซึ่งมีความเข้มข้น (Osmolality) 505 mOsm/L ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับปานกลาง [14,15] การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Hypertonic (Osmolality > 600 mOsm/L) จะทำให้ผนังหลอดเลือดดำชั้นในสุดบอบช้ำ โดยเฉพาะถ้าได้รับสารละลายในอัตราที่เร็วผ่านทางหลอเลือดขนาดเล็ก นอกจากนี้การได้รับยาปฏิชีวนะ ยาเหล่านี้อาจระคายเคืองต่อหลอดเลือดดำ โดยยาปฏิชีวนะที่ทั้งกลุ่มทดลองและกล่ามควบคุมได้รับ คือ Ampicillin และ Gentamicin ร้อยละ 63.30 และ 80.00 นอกจากนี้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ จากชนิดของสารน้ำที่มีความเป็นกรด-ด่าง (pH) และความเข้มข้น (Osmolality) และสารละลาย Isotonic อาจกลายเป็นสารละลาย Hypertonic เมื่อผสมยาบางชนิด เช่น เกลือแร่ ยาปฏิชีวนะ และสารอาหาร แม้กระทั่งการผสมยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการไม่เข้ากัน เกิดการตกตะกอน เป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ 3) ปัจจัยด้านการติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Related Phlebitis) ส่งผลทำให้เกิดแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจเกิดได้จากการปนเปื้อนของสารน้ำ ชุดให้สารน้ำ เข็มที่คาไว้นาน การอักเสบของหลอดเลือดบริเวณที่แทงซ้ำ จากการไม่ล้างมือ ไม่ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ซึ่งในกลุ่มทดลองใช้รูปแบบ ฯ ร้อยละ 100 จึงไม่เกิดภาวะการติดเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระ

แลเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Danski และคณะ (2016)[1] ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในทารกแรกเกิด พบว่า ร้อยละ 63.15 มีภาวะแทรกซ้อนเป็นการซึมและรั่วไหลของสารน้ำ ร้อยละ 69.98 มีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และร้อยละ 17.84 มีการอุดตัน ส่วนปัจจัยเสี่ยงพบว่า การติดเชื้อ น้ำหนักทารก ยา ชนิดของสารน้ำ การผสมสารละลาย การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การให้เลือด ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 48 ชั่วโมงหลังการการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ดังนั้นรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร สามารถทำให้เกิดประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรง ของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้ เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีพื้นฐานมาจากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถเชื่อถือได้ และผู้วิจัยได้พัฒนา ปรับปรุง ให้มีความเหมาะสมกับทารกที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร นำมาเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบ ฯ มีการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ฯ โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกสำหรับงานวิจัย (AGREE II)[10] โดยการคำนวณค่าผลการประเมินภาพรวม และรายมิติ 6 มิติ ซึ่งแบบประเมินความเหมาะสมที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้ ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70[12,13] และรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร ในภาพรวมมีความเหมาะสมของรูปแบบ ฯ ร้อยละ 84.52[10,12] โดยความเหมาะสมรายด้านของมิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 84.52 มิติที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 82.53 มิติที่ 3 ความเข้มงวดของการพัฒนาแนวปฏิบัติรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 84.52 มิติที่ 4 ความชัดเจนและการนำเสนอ ร้อยละ 88.09 มิติที่ 5 การนำรูปแบบไปปฏิบัติ ร้อยละ 83.33 มิติที่ 6 ด้านความเป็นอิสระในการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 86.90 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของปาจารีย์ ศักดิ์วาลี้สกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม(2562)[9] เรื่องผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อีพิเนฟริน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติชุดเดิมกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีระดับความรุนแรงหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) และประเมินความเป็นไปได้ว่า สามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการเฝ้าระวังยาที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและเพิ่มคุณภาพของพยาบาล ในส่วนของหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร นำรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ จะช่วยในการประเมิน ป้องกัน และลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ในทารกแรกเกิดที่มารับบริการ ช่วยป้องกันความเจ็บปวดจากหลอดเลือดดำอักเสบ ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลย่างปลอดภัย มีมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดดำอักเสบ บิดามารดาพึงพอใจกับการดูแลและบริการ ซึ่งเป็นไปตามบริบทของสถาบันได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำรูปแบบการประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในทารกแรกเกิด สถาบันบำราศนราดูร มาใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับสารน้ำ สารอาหาร ยา เลือดและส่วนประกอบของเลือด เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้

ด้านการศึกษา นำรูปแบบ ฯ มาสอน และให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลจบใหม่ในการดูแลและเป็นตัวอย่างในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้

หลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบการปฏิบัติพยาบาล

ด้านการวิจัย ควรนำรูปแบบ ฯ มาปรับใช้ในหน่วยงานที่ดูแลทารกที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากแต่ละที่อาจมีอุปกรณ์ และปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกัน และการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบ ฯ ควรมีการปรับปรุงรูปแบบ ฯ ทุก 3-5 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาใหม่ๆ เนื่องจากในแต่ละปีมักมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ชนิดใหม่ที่เหมาะสมกับทารกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การนำรูปแบบ ฯ มาใช้เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อทารก ควรนำมาใช้อย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลทารกที่ได้รับสารน้ำ สารอาหาร ยา เลือด ส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันและ
ลดความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในทารกได้

2. โรงพยาบาลควรนำรูปแบบ ฯ ไปปรับใช้ในหน่วยงานเพื่อลดระดับการรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

เอกสารอ้างอิง

1. Danski, M. T., Mingorance, P., Johann, D. A., Vayego, S. A., & Lind, J. Incidence of local complications and risk factors associated with peripheral intravenous catheter in neonates. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2016. [cited 2024 May 25]. Available from:DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080- 623420160000100003Revista
2. Jacinto, Avelar, Miranda & Marthins, Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in children: study of predisposing factors. Esc Anna Nery 2014;18(2), 220-226.
3. Beall, V., Hall, B., Mulholland, J. T., & Gephart, S. M. (2013). Neonatal extravasation: an overview and algorithm for evidence-based treatment. Newborn and Infant Nursing Reviews, 13(4), 189-195.
4. ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย.แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ.กรุงเทพฯ:ชมรม; 2561.
5. วิมลวัลย์ วโรหาร. หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็กการป้องกันและการดูแล. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560; 28 (1), 16-26.
6. งานเวชสถิติ สถาบันบำราศนราดูร. สถิติอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ในหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต. 2567.
7. The Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual 2014 Edition. (2014). Australia: Solito Fine Colour Printers.
8. Naomi P. O'Grady, Mary Alexander, Lillian A, E. Patchen Dellinger, Jeffery Garland, Stephen O. Heard et. al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (2011). Last update: October 2017. [Internet]. 2017. [cited 2024 May 2]. Available from:https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-BSI-H.pdf.
9. ปาจรีย์ ศักดิ์วาลี้สกุล, และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำ. อักเสบจากการได้รับยานอร์อีพิเนฟริน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2562; 25(2), 92–108.
10. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II.2556.
11. กนกอร อินประเสริฐ, 2565. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการเมื่อเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ(Phlebitis) จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ค. 2567]; เข้าถึงได้จาก https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/5070/1/MED_Kanokon.pdf
12. ศากุล ช่างไม้. การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมินผล. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2549; 12(1), 15-24.
13. David V, Christou N, Etienne P, Almeida M and Roux A, 2020. Extravasation of noncytotoxic drugs. Annals of Pharmacotherapy. 54(8), 804-814.

14. Macklin, D.2003. Phlebitis: A painful complication of peripheral IV catheterization that maybe prevent. American Journal of Nursing, 103(2), 55-60.
15. Tagalakis, V., Kahn, S.R., Libman, M., & Blostein, M. 2002. The epidemiology of peripheral vein infusion thrombophlebitis: A critical review. The American Journal of Medicine, 113(2), 146-151.

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการ กรณีศึกษา สถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี

Developing a model for creating participatory health literacy that affects the desired health behavior of employees in workplaces. A case study of a company in Saraburi Province.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

สุพิชญา ไชยรัตน์[1]
Supichaya Chaiyarud[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ,พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรีและเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มพนักงานที่ยังไม่เป็นโรค มี BMI มากกว่า 23 กก/ม และเป็นกลุ่มแกนนำที่ทางสถานประกอบการคัดเลือก ได้จำนวนผู้เกี่ยวข้องสำหรับการวิจัยทั้งหมด 40 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามประเมินความรอบรู้สุขภาพระดับบุคคล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 3) แบบสัมภาษณ์เรื่องแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว มาจัดกลุ่มแจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยใช้สถิติ Paired Samples t–test แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่เนื้อหา นำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นร่วมและประเด็นหลัก แล้วอธิบายเนื้อหา สรุปผล

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.0.01$) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.0.01$) ด้านพฤติกรรมการนอน หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.0.01$) แต่ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการกิน หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พนักงานในสถานประกอบการ

Abstract

This research is Participatory Action Research. Objective to study the results of To study the level of health literacy and desired health behaviors of employees in an establishment in Saraburi Province, Develop a model for creating health knowledge with participation of employees in an establishment in Saraburi Province, To study the results of the participatory health knowledge creation model that affects the desired health behavior of employees in an establishment in Saraburi Province. Calculate the sample size Tools used include specific selection method It is a group of employees who are not yet infected, have a BMI of more than 23 kg/m^2, and are a group of leaders selected by the establishment. The total number of people involved in the research was 40. 1) Questionnaire to assess personal health literacy Consists of Part 1: General information of the survey respondents. Part 2: Health Literacy Questionnaire. 2) Desired health behavior questionnaire 3) Interview on guidelines for participation of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย

network partners in creating health literacy. On Data were analyzed General information of the survey respondents includes gender, age, education level, congenital diseases, weight, height, waist circumference, grouped and distributed into frequencies. Percentage and standard deviation. Health literacy Desired health behaviors using statistics paired samples t–test. Guidelines for participation of network partners in creating health literacy. The content was analyzed to categorize the content. They were synthesized into common points and main points. Then explain the content and summarize the results.

The results of the research found that the sample group used it was found that the sample group's average health literacy scores After providing health knowledge in the experimental group was higher than before the experiment and found to be significantly different at the .001 level (p<.0.01). Compare desired health behaviors Exercise behavior After providing health knowledge in the experimental group was higher than before the experiment and found to be significantly different at the .001 level (p<.0.01). Sleeping behavior After providing health knowledge in the experimental group was higher than before the experiment and found to be significantly different at the .001 level (p<.0.01). But oral health care behavior and eating behavior after providing health knowledge no different.

Keyword Model for creating participatory health knowledge, Desired health behaviors, Employees in the establishment

บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์ของประชากรวัยทำงานทั่วโลกกำลังประสบปัญหาจากการทำงานที่ส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพแย่ลงและความไม่ปลอดภัยในการทำงาน จากข้อมูลผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2565 พบว่ากลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ของประเทศไทยมีแรงงานทั้งสิ้นประมาณ 33 ล้านคน แยกเป็นแรงงานในระบบ (สถานประกอบการ) ประมาณ 18 ล้านคน (ร้อยละ 54.54) และแรงงานนอกระบบประมาณ 15 ล้านคน (ร้อยละ 45.46) เป็นกลุ่มวัยแรงงานนอกระบบ เช่น กลุ่มเกษตรกร รับจ้างทั่วไป เป็นต้น การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) ในกลุ่มวัยแรงงาน มีสาเหตุหลัก ๆ เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความเครียดเรื้อรัง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และความเครียดเรื้อรัง (3อ) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราป่วยของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน พ.ศ.2558 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี คิดเป็นร้อยละ 5.00[1] และสถานการณ์ตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่กำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็นโรค และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทยใน ปีพ.ศ. 2556 คือ 1) ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต ที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปีจากโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคเบาหวาน และโรคมะเร็งลดลงจาก ร้อยละ 15.30 ใน ปี 2550 เป็นร้อยละ 15.10 และร้อยละ 14.10 ในปี2553, 2557 ตามลำดับ หากพิจารณาเป็นอัตราตายตามอายุพบว่าอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อไทยเพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนใน ปีพ.ศ. 2552 เป็น 355.30 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปีพ.ศ.2556 2) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น จาก 6.7 ลิตร/คน/ปี จากปี พ.ศ. 2552 เป็น 6.91 และ 6.95 ลิตร/คน/ปีในปีพ.ศ. 2557 และ 2558 3) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.50 4) การบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากร อายุตั้งแต่

18 ปีขึ้นไป ยัง ไม่มีการรายงานผลการสำรวจครั้งใหม่ ในปีพ.ศ. 2557 ยังคงใช้ผลการสำรวจ พ.ศ.2552 ที่ 3,246 มก./วัน (NHES) 5) ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 21.40 ในปีพ.ศ.2554 เป็นร้อยละ 20.70 ในปีพ.ศ. 2557 และร้อยละ 19.10 ในปีพ.ศ. 2560[2] 6) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.70 ในปีพ.ศ. 2557 (NHES), 7,2557) ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.90 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 8.90 ในปีพ.ศ.2557 และความชุกของภาวะอ้วนใน ประชากรอายุตั้งแต่18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.70 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 37.50 ในปีพ.ศ.2557

ด้านข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการสำรวจข้อมูลของประชาชนในปี 2562 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปจำนวน 17,530 คน พบว่าประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ร้อยละ80.91 และในปี 2562-2563 พบว่าประชาชนเข้าใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.05 เป็นร้อยละ 81.19 ซึ่งข้อเสนอแนะจากผลการสำรวจ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาคการศึกษา สังคมและสุขภาพควรสร้างความตระหนักและความเข้าใจเรื่องผลกระทบของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ ของกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอแก่บุคลากรในหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่ทำงานด้านความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

ประชากรวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอยู่ในสถานประกอบการเนื่องจากเขตสุขภาพที่ 4 เป็นเขตเศรษฐกิจ สถานการณ์จำนวนประชากรวัยทำงาน พบว่ามีจำนวน 3,261,996 คน จำนวนสถานประกอบการเขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 9,094 แห่ง โดย 3 อันดับที่มีสถานประกอบการมากที่สุดได้แก่ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 3,009 แห่ง จังหวัดนนทบุรีจำนวน 1,465 แห่ง และจังหวัดสระบุรีจำนวน 1,443 แห่ง[26] ข้อมูลด้านสุขภาพ พบอัตราป่วย/ตายด้วยโรค NCDs มากสุดได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.50 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.60 และพบอัตราการป่วยใหม่ในโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่ามีค่าดัชนีมวลกายปกติเพียงร้อยละ 46.40 และพบว่าวัยทำงานมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 34.32 โดยพบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่การบริโภคการเติมเค็มบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 59.80 การมีกิจกรรมทางกายคิดเป็นร้อยละ 59.19 และการดื่มหวาน 1-3 วันคิดเป็นร้อยละ 46.10

โดยจากข้อมูล 3 อันดับ จังหวัดที่มีสถานประกอบมากที่สุดได้แก่ จังหวัดปทุมธานีจำนวน 3,009 แห่ง จังหวัดนนทบุรีจำนวน 1,465 แห่ง และจังหวัดสระบุรีจำนวน 1,443 แห่ง[26]โดยพบว่าจังหวัดสระบุรีมีนิคมอุตสาหกรรมที่หลากหลายทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนสูงที่สุด จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ นิคมอุตสาหกรรมแก่งคอย นิคมอุตสาหกรรมหนองแค นิคมอุตสาหกรรม WHA เขตประกอบการอุตสาหกรรมเครือซิเมนต์ไทย เขตประกอบการอุตสาหกรรมแก่งคอย(ทีพีไอ) และจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการด้วยคู่มือแนวทางส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 PACKAGES ในจังหวัดสระบุรี พบว่ามีสถานประกอบการเข้าร่วม 18 แห่ง พบปัญหาเรื่อง BMI มากกว่า 23 กก/ม ร้อยละ 51.27 และพบ พบอัตราป่วย/ตายด้วยโรค NCDs มากสุดได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.80 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.70[3]

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการ โดยพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี เพื่อพนักงานมีความรอบรู้เพิ่มมากขึ้น มี

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยพัฒนาเป็นสถานประกอบการต้นแบบให้กับสถานประกอบอื่นในเขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการ กรณีศึกษา สถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยการผสมผสานหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนแนวคิดสถานประกอบการ ด้วยการประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ได้แก่ .1 Pre-Research Phase สำรวจข้อมูลเบื้องต้นสถานประกอบการ 2 Research Phase วิเคราะห์ปัญหาสถานประกอบการ 3 Planning Phase วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน 4 Implementation Phase ปฏิบัติตามแผน 5 Monitoring and Evaluation Phase ติดตามและประเมินผล เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป ผู้บริหารสถานประกอบการ ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานจากรพ.สต. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ (จป)

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง[4]
1.เป็นกลุ่มพนักงานที่ยังไม่เป็นโรค มี BMI มากกว่า 23 กก/ม และเป็นกลุ่มแกนนำที่ทางสถานประกอบการคัดเลือก ได้จำนวนผู้เกี่ยวข้องสำหรับการวิจัยทั้งหมด 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 2. ผู้บริหารสถานประกอบการ จำนวน 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 ท่านผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต. จำนวน 1 ท่าน เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ (จป) จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามประเมินความรอบรู้สุขภาพระดับบุคคลซึ่งแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพลักษณะ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 3) แบบสัมภาษณ์เรื่องแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยและทีมวิจัยร่วมกันจัดทำขึ้นส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบเพื่อให้ข้อเสนอแนะ ที่เหมาะสมความตรงตามวัตถุประสงค์ ได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ของงานวิจัย ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการประเมินความรอบรู้สุขภาพระดับบุคคล ด้านการมีส่วนร่วม และด้านเทคนิคการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.5 ถึง 1.00 นำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขสมบูรณ์แล้วไปทดลอง

ใช้ (Try Out) กับ พนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม จัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์สำหรับใช้เก็บข้อมูล ในพื้นที่วิจัยต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยจำแนกเป็น 5 ระยะ (Phase) ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้ 5 ขั้นตอน ได้แก่

ระยะที่ 1. Pre-Research Phase สำรวจข้อมูล ประเมินสถานการณ์สุขภาพสถานประกอบการ โดยใช้ผลตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานในสถานประกอบการ และสำรวจกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สถานประกอบการเคยดำเนินการ

ระยะที่ 2. Research Phase วิเคราะห์ปัญหาสถานประกอบการนำข้อมูลสถานการณ์ที่ค้นพบมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 3. Planning Phaseวางแผนการดำเนินงานร่วมกันโดยอ้างอิงคู่มือแนวทางส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 PACKAGES และ คู่มือ 13 ขั้นตอน HLO

3.1 การอบรมทีมงานในเรื่องการใช้คู่มือแนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 PACKAGES และ คู่มือ 13 ขั้นตอน HLO เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานในสถานประกอบการ

3.2.กำหนดโครงการหรือกิจกรรม

3.3.ศึกษาความเป็นไปได้ของแผนงาน

3.4.แสวงหางบประมาณและหน่วยงานที่สนับสนุน

3.5.วางแผนเพื่อติดตามและประเมินผล

ระยะที่ 4. Implementation Phase ปฏิบัติตามแผน

ระยะที่ 5 Monitoring and Evaluation Phase ติดตามและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว มาจัดกลุ่มแจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่เนื้อหา นำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นร่วมและประเด็นหลัก แล้วอธิบายเนื้อหา สรุปผล

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมอนามัย เลขที่ 704

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พนักงานในสถานประกอบการ จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างพนักงานในสถานประกอบการ อายุ อายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 30-44 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 อายุที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 15- 29 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.0 เพศ เพศที่มีจำนวนมากที่สุด คือ หญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 เพศที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ระดับการศึกษาสูงสุดที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ปวช. / ปวส. จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ระดับการศึกษาสูงสุดที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 โรคประจำตัวที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 โรคประจำตัวที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ โรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 BMI ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 18.6 – 24.0 (อ้วน) จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 BMI ที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 30.0 ขึ้นไป (อ้วนมาก) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 รอบเอว เพศชาย ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ < 90 เซนติเมตร จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5

รอบเอว เพศชายที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ > 90 เซนติเมตร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 รอบเอว เพศหญิง ที่มีจำนวนมากที่สุด คือ > 80 เซนติเมตร จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 รอบเอว เพศหญิง ที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ < 80 เซนติเมตร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			Lower	Upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.13	.911	4.00	.000	-6.074	< .001	-1.166	-.584
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์						.		
-พฤติกรรมการกิน	7.40	1.549	6.93	.997	1.742	089	-.077	1.027
-พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.23	.698	2.83	.385	-5.649	<.001	-.815	-.385
-พฤติกรรมการนอน	3.58	1.174	5.40	.871	-9.171	<.001	-2.228	-1.422
-พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	6.70	2.103	6.98	1.993	-.587	.560	-1.222	.672

*.05

จากตารางที่ 1 พบว่า

คะแนนเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.0.01)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านพฤติกรรมการกินหลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองสูงกว่าหลังทดลอง และพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.0.01) ด้านพฤติกรรมการนอน หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.0.01) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่แตกต่างกัน

แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.บริบท และสถานการณ์สุขภาพ สุขภาพโดยรวมพบมีพนักงานเป็นโรค NCDs ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง และมีปัญหา BMI เกิน พฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ พนักงานไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ

2.ปัญหาด้านสุขภาพที่พบมีการจัดการอย่างไร และพบอุปสรรคอะไรบ้าง ได้แก่ (งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา เทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน) แนะนำให้มีการจัดตั้งคณะทำงานและให้นำผลตรวจสุขภาพ สถิติการใช้ห้องพยาบาล จำนวนขาด ลา มา สาย มาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของพนักงานโดยเราใช้แกนนำที่ผ่านการอบรมจากศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี พบปัญหาโรคเรื้อรัง มีการจัดทำโครงการต่างๆเช่น โครงการลดพุง โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต อุปสรรคที่พบคือพนักงานทำงานเป็นกะ ทำให้ต้องจัดเวลาพนักงานเข้าอบรม และพนักงานบางคนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง มีแกนนำที่ผ่านการอบรม

3.ความรู้ความเข้าใจของพนักงานในบริษัทเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เป็นอย่างไรมีผลต่อการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการหรือไม่ อย่างไร พนักงานไม่เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ แต่พอเชิญเจ้าหน้าที่มาให้คำแนะนำทำให้พนักงานตื่นตัวมากขึ้น และมีแกนนำร่วมวางแผนจัดทำโครงการสับเปลี่ยนตลอดเวลา ซึ่งจากการดำเนินงานมี

พนักงานสามารถลดน้ำหนักได้และเป็นต้นแบบให้กับพนักงานคนอื่นๆได้ และมีการส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่ามีพนักงานมีปัญหาจึงทำให้ส่งต่อได้ทันเวลา

4.มีแผนหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือไม่ และดำเนินการโดยใครมีผลการดำเนินการอย่างไร มีการวางแผนร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี โดยมอบหมายให้นายทวีศักดิ์ คำสิงห์นอก จป.วิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการผลอยู่ในระหว่างดำเนินการ

5.ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของพนักงาน เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง รพ.สต. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ(จป)) เป็นอย่างไร มีกิจกรรมใดบ้างที่พนักงานมีส่วนร่วม ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง รพ.สต. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ(จป) รวมทั้งการได้รับความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่รอบๆโรงงานที่เข้ามาร่วมการดำเนินงานด้วยทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นจุดเด่นของโรงงานนี้ที่สามารถดึงชุมชนมาร่วมได้ โดยกิจกรรมที่ทำคือ สอนคำนวณ BMI ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จัดอบรมด้านอาหารและออกกำลังกาย ประเมินโรงอาหาร อบรมผู้สัมผัสอาหาร มีกิจกรรมชมรมต่างๆ

6.การสนับสนุนงบประมาณจากผู้บริหารและจากหน่วยงานภายนอกมีหรือไม่อย่างไร มีจากผู้บริหารโรงงาน องค์การบริหารส่วนตำบล

7.กระบวนการ/วิธีการ การสร้างความรอบรู้ของบริษัท เป็นอย่างไร มีการให้ทำแบบประเมินก่อน แล้วจัดอบรมการสร้างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ และมีการประเมินผลซ้ำ

8.มีการประเมินกระบวนการ การสร้างความรอบรู้ หรือไม่/อย่างไร มีการประเมินกระบวนการจากการให้ทำ Poste test หลังการอบรม

9.มีการประเมินผลการดำเนินงาน หรือไม่/อย่างไร มีการประเมินความรอบรู้ระดับบุคคลก่อน – หลัง ดำเนินการ

10.ปัจจัยความสำเร็จ/การต่อยอด มีอะไรบ้าง มีการต่อยอดการสร้างแกนนำในสถานประกอบการเพิ่ม และต่อยอดสร้างแกนนำในชุมชนและขับเคลื่อนในชุมชนที่เป็น CSR ของโรงงาน

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี พบว่าก่อนการให้ความรอบรู้ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และระดับดีมาก ร้อยละ 40 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ ส่วนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพบร้อยละ 7.5 หลังให้ความรอบรู้ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 100.0 และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.0.01$) ด้านพฤติกรรมการนอน หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.0.01$) แต่ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการกิน หลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สรุปได้ว่ารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรีนี้สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ เนื่องจากได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart สอดคล้องกับ วริษา กันบัวลา และคณะ, 2564; ชลลดา งอนสำโรง และณัฐวุฒิ กกกระโทก, 2566[5,6]ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam, D[7] ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับ

ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมาซึ่งพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี กลุ่มเป้าหมายคือ พนักงานเป็นโรค NCDs ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง และมีปัญหา BMI เกิน จัดตั้งคณะทำงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานประกอบการ จัดทำโครงการต่างๆ เช่น โครงการลดพุง โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยของบประมาณจากผู้บริหารและจากหน่วยงานภายนอก (องค์การบริหารส่วนตำบล) ในการดำเนินงานโครงการควรมีการทำแบบประเมินก่อนและหลังจัดอบรมการสร้างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ และมีการประเมินผลซ้ำเป็นระยะ[8]

3. จากการศึกษาที่ได้มาร่วมกันพิจารณาเพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรีให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้นตามแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการณ์ ส่งผลต่อรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อประชาชนวัยทำงานและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จะเห็นบทบาท ที่ชัดเจนของทุกคน เห็นความสำคัญของการพัฒนาทุกกระบวนการและเห็นความต่อเนื่องของการพัฒนาทั้งระบบ ทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ โดยมีกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นตัวขับเคลื่อน กล่าวได้ว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวิธีการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือข้อสรุปที่ต้องการ จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่ มุ่งพัฒนาประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานที่หน่วยงานหรือบุคลากรนั้น ๆ ได้รับผิดชอบอยู่ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ เริ่มต้นด้วย การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการประเมิน และสะท้อนผลการปฏิบัติรูปแบบหรือแผนงานสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ตลอดเวลา เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงาน[9]

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านนโยบาย ควรรมีการกำหนดนโยบายทิศทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
ขององค์กรให้เป็นเป็นองค์รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)

2.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรสุขภาพจึงควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความรอบรู้ดานสุขภาพให
พนักงานในสถานประกอบการ ที่อาศัยอยู่ในสถานประกอบการอื่น ๆ

3.ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในหลาย
กลุ่มวัยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะเพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่วงวัยและได้รูปแบบที่เหมาะสมแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ. ประชาชนรอบรู้สู้โรคไม่ติดต่อ.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2566.
2. กองโรคไม่ติดต่อ. สถิติการสูบบุหรี่ของคนไทย. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. ภักดี มวลชน. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานครฯ.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2022.
5. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.

6. วริษา กันบัวลา ณ ชนกเอียดสุยและอาภรณ์ ดีนาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 2564; 29(3): 1-4.
7. Nutbeam D. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. Oxford: Oxford University Press.; 23(5): 2008.
8. กองโภชนาการ. โรคอ้วนลงพุง.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
9. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. Health Policy (New York) [Internet]. 2016;120(9):1087–94. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.007

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with bloodstream infections with pneumonia: 2 case studies.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

วรัญญา ไชยะวงษ์[1]
Waranya Chaiyawong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เข้ารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและวางแผนการจำหน่าย รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียน การประเมินอาการ ซักประวัติ ตรวจร่างาย เพื่อให้ทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วย และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะฟื้นฟู และการพยาบาลระยะจำหน่าย

ผลการศึกษา: จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล ซักประวัติ ประเมินอาการ การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะ ตั้งแต่การประเมิน การคาดการณ์โอกาสเสี่ยง การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ครอบคลุมมีประสิทธิภาพทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดอัตราการเสียชีวิตผู้รับบริการพึงพอใจ บุคลากรมีความปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ

Abstract

This study This is a comparative study of 2 case studies to study nursing care of patients with bloodstream infections who have pneumonia. Kalasin Hospital Receive treatment at Medical intensive care unit and the male medical ward Kalasin Hospital. Since the crisis period Continuous care period Rehabilitation period and distribution planning Gather information from patients Relatives and medical records Evaluating symptoms, taking history, and examining the body to identify problems patient needs. Use data to formulate nursing diagnoses nursing care plan using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health plans. Orem's theory of self-care in caring for patients and the nursing results are evaluated in 3 phases as follows: Critical care nursing. Rehabilitation nursing and discharge nursing

Results: From the study of the two case studies, it was found that nurses play an important role in patient care. From gathering information, seizure history, evaluating symptoms, and monitoring patient symptoms. Organizing nursing activities to meet the needs and problems of each patient. Therefore, nurses must have competency. Since the evaluation Forecasting risk opportunities coordinating with the multidisciplinary team, providing information so that patients receive prompt medical care. Comprehensive, efficient, timely to keep patients safe, reduce death rates, and service recipients are satisfied. Personnel are safe.

Keywords: nursing, bloodstream infection, pneumonia

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (bloodstream infection) อาจเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน (community-acquired bloodstream infection) หรือการติดเชื้อในกระแสเลือดใน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

โรงพยาบาล (hospital-acquired bloodstream infection)[1] ซึ่งมี 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดปฐมภูมิ (primary bloodstream infection) และชนิดทุติยภูมิ (secondary bloodstream infection) เมื่อเชื้อจุลชีพที่แยกได้จากเลือดไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งอื่นของร่างกายจัดเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดปฐมภูมิ ส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดที่พบเชื้อจุลชีพลุกลามมาจากการติดเชื้อจากระบบอวัยวะอื่น จัดเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดทุติยภูมิ[2] หากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดการติดเชื้อในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย อาจนำไปสู่การเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากว่า 48 ชั่วโมง[3]

สถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2564-2566 พบผู้ป่วยที่รับการส่งตัวมารักษาเป็นอันดับหนึ่งของการส่งผู้ป่วยเข้ามารักษา ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 261, 352, 257 ตามลำดับ[4] ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาส่วนมากจะใช้เครื่องช่วยหายใจ มีประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมด พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา สามารถวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล ทีมวิชาชีพ เพื่อนำแนวทางไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมินและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2 ราย เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ ในเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565 โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติการตรวจร่างกายและแบบประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและวางแผนการจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย 3) แบบบันทึกแบบแผนสุขภาพ 4) แบบบันทึกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ชายไทย อายุ 56 ปี อาชีพรับจ้าง ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยามารับประทานเอง 1 เดือนก่อนมาเคยมีประวัติวูบ แต่ไม่ได้มารักษาในโรงพยาบาล 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดจุก แน่นท้องไปรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จ แพทย์จึงให้นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะชีพจรเต้นช้าแพทย์ให้การรักษาด้วยยากระตุ้นการเต้นของชีพจร อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มเป็น 111 ครั้ง/นาที ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล หลังรับประทานอาหาร พบผู้ป่วยหมดสติจึงทำการช่วยฟื้นคืนชีพ 14 นาที ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อ

เมื่อถึงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยตื่นดี สามารถทำตามคำบอกได้ แพทย์วินิจฉัย ภาวะหัวใจล้มเหลวและปอดอักเสบจากการสำลัก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก แรกรับให้ งดน้ำและอาหาร ให้ยาต้านจุลชีพ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาเข้าหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ได้รับยาต้านจุลชีพ

ชนิดใหม่ตามผลการเพาะเชื้อ ให้ยาผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนร่วมกับภาวะหายใจเป็นด่าง และเกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญ ให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ เมื่อผ่านระยะวิกฤต ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ หลังจากรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก 6 วัน สามารถแก้ไขภาวะวิกฤต ต่างๆได้ จึงย้ายกลับมาหอผู้ป่วยอายุรกรรม

กรณีศึกษาที่ 2

ชายไทย อายุ 69 ปี อาชีพทำนา มาด้วยอาการ มีไข้ หายใจเร็ว ซึมลงญาติจึงพามาโรงพยาบาลนามน จึงส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการสำลักอาหาร รับประทานอาหารเหลวก็สำลัก รับประทานอาหารได้น้อย และสำลักอาหารทุกครั้งที่รับประทาน 2 วันก่อนมาเริ่มมีไข้ หายใจเร็ว ปฏิเสธการแพ้ยา เลิกบุหรี่และสุรา มา 10 ปี มีโรคประจำตัว Old CVA, (Left hemiparesis) เดินไม่ได้ นั่งได้แบบมีคนประคอง

เมื่อถึงแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจแพทย์พิจารณาให้เข้าพักในแผนกอายุรกรรม 2 ชั่วโมงต่อมา หายใจหอบลึก ปลายมือปลายเท้าเย็น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก เกิดระบบการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (E4VTM6) โดยใช้เครื่องมือประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (SOFA score) ค้นหาแหล่งติดเชื้อ จึงใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนให้ยาต้านจุลชีพ ตรวจหาระดับแลคเตทในเลือด 6.2 mmoll เริ่มยาต้านจุลชีพเป็น Meropenem 2 gm. IV stat then 1 gm. IV ทุก 8 hrs. ให้สารน้ำ 0.9% NSS อัตราการไหล 80 ml. ต่อชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบเสียง ronchi both lung ระหว่างรักษามีไข้สูงขึ้น ให้การพยาบาลและการรักษาพ้นจากภาวะช็อกโดยเร็ว โดยเพิ่มปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 150 ml. ต่อชั่วโมง หลังพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก 8 วัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้สำเร็จ ไม่มีไข้ แพทย์อนุญาตให้ย้ายอออกแผนกสามัญได้ รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 20 วัน จึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ระหว่างการดูแลผู้ป่วย พบการวินิจฉัยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ แบ่งการพยาบาลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะฟื้นฟู และการพยาบาลระยะจำหน่าย ปัญหาการพยาบาลระยะวิกฤต ข้อวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากมีการติดเชื้อของปอดข้อวินิจฉัยที่ 3 มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อวินิจฉัยที่ 4 มีภาวะช็อกเนื่องจากมีการติดเชื้อในร่างกาย (Septic sepsis) ปัญหาการพยาบาลระยะฟื้นฟู ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อวินิจฉัยที่ 5 มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ข้อวินิจฉัยที่ 6 เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ข้อวินิจฉัยที่ 7 ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด ปัญหาการพยาบาลระยะจำหน่าย ข้อวินิจฉัยที่ 8 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามชีวิต และข้อวินิจฉัยที่ 9 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคเนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแลดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด	มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด	1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ สังเกตอาการ และติดตาม O_2 saturation 2. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวและปอดสามารถขยายตัวได้มากขึ้น

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที และ O_2 Sat เมื่อสัญญาณชีพดีขึ้นดีขึ้นวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง 4. ดูแลการ On Ventilator และsetting ของventilator ที่ผู้ป่วยได้รับ 5. บันทึก setting ของ ventilator ที่ผู้ป่วยได้รับ และตรวจสอบการทำงานของ Ventilator และเวลาเมื่อมีการปรับเปลี่ยน Mode ventilator 6. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อย, O_2 Sat น้อยกว่า 95% 8. ติดตามผล ABG ตามแผนการรักษาของแพทย์ 9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และจำกัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย
เสี่ยงต่อการ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพ การหายใจลดลงจากมีการติดเชื้อของปอด	เสี่ยงต่อการ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพ การหายใจลดลงจากมีการติดเชื้อของปอด	1. ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของ ท่อช่วยหายใจ และตรวจวัด Cuff pressure ระหว่าง 20-30 cmH_2O อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุดและการกดเบียดของหลอดลม 2. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ดูดเสมหะตามข้อบ่งชี้ ประเมิน สี ลักษณะ และจำนวน ของเสมหะ 4. ประเมินสภาพผู้ป่วย สัญญาณชีพ สีผิว O_2 sat ระดับความรู้สึกตัวลักษณะการหายใจว่าสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ หรือไม่ 5. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น พยาบาลประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจและการถอดท่อช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติ Weaning protocol ของโรงพยาบาล 6. ให้การดูแลภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนจาก High-low nasal cannula อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย 7. ขณะได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะเองหรือดูดเสมหะทางปาก เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ประเมินและบันทึกลักษณะสีและจำนวนเสมหะ หากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา 8. ตรวจสอบการตั้งค่า FIO_2 และค่า Total flow ตามแผนการรักษา ความชื้นที่อุณหภูมิระหว่าง 34 - 36 องศาเซลเซียส และผู้ป่วยปิดปากให้สนิทเพื่อให้ได้ความเข้มข้นของออกซิเจนและความชื้นที่เพียงพอประเมินอาการและสัญญาณชีพทุก 1 - 2 ชั่วโมง 9. ติดตามฟังเสียงปอด ลักษณะเสมหะและผลตรวจเอกซเรย์ร่วมกับติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อติดตามการติดเชื้อที่ปอด 10. จัดท่านอนผู้ป่วยอยู่ในท่าหน้าตรงหนุนหมอนให้คอแหงนเล็กน้อย ศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัว ได้ดีขึ้น
	มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บเลือดส่งตรวจและเพาะเชื้อ ใช้ Sepsis protocol ในการประเมิน 2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกที่ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 แล้วทุกๆ 4 ชั่วโมง 3. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลท์โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข 4. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด ภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อ 5. ลดการแพร่ระบาดเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ การส่งตรวจเพาะเชื้อ

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		6. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต 7. ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยรักษาความสะอาดของปากและฟันเช็ดทำความสะอาดร่างกาย 8. ติดตามผลโลหิตวิทยาโดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และค่านิวโตรฟิว (neutrophil) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ 9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Meropenem 2 gm IV stat then 1 gm. ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
	มีภาวะช็อก เนื่องจากมีการติดเชื้อในร่างกาย (Septic sepsis)	ใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (โอเร็ม) 1. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ วัดค่าควนอิ่มตัวของของของจะปลายนิ้ว 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น 3. ประเมินสภาพปอดก่อนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดเลือดดำ On 0.9% NSS 1,000 ml. IV. load 200 ml x 3 ครั้ง 4. ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที-1 ชั่วโมง 5. เก็บผลเพาะเชื้อในเลือด 2 ขวด และเก็บปัสสาวะเพื่อเชื้อ 6. ดูแลให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง หลังแพทย์มีคำสั่งรักษา Meropenem 2 gm. IV stat then 1 gm. IV ทุก 8 hrs. และสังเกตภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก 7. ให้การพยาบาลด้วยหลัก aseptic technique 8. ติดตามผลการเพาะเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ 9. ติดตามตวงปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกการเข้า-ออกสารน้ำ
เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	1. ทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันด้วยขนแปรงอ่อน ทุก 12 ชั่วโมง ประเมินความผิดปกติภายในช่องปากกรณีไม่มีข้อห้าม จัดท่าศีรษะสูงให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 2. ประเมินความดันของกระเปาะหลอดลมคอท่อช่วยหายใจ (Cuff pressure) ตรวจวัดความดันในกระเปาะหลอดลมคอท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ในช่วง 20 - 30 cmH_2O โดยการตรวจวัดทุก 8 ชั่วโมง 3. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการระบายอากาศที่ดีขึ้น ป้องกันการสำลักสารคัดหลั่งเข้าสู่ปอดและลดการสำลักน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร กรณีไม่มีข้อห้าม พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และจัดหมอน Support บริเวณหลังและสะโพกให้เพียงพอ 4. ดูแลตำแหน่งท่อทางเดินหายใจ และสายข้อต่อเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้งในขณะจัดท่านอนและพลิกตะแคงตัวให้ 5. ประเมินอาการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูดเสมหะ 6. ตรวจสอบว่าสายให้อาหาร อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ให้อาหารทางสายยางในปริมาณที่พอเหมาะ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าสู่หลอดลม 7. เปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ (ได้แก่ สายต่อเครื่องช่วยหายใจและ exhalation valve และเครื่องพ่นไอน้ำ) เมื่อเห็นว่าสกปรกหรือการทำงานไม่ปกติ ติดตามเทน้ำที่ตกค้างใน สาย เครื่องช่วยหายใจออกอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะก่อนเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุกครั้ง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกครั้งในการเทน้ำออก ระมัดระวังเป็นพิเศษไม่ให้น้ำไหลเข้าทางผู้ป่วยและ inline nebulizers 8. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ใช้ Weaning protocol ของโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแรในร่างกาย	มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแรในร่างกาย	ใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอทางหลอดเลือด 0.995 N55 1,000 ml. ทางหลอดเลือดดำ 100 cc/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ประเมินผิวหนัง เช่น ผิวหนังแห้งความตึงตัวของผิวหนังลดลง เยื่อบุตาแห้ง ชีด การแห้งแตกของริมฝีปาก เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ 3. ติดตามและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำท่วมปอดอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง ได้แก่ การฟังเสียงปอด อาการไอ นอนราบไม่ได้และภาพถ่ายรังสีปอดผิดปกติ 4. ดูแลให้ E.KCL 15 ml x 2 dose feed ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามการตรวจอิเล็คโทรลัยต์ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. บันทึกสารน้ำเข้าและออก เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำ
เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์	เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2. ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกั้นเตียง การล็อคล้อของรถนอน 3. ยกราวกั้นเตียงทุกครั้งที่ให้การพยาบาล 4. ให้ข้อมูลและอธิบายกับญาติเกี่ยวกับการเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง และดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ และขออนุญาตผู้ป่วยและญาติในการใส่ถุงมือกันดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ 5. สังเกตอาการใกล้ชิด
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด	ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด	1. ดูแลรักษาทำความสะอาดร่างกาย เช้า เย็น ได้แก่ ผิวหนัง ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะ ทุก 2 ชั่วโมงเมื่อมีข้อบ่งชี้ 3. ดูแลเปลี่ยนท่าทุก 1 -2 ชั่วโมง ช่วยนวดเบาๆ บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งที่พลิกตัวเปลี่ยนท่า เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีและป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4. ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ทำ Passive Exercise เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง 6. ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ ต้องเฝ้าระวังไม่ให้สายสวยปัสสาวะหัก พับ งอ และสังเกต ลักษณะ สีกลิ่น และปริมาณของปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 7. ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจาระ โดยเช็ดทำความสะอาดหลังผู้ป่วยถ่ายอุจาระ พร้อมสังเกตลักษณะและปริมาณของอุจจาระ 8. เอาไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งเพื่อป้องกันการตกเตียง การประเมินผล
ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามชีวิต	ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามชีวิต	1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติ 2. เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย 3. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วย/ญาติและแพทย์ในการให้ข้อมูลแนวทางการรักษาพยาบาลการดำเนินของโรครวมถึงแนวทางในการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 4. ไม่ละเลยต่อความเครียดหรือความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลหรือข้อสงสัย รับฟังและอธิบายแผนการรักษาพยาบาลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละวันให้เข้าใจ รวมถึงการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย 5. การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงประสานงานให้แพทย์ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 6. ให้การพยาบาลแต่ละครั้ง อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและอธิบายอาการปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		7. เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมนอกเวลาได้ตามความเหมาะสมและแนะนำญาติถึงช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาล
เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแล	เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแล	1. ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้านโดยการโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยในเรื่องโรคปอดอักเสบ การดูแลรักษา การป้องกันโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 2. ให้ข้อมูลการดูแลรักษาการป้องกันโรคปอดอักเสบ อาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติ 3. ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยใช้หลัก D-METHOD โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบจากการสูดสำลักซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันการสำลักอาหารที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ ย้ำเตือนให้ญาติดูแลการรับประทานยาฆ่าเชื้ออย่างต่อเนื่องจนหมด E-Environment แนะนำญาติจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก T-Treatment เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโดยหลังจากสามารถหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนเป็น High-flow nasal cannula และเปลี่ยนเป็น Nasal cannula ต่อมาหยุดการใช้ออกซิเจนและหายใจได้เองพยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมา พบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูงไอมีเสมหะ และหายใจหอบเหนื่อย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบโดยใช้การประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนเป็นกรอบในการประเมิน ทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม และสามารถระบุข้อวินิจฉัยการ พยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลอย่างชัดเจน ซึ่งจากข้อมูลการดูแลรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าได้รับการวินิจฉัยเหมือนกันคือ ปอดอักเสบจากการสำลัก และมีการรักษาการแพทย์ที่เหมือนกันคือการใส่ท่อช่วยหายใจ มีปัจจัยเสี่ยงที่ทั้ง 2 รายไม่เหมือนกัน กรณีศึกษารายที่ 1 คือ เคยวูบเมื่อ 1 เดือนที่แล้ว ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคประจำตัวคืออัมพาตด้านซ้าย ซึ่งเป็นโรคที่มีปัจจัยต่อการเกิดปอดอักเสบแต่พบว่ามีอาการนำและความรุนแรงที่มาโรงพยาบาลแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลวินิจฉัยด้วยปอดอักเสบจากการสำลักหมดสติ ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งตัวมารักษาต่อ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาโรงพยาบาลวินิจฉัยด้วยปอดอักเสบจากการสำลัก รับประทานอาหารไม่ได้หลังจากรับประทานอาหารแล้วจะสำลักตลอด มีไข้และซึมลง ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ใส่ท่อช่วยหายใจในขณะรักษาเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การให้การพยาบาลในการประเมินอาการช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง การจัดการความเร่งด่วนในระยะวิกฤต เช่น การช่วยเหลือภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว การให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวังและติดตามอาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและรวดเร็ว การปฏิบัติตามแนวทางของการ

ติดเชื้อในกระแสเลือด ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ทดแทนอย่างเพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง เพื่อให้พ้นระยะช็อกอย่างรวดเร็ว[2] นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุทำให้มีอาการรนแรงของโรคมากขึ้นมีผลกระทบกับร่างกายหลายระบบ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญนอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงวิกฤตที่มาตรวจที่ห้องตรวจโรคทั่วไป สิ่งสำคัญพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลกับญาติ เพื่อให้ญาติเข้าใจยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยและเข้าใจร่วมมือในการรักษาพยาบาล ในระยะฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นคนติดบ้านการรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล นอนไม่หลับมีอาการวุ่นวาย และรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตัวเองลดลง พยาบาลต้องประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ในระยะวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นต้องสร้างความตระหนักและการปรับเปลี่ยน จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่พบ มีความยุ่งยากซับซ้อนต้องวิเคราะห์จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการคาดการณ์ การประเมิน การเฝ้าระวังอาการ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแล จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมิน คัดกรอง และวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับทีมสุขภาพ และทั้งสองรายมีภาวะแทรกซ้อนเหมือนกันคือภาวะหายใจล้มเหลว แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 จะมีความรุนแรงมากกว่า ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรคและมีโรคประจำตัว Old CVA และด้านตัวผู้ป่วยเองที่ขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง รวมถึงการรับรู้สภาวะของโรค ไม่ทราบอาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์หรือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นต้นจึงทำให้ กรณีศึกษาที่ 2 มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้มีระยะเวลาในการรักษานานกว่า และมีค่าใช้จ่ายและใช้ทรัพยากรในการรักษามากกว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการเสริมพลังจากทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ ในการประเมินปัญหา ความต้องการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถสามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลและเพื่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว[5]

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการพยาบาล ควรมีการทบทวนความรู้เรื่องโรค พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการประเมิน การคาดการณ์ความเสี่ยง การเฝ้าระวังและการวางแผนการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน โดยการศึกษาหาความรู้ด้วยศึกษาจากตำรา การศึกษาอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเมื่อมีอุบัติการณ์

2. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหามากน้อยแตกต่างกันไป ในขณะเดียวกันมีพยาบาลที่จบใหม่ทุกปีซึ่งเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย มีปัญหาในการปฏิบัติงานเนื่องจากการขาดประสบการณ์ เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยหรือการให้คำแนะนำ เป็นต้น ควรมีการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

3. นำแนวทาง NEWS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสดลหิต และแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติตามเกณฑ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ครอบคลุมและได้รับการรักษาด้วยความถูกต้องรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Timsit, JF., Ruppé, E., Barbier, F. *et al.* Bloodstream infections in critically ill patients: an expert statement. *Intensive Care Med* **46**, 266–284 (2020). https://doi.org/10.1007/s00134-020-05950-6

2. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2022). *National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. U.S. Department of Health and Human Services*. https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pcsmanual_current.pdf
3. Markwart, R., Saito, H., Harder, T., Tomczyk, S., Cassini, A., Fleischmann-Struzek, C., Reichert, F., Eckmanns, T., & Allegranzi, B. (2020). Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 46(8), 1536-1551. https://doi.org/10.1007/s00134-020-06106-2
4. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สรุปรายงานตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2564-2567. กาฬสินธุ์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2567.
5. Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with asthma attacks: Two case studies.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

พรรณี แสนสีหา[1]
Pannee Saensiha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร่องคำ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลได้แก่ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการที่คลินิกโรคหอบหืดแผนกผู้ป่วยนอก ข้อมูลผู้ป่วยใน การสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดงและการรักษา แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 29 ปี โรคประจำตัว โรคหอบหืด ความดันโลหิตสูง อาการสำคัญ ไอ หายใจลำบาก เป็นมา 2 วัน ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการใช้ยาพ่น สเตียรอยด์ ยาพ่นขยายหลอดลม ยาฉีดระงับการอักเสบ ยาแก้ไอขับเสมหะ ให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย หลังรับการรักษาอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาการรักษา 4 วัน จากประวัติที่มารับการรักษาที่คลินิกหอบหืด ผู้ป่วยหยุดยาเอง เป็นเวลา 2 ปี 7 เดือน สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน สัมผัสฝุ่นทุกวันเนื่องจากเลี้ยงไก่ชน เคยนอนโรงพยาบาลด้วยหลอดลมอักเสบ เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2563 เป็นปอดอักเสบเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2566 กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 60 ปี โรคประจำตัวโรคหอบหืด อาการสำคัญ ไอ หายใจหอบเป็นมา 3 ชั่วโมง ได้รับการรักษาโดยยาพ่นและยากินสเตียรอยด์ ให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาพ่นขยายหลอดลม ยาฉีดระงับการอักเสบ ยาฉีดและยากินปฏิชีวนะเนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน จึงเข้าสู่ภาวะปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากประวัติที่มารับการรักษาที่คลินิกหอบหืด ผู้ป่วยรายนี้มารับยาไม่สม่ำเสมอ พ่นยา สเตียรอยด์ไม่ต่อเนื่อง ใช้ถ่านประกอบอาหาร เผาขยะที่บ้าน 2 – 3 ครั้ง/สัปดาห์ ทำให้ได้รับฝุ่น ,ควัน ยังควบคุมอาการหอบไม่ได้ ช่วงเดือน มกราคม - กันยายน 2566 ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการไอ หายใจหอบ 6 ครั้ง ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม จึงบรรเทาอาการหอบ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ

Abstract

This study was case study to compare 2 asthma patients with acute attacks admitted to Rongkham Hospital. Tools used to collect information include: Data from outpatient medical records Information on services provided at the outpatient asthma clinic Inpatient information, observation, interviews with patients and relatives Analyze comparative data according to health patterns, pathology, symptoms and treatments. Nursing record using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. To know the problems and needs of patients Use the information obtained to plan nursing care for asthma patients with acute asthma attacks. Define nursing diagnosis Provide nursing care and evaluate nursing outcomes.

Results: Case study number 1, male, 29 years old, congenital disease: asthma, high blood pressure, main symptoms: cough, difficulty breathing for 2 days. This patient was treated by using steroid inhalers and inhalers. bronchial dilatation Injection medicine to stop inflammation Cough medicine to expel phlegm Give oxygen to relieve shortness of breath. After receiving treatment, symptoms gradually improved. The doctor sent it home. Treatment duration: 4 days, based on history of treatment at the asthma clinic. The patient

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ

stopped taking the medication himself for 2 years and 7 months, smoked 10 cigarettes/day and was exposed to dust every day due to raising fighting cocks. Was hospitalized with bronchitis on May 26, 2020, had pneumonia on March 27, 2023. Case study number 2, female, 60 years old, with asthma. The main symptoms were coughing and wheezing for 3 hours. She was treated with inhalers and oral steroids. Give oxygen to relieve symptoms of shortness of breath, fatigue, cough medicine to expel phlegm. Bronchodilator inhaler Injection medicine to stop inflammation Injectable medicine and oral antibiotics due to lung infection The patient stayed in the hospital for 6 days and returned to normal without any complications. From the history of receiving treatment at the asthma clinic This patient came to receive medication irregularly and injected steroid medication intermittently. Use charcoal for cooking Burn trash at home 2 – 3 times/week. Resulting in exposure to dust, smoke, and still unable to control asthma symptoms. During the months of January - September 2023, the patient came for treatment at the emergency room with symptoms of coughing and wheezing 6 times and received a bronchodilator spray. Thus relieving the symptoms of asthma. From the history of the two case studies, the patients had a high chance of having asthma attacks.

Keywords: Nursing care for patients with asthma attacks

บทนำ

โรคหอบหืด เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ สามารถรักษาให้หายได้ เป็นโรคที่เกิดจากภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากผิดปกติ ทั้งจากการติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส หรือแบคทีเรียทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลดหดเกร็งตีบแคบเป็นพักๆ ทำให้เกิดอาการเหนื่อย หายใจลำบาก เป็นอันตรายต่อชีวิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้สูญเสียทรัพยากรอันมีค่าของประเทศ โรคหอบหืดนี้เป็นปัญหาของสาธารณสุขทุกประเทศทั่วโลก เกิดได้กับประชากรทุกช่วงอายุและทุกเชื้อชาติ จากรายงานองค์กรอนามัยโลก (WHO) ปี 2563 ประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากอาการโรคหอบหืดกำเริบ 4,182 รายต่อปี คิดเป็นวันละ 11 – 12 รายหรืออัตรา 3.93 ต่อประชากร 1 แสนคน โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากไม่ได้พ่นยาควบคุมการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการกำเริบก็จะพ่นยาไม่ทันหรือไม่ถูกวิธี ขณะเดียวกันเมื่อประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลกร้อน ส่งผลให้ละอองเกสรและเชื้อราเพิ่มขึ้น และยังส่งผลให้เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี มีอาการหอบเร็วขึ้น และนอนโรงพยาบาลพุ่งขึ้นถึง 15 % และยังพบว่าทุกๆ ค่า PM 2.5 ที่เพิ่มขึ้น 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จะเพิ่มการหอบกำเริบ 0.2 ครั้ง[2] ดังนั้นผู้ป่วยโรคหอบหืด นอกจากจะพ่นยาสม่ำเสมอแล้วต้องระวังเรื่องฝุ่นควันด้วย 80% ของผู้ป่วยมีอาการของโรคภูมิแพ้ จมูกอักเสบ ถือเป็นสาเหตุสำคัญต่อการไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ และยังมีภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่นกรดไหลย้อน ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ และภาวะซึมเศร้า[1] จากสถิติข้อมูลการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลร่องคำในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยจำนวน 161,168,172 รายตามลำดับ อัตราหอบกำเริบจนต้องนอนรับรับการรักษาในโรงพยาบาลปี 2564-2566 จำนวน 5.12 , 4.96 ,7.61 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และอาการเจ็บป่วยมีความรุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติตลอดจนมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การวางแผนการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และการวางแผนการจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ทันท่วงที ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต และทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลร่องคำในช่วงเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกข้อมูลการให้บริการคลินิกโรคหอบหืด และเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดงการรักษา

3. แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะได้แก่ ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่องและระยะการเตรียมจำหน่าย

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วย วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางกายพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยหอบหืดกำเริบมี 3 ระยะคือ ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<u>ระยะวิกฤติ</u> 1. เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวจากพยาธิสภาพของโรค **กรณีศึกษารายที่ 1** **กรณีศึกษารายที่ 2** **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว **เกณฑ์การประเมินผล** -หายใจสม่ำเสมออยู่ในช่วง 16-22 ครั้ง/นา-ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 – 140/90 มม.ปรอท -ปลายมือ ปลายเท้า ไม่เขียว หรือซีด -O_2 sat ≥ 95 %ที	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดท่านอนศีรษะสูง งศาเพื่อให้ปอดขยายตัวเต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ Keep O_2 sat ≥ 95 % 3. จำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นโดยช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ และไม่ต้องพูดในสิ่งที่ไม่จำเป็น 4. วัดและบันทึกชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมง เมื่อพบว่าสัญญาณชีพคงที่ ประเมินลักษณะการหายใจ และอาการ cyanosis 5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา อาการปลายมือ ปลายเท้าเขียว ซีด ทุกชั่วโมง 6. ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจขยายและมีระบายอากาศได้เพียงพอและให้ยาทางหลอดเลือดดำ Dexa methasone 8 mg IV Stat then 4 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง 7. พ่นยา Berodual 1 NB NB stat then ทุก 6 ชั่วโมง บันทึกและติดตามหลังผู้ป่วยได้รับยา 8.ฟังปอดประเมินเสี่ยงหายใจที่ผิดปกติ เช่น Wheezing crepitation สังเกตอาการไอ ลักษณะ เสมหะ อาการหายใจลำบากทุก 2 ชั่วโมง 9. ประเมินสีผิว อาการเขียวคล้ำ ทุก 4 ชั่วโมงเพราะแสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดออกซิเจน 10. ตรวจและบันทึกค่า O2 sat ตามแผนการรักษา Keep O2 sat ≥ 95 %

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	11 .เตรียมความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการหายใจล้มเหลวหรือเกิดเหตุการณ์ปัจจุบันทันด่วน เช่น ต้องใส่ท่อหลอดลม **การประเมินผล** **กรณีศึกษาที่ 1** 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจอยู่ในช่วง 22 – 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/89-140/92 มม.ปรอท ปลายมือ ปลายเท้า ไม่เขียว O_2 sat 95 % เสมหะสีขาวขุ่น ปริมาณลดลง 2. หลังได้รับยา ลักษณะการหายใจดีขึ้น อาการหอบเหนื่อยลดลง 3. ไม่มีภาวะ Respiratory Failure **กรณีศึกษาที่ 2** 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจอยู่ในช่วง 22 – 26 ครั้ง/นาที ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/76-136/87 มม.ปรอท ปลายมือ ปลายเท้า ไม่เขียว O_2 sat 97-98 % เสมหะสีขาวขุ่น ปริมาณลดลง 2. หลังได้รับยา ลักษณะการหายใจดีขึ้น อาการหอบเหนื่อยลดลง 3. ไม่มีภาวะ Respiratory Failure
ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง **กรณีศึกษารายที่ 1** **กรณีศึกษารายที่ 2** **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย **เกณฑ์การประเมินผล** 1. หายใจสม่ำเสมออยู่ในช่วง 16 – 22 ครั้ง/นาที 2. ไม่มี อาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อยปลายมือ ปลายเท้าเขียว 3. ค่า O_2 sat ≥ 95 %	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวเต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซและดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนได้แก่ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงกระสับกระส่าย สับสน หายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะ เหงื่อออก ผิวชื้น ริมฝีปากและปลายมือ ปลายเท้า ซีด เย็น เขียว 3. ดูแลให้ได้รับยาตาม แผนการรักษา Dexamethasone 8 mg IV stat then ทุก 6 ชั่วโมง Berodual 1: 3 NB stat then ทุก 6 ชั่วโมง Seretide MDI 4 puff bid ติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด 4. สอนการหายใจเข้าออกลึกๆ โดยการเป่าลมออกทางปาก ให้ลมในปอดออกมากที่สุด เพื่อให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น 5. สอนการไอที่มีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดกัน 2-3 ครั้ง แล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น 6. จำกัดการเคลื่อนไหว และไม่ต้องให้ผู้ป่วยพูดในสิ่งที่ไม่จำเป็นเพื่อลดอาการเหนื่อยหอบและถี่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ 7. เตรียมพร้อมที่จะช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการหายใจล้มเหลว หรือเกิดเหตุการณ์ปัจจุบันทันด่วน เช่น ต้องใส่ท่อหลอดลม **การประเมินผล** **กรณีศึกษาที่ 1** 1. หลังได้รับยา และการพยาบาลตามแผนการรักษาผู้ป่วยหายใจหอบลดลง อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22-24 ครั้ง/นาที 2. ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีด เขียว O_2 sat 95 % **กรณีศึกษาที่ 2** 1. หลังได้รับยา และการพยาบาลตามแผนการรักษาผู้ป่วยหายใจหอบลดลง อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22-24 ครั้ง/นาที 2. ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีด เขียว O_2 sat 96-98 %
ระยะดูแลต่อเนื่อง มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ **กรณีศึกษารายที่2**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคสู่ผู้ป่วย 2. วัดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินภาวะไข้ ทุก 4 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ **เกณฑ์การประเมิน** 1. อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส 2. ไม่มีอาการหนาวสั่น ผิวชุ่มชื้น ปากไม่แห้ง ระดับความรู้สึกตัวดี	3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาได้แก่ Ceftriaxone 2 gm IV OD Roxithromycin (150) 1x2 ac ประเมินและเฝ้าระวังการแพ้ยา 4. สังเกตอาการ อาการแสดงอื่นๆ เช่น อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 5. ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังบ้วนเสมหะ และน้ำลาย เพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกได้ และช่วยระบายความร้อน ออกจากร่างกาย 7. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดา อย่างนุ่มนวล หลังเช็ดตัวดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้งสะอาด เพื่อช่วย ให้มีความสุขสบาย 8. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง เพื่อลดการเผาผลาญภายในเซล ลดการทำงานของกล้ามเนื้อลดการผลิตความร้อนทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 9. เปลี่ยนชุดพ่นยาทุกวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ 10. จัดแยกผู้ป่วยอยู่ในส่วนที่ไม่มีผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เช่นไข้หวัดใหญ่ วัณโรคปอด 11. ดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงตลอดจนการดูแลความสะอาดผู้ป่วย โดยยึดหลัก Aceptic technique **การประเมินผล** 1. วัดอุณหภูมิร่างกาย ลดลงเหลือ 38 องศาเซลเซียสใน 24 ชั่วโมง แรก Admited วันที่ 2 ไข้ลดลงอุณหภูมิอยู่ในช่วง 37.5-37.8 องศาเซลเซียส และลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติในวันต่อๆ มา 2. ปัสสาวะปกติ รู้สึกตัวดีไม่มีอาการหนาวสั่น
เสี่ยงต่อต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ **กรณีศึกษารายที่ 1** **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการติดเชื้อ **เกณฑ์การประเมิน** 1. อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส 2. ไม่มีอาการหนาวสั่นผิวชุ่มชื้น ปากไม่แห้งระดับความรู้สึกตัวดี	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคสู่ผู้ป่วย 2. วัดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินภาวะไข้ ทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตอาการ อาการแสดงอื่นๆ เช่นอ่อนเพลียระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4. ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังป้วนเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกได้ 6. เปลี่ยนชุดพ่นยาทุกวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 7. จัดแยกผู้ป่วยอยู่ในส่วนที่ไม่มีผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เช่นไข้หวัดใหญ่ วัณโรคปอด 8. ดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงตลอดจนการดูแลความสะอาดผู้ป่วยโดยยึดหลัก Aceptic technique **การประเมินผล** 1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ อยู่ในช่วง 36.5-37.2 องศาเซลเซียส 2. ปัสสาวะปกติ ไม่มี อาการหนาวสั่น
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วย **กรณีศึกษาที่ 1** **กรณีศึกษารายที่ 2** **วัตถุประสงค์** เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและญาติ **เกณฑ์การประเมิน**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษาพยาบาล 2. ประเมินความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสภาพการณ์ในขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เพื่อประกอบการรักษา เช่น เครื่องมืออะไร มีประโยชน์อย่างไร การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่ออะไร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยและญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางคลายความวิตกกังวล 3. ผู้ป่วยและญาติทราบแผนการรักษาพยาบาลให้ความร่วมมือ และยอมรับแนวทางการรักษา	4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจรับฟังปัญหา ชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย 5. ไม่ละเลยต่อความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาของผู้ป่วยให้เวลารับฟังการระบายพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติ สงสัยหรือกังวล 6. อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถร่วมปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อมๆกับการพักผ่อนร่างกายและจิตใจ การมีสติรับรู้กับปัจจุบันลดความคิดความกังวลในอดีตและอนาคตโดยการหายใจผ่อนคลายหรือสมาธิบำบัด **การประเมินผล** - ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจในอาการ แผนการรักษา ให้ความร่วมมือ และยอมรับความเจ็บป่วย
ไม่สุขสบาย เนื่องจากไอบ่อย เสมหะเหนียวเจ็บชายโครง **กรณีศึกษาที่ 1** **กรณีศึกษาที่ 2** **วัตถุประสงค์** -ไอ ลดลง -บรรเทาอาการเจ็บชายโครงลดลง -นอนหลับพักผ่อนได้ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. นอนหลับได้มากขึ้น 2. ไอเอาเสมหะออกได้	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สอนการไอที่มีประสิทธิ ภาพเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น 2. แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำอุ่นๆ เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่าย 3. แนะนำรับประทานอาหารย่อยง่าย งดอาหารผัด ทอด งดน้ำเย็น น้ำหวาน 4. ให้ยาแก้ไอขับเสมหะตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น 2. ไอลดลง 3. ทุเลาอาการเจ็บชายโครงทั้งสองข้าง
มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย **กรณีศึกษาที่ 1** **กรณีศึกษาที่ 2** **วัตถุประสงค์** ได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ได้รับสารน้ำ 2,000 ลิตร/วัน 2.รับประทานอาหารได้มากขึ้น อย่างน้อยครึ่งถ้วย	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ 3. แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รับประทาอาหารให้ตรงเวลา งดอาหารผัด ทอด 4. ประเมินอาการผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ เพื่อให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ และป้องกันภาวะน้ำเกิน 5. ดูแลการให้ยาลดกรด เคลือบแผลในกระเพาะอาหาร (กรณีศึกษาที่ 1) 6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม **การประเมินผล** รับประทานอาหารได้มากขึ้น รับประทานได้ ¾ ถ้วย
<u>ระยะก่อนจำหน่าย</u> มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน **กรณีศึกษารายที่ 1** **กรณีศึกษารายที่ 2** **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ **เกณฑ์การประเมินผล**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรคหอบหืดการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ 2.แนะนำความจำเป็นของการใช้ยาให้ถูกต้องและต่อเนื่องของยาพ่น Steroid รวมถึงสรรพคุณของยา ขนาดวิธีใช้ อาการข้างเคียง เช่น ลิ้นเป็นฝ้าขาวและวิธีป้องกันรักษา 3.แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด โล่ง ขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 4.ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์ แนวทางการรักษากับโรคที่เป็นอยู่อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารับการรักษาตามนัด และต่อเนื่อง 5.ฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ โดยการเป่าลมออกทางปาก ให้ลมในปอดออกให้มากที่สุดเป็นประจำจะทำให้รู้สึกปลอดโปล่ง สดชื่น ช่วยให้อาการดีขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยตอบข้อซักถามเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค วิธีการปฏิบัติตัว การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การรักษาต่อเนื่องและอาการผิดปกติได้ถูกต้อง 9 ใน 12 ข้อ	6.แนะนำผู้ป่วยและญาติมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนนัด หรือกรณีฉุกเฉินติดต่อ 1669 7.แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีสารอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ 2 – 3 ลิตร เพื่อช่วยให้ขับเสมหะออกได้ง่าย **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติสนใจ และตั้งใจฟังเพื่อสอบถามวิธีการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตอบคำถามได้ถูกต้อง 12 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการหอบกำเริบได้สูงจากปัจจัยหลายๆ อย่าง กรณีศึกษารายที่ 1 มารับยาไม่สม่ำเสมอ ช่วงหลังๆ หยุดยาเองเป็นเวลานาน 2 ปี 7 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าหายจากโรคแล้วอาชีพเลี้ยงไก่ชนทำให้ต้องสัมผัสฝุ่นทุกวัน มีประวัติเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ สูบบุหรี่ทุกวัน 10 มวน/วัน ซึ่งส่งผลทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ปอดเพิ่มขึ้น กรณีศึกษารายที่ 2 มารับยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้พ่นยา Steroid ไม่ต่อเนื่อง ใช้ถ่านประกอบอาหาร เผาขยะที่บ้าน 2 -3 ครั้ง/สัปดาห์ สัมผัสฝุ่นจากการทำเกษตร ดายหญ้า จึงทำให้ควบคุมอาการหอบไม่ค่อยได้ต้องมารับการพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินบ่อย กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการรุนแรงมากกว่ากรณีศึกษา รายที่ 1 เนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย จึงทำให้ระยะเวลาในการรักษามีความแตกต่างกัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองจากโรคหอบหืดกำเริบ เพราะโรคหอบหืด ต้องรักษาต่อเนื่องถึงแม้จะไม่มีอาการแล้วก็ตาม ต้องใช้ทักษะประเมินความเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะและดูแลให้ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและการรักษาของแพทย์ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ฟื้นฟูและระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติ และชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[3,4,5]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มความตระหนักในการมารับยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การรักษาอาการหอบเบื้องต้นที่บ้าน อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้มีการหอบกำเริบเฉียบพลัน

2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ตั้งแต่การคัดกรองเบื้องต้น เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์การเพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาล

3. ควรพัฒนา สมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ

4. ควรจัดตั้งชมรม เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ ปัญหา ร่วมกัน หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันและมีการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ

5. เจ้าหน้าที่มีการประสานงานกับ อสม. วางแผนออกติดตามอย่างต่อเนื่อง พัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

6. มีช่องทางให้คำปรึกษาในกรณีเร่งด่วน มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมจิต หนุเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม2: พิมพ์ครั้งที่ 16.กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พริ้นติ้ง ,2552.
2. สมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ.2560. พิมพ์ครั้งที่2. นนทบุรี : บียอนด์เอ็นเทอร์ไพร์ซ;2560.
3. กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ. การประยุกต์ใช้ทางคลินิกผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี.ตุลาคม 2557 (หน้า 1 – 7)พิมพ์อักษรจำกัด กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ.
4. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. นายแพทย์อุกฤษฎ์ มิลินทางกูร. พิมพ์ที่ 2 พ.ศ.2541 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืด (หน้า 578-590)
5. การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 1 สุปาณี เสนาดิสัย วรรณาภา ประไพพานิช.การประเมินภาวะสุขภาพ หน้า66-93) พฤศจิกายน 2562. พิมพ์ที่บริษัทจุดทองจำกัด กรุงเทพฯ.

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of pain management and analgesic administration guidelines in postoperative mothers at Phen Hospital, Udon Thani Province.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

นิรมิด กิจขยัน[1]
Niramid Kitkhayakhan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาล 3 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัด 30 คน เครื่องมือวิจัยสำหรับวิสัญญีพยาบาลเป็นแนวทางการจัดการความปวดหลัง ผ่าตัดในห้องพักฟื้น และแบบประเมินความพึงพอใจ ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.97 เครื่องมือวิจัยสำหรับผู้ป่วยเป็นแบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น สามารถลดความปวดเหลือ 7-10 คะแนน เมื่อพิจารณาการให้ยาแก้ปวด พบว่า ความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นลดลง ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่ออยู่ในห้องพักฟื้น เวลา 15 นาที เวลา 30 นาที เวลา 45 นาที จนถึงเวลา 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 13.3, 10.0, 26.7, 6.7 และ 6.7 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การจัดการความปวด การบริหารยาระงับปวด มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องห้องพักฟื้น

ABSTRACT

The purpose of this action research was to study the effectiveness of using pain management guidelines and analgesic administration of mothers after cesarean section in the postoperative period in the recovery room. Phen Hospital The sample group consisted of 3 nurse anesthetists and 30 postoperative patients. The research tool for nurse anesthetists is a guideline for back pain management. Surgery in the recovery room and satisfaction assessment form Reliability using Cronbach's alpha coefficient was 0.97 The research tool for patients was a postoperative pain recorder in the recovery room. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, mean, percentage.

The results of the research found that pain management practices and analgesic administration of mothers after cesarean section in the postoperative period in the recovery room Able to reduce pain to 7-10 points. When considering pain medication, it was found that the need for postoperative pain medication in the recovery room decreased. The satisfaction of the anesthesiologists with the pain management practices and analgesic administration of mothers after cesarean section in the postoperative period in the recovery room was found to be at the highest level of satisfaction in the recovery room at 15 minutes, at 30 minutes, at 45 minutes, until at 60 minutes, accounting for 13.3, 10.0, 26.7, 6.7, and 6.7 percent, respectively.

Keywords: pain management, analgesic administration, mothers after cesarean section recovery room

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีข้อบ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร จากการศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี 2533-2557 มีการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ละ 19.1 ในปี 2557 โดยอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราการผ่าคลอดสูงสุด คือ ร้อยละ 40.5 ส่วนเอเชียร้อยละ 19.2 แต่มีอัตราการผ่าคลอดรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.1 คิดเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีอัตราการเพิ่มการผ่าคลอดเฉลี่ยต่อปีสูงสุด คือ ร้อยละ 6.4 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี ในประเทศไทยมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 14.8 ใน ปี พ.ศ. 2533 เพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557 สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควร เป็นร้อยละ 10-15[1] ในส่วนของงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ในปีพ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 53.84, 56.75 และ 54.56 ตามลำดับ[2]

การผ่าตัดบริเวณหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ ทั้งนี้ผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญ คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต้องเผชิญกับอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 2-24 ชั่วโมงแรก และจะลดลงในระดับปานกลาง และน้อยในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 30-80 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง จากการจัดการความปวดที่ไม่ประสบผลสำเร็จประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบายหลังผ่าตัดเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีแนวโน้มในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น[3] ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ เช่น กระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบจนอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติภายหลังการผ่าตัดส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง แผลหายช้านอกจากนี้ความปวดทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่จนอาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบอาจเกิดภาวการณ์แข็งตัวของเลือดมากกว่าปกติ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้นและอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด รวมทั้งเพิ่มปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการอักเสบส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดล่าช้าเพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและระบบสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น[4] อีกทั้งปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญองค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ได้แก่ อัตราชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ และระดับความรุนแรงของความปวดซึ่งกำหนดโดยสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย

การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดแบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ การจัดการกับความปวดโดยวิธีการใช้ยา ซึ่งได้ผลดีที่สุดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ในการกดการหายใจมีผลต่อการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียน ซึ่งอาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีผื่น คลื่นไส้อาเจียน และมีอาการท้องผูก และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ยาแก้ปวดที่ใช้ คือ ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ไตวาย มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด และเป็นอันตรายต่อตับ (Chou et al., 2016) ดังนั้น การประเมินความปวดจัดเป็นสัญญาณชีพที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ[5]

แนวคิดการบริหารความปวดหลังผ่าตัดเดิมร่วมกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับปี พ.ศ. 2562 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทยเป็นความรู้และเทคนิคการระงับปวดหลังผ่าตัดที่ถูกพัฒนา ทำให้แนวทาง

พัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical guidance for acute postoperative pain management) มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและมากขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นคำแนะนำในการปฏิบัติที่มุ่งหวังให้นำไปประยุกต์ปฏิบัติตามบริบทที่แตกต่างกัน[6] ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาร่วมกับการใช้ CURN Morphinedel เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมีการพัฒนาระบบ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการแจกแจงปัญหา ขั้นตอนการพัฒนาระบบ และขั้นตอนการประเมินผล ทั้งนี้จึงได้ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของพยาบาลวิสัญญีระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้จัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในการบรรเทาความปวด วิสัญญีพยาบาลนำไปใช้ในการจัดการความปวดได้อย่างมั่นใจส่งผลต่อคุณภาพการบริการงานวิสัญญี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพเดมมิ่ง (Deming, 2562) ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการบริหารคุณภาพเพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงและยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น เริ่มจากการวางแผน กำหนดเป้าหมาย (P:Plan) แล้วนำแผนงานไปปฏิบัติ (D:Do) ทำการตรวจสอบผลการปฏิบัติในการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (C: Check) ทำการแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ (A:Act) โดยมีขั้นตอนปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวด ได้แก่ คะแนนความปวด ระดับความง่วงซึม อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต และ 2) การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด ที่มีกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3 คน และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ ทุกคนจำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้นครบตามเวลา 60 นาที ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2567 จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบบเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1)มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดตามตารางที่กำหนดไว้ในเวลาราชการ 3)

ชนิดการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ในเวลาราชการ 4) การรับรู้และสติสัมปชัญญะดีไม่มีประวัติของโรคจิตโรคประสาท 5) สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้ 6) สมัครใจเข้าร่วมทำวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การทำงานของหัวใจผิดปกติเกิดอาการชักหรือเกิดอาการแพ้ยาขั้นรุนแรง 2) มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้นไม่ครบตามเวลา 60 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการดำเนินการศึกษา ได้แก่

1.1 แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการปรับวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารความปวดหลังผ่าตัดเดิมร่วมกับแนวคิดการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับปี พ.ศ. 2554 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) การประเมินความปวด ได้แก่ พิจารณาคะแนนความปวด ≥ 4 หรือขยับตัวแล้วปวดมาก หรือต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับ ความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น

2) การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW< 50 kg ให้ MORPHINE 2 mg IV ถ้า BW> 50 kg ให้ MORPHINE 3 mg IV มีเกณฑ์การพิจารณารายงานแพทย์ผู้ผ่าตัด ได้แก่ คะแนนความปวด ≥ 4 โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด ≥ 4 ร่วมกับมีระดับความง่วงซึม ≥ 2 (2 –3 และ S) อัตราการหายใจ ≤ 12 ครั้งต่อนาที และ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น

1.2 คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวด การประเมินและการบันทึก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

<u>กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่</u>

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ โดยปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญมี 2 ตอน

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน และประวัติการเข้ารับการอบรมด้านความปวด

ตอนที่ 2 สอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปาน กลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

การแปลความหมายค่าเฉลี่ย

1.00 – 1.80 พึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นในระดับน้อยที่สุด

1.81 – 2.60 พึงพอใจระดับน้อย

2.61 – 3.40 พึงพอใจระดับปานกลาง

3.41 – 4.20 พึงพอใจระดับมาก

4.21 – 5.00 พึงพอใจระดับมากที่สุด

<u>กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ</u>

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย อายุ ประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วม สภาพมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึก (ASA classification)

2.3 แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยใช้มาตรวัดความปวดที่เป็นตัวเลข 0-10 (NRS) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ประเมินโดยวิสัญญีพยาบาลผู้ดูแล ซึ่งเป็นการรายงานจากมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นผู้บอกตำแหน่งตัวเลขที่รู้สึกถึง ความปวดในขณะนั้น แบ่งระดับความปวด ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง ความปวดมาก

วิสัญญีพยาบาล เป็นผู้บันทึกคะแนนความปวดของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แบบประเมินและการจัดการความปวดมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ สูติแพทย์ประจำโรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 2 คน ผลการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของเครื่องมือ พบ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.87, 079 และ 0.77 ตามลำดับ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ 1) แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตึกคลอดและหลังคลอด ซึ่งรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น คนละ 1 ราย รวม จำนวน 10 ราย เพื่อหาความเป็นปรนัย พบว่า ข้อความในแบบบันทึกมีความชัดเจน เข้าใจตรงกันและสามารถบันทึกข้อมูลในแนวทางเดียวกันตามวัตถุประสงค์ 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน ซึ่งรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น คนละ 1 ราย รวมจำนวน 10 ราย ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้แนวทางการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation technique)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

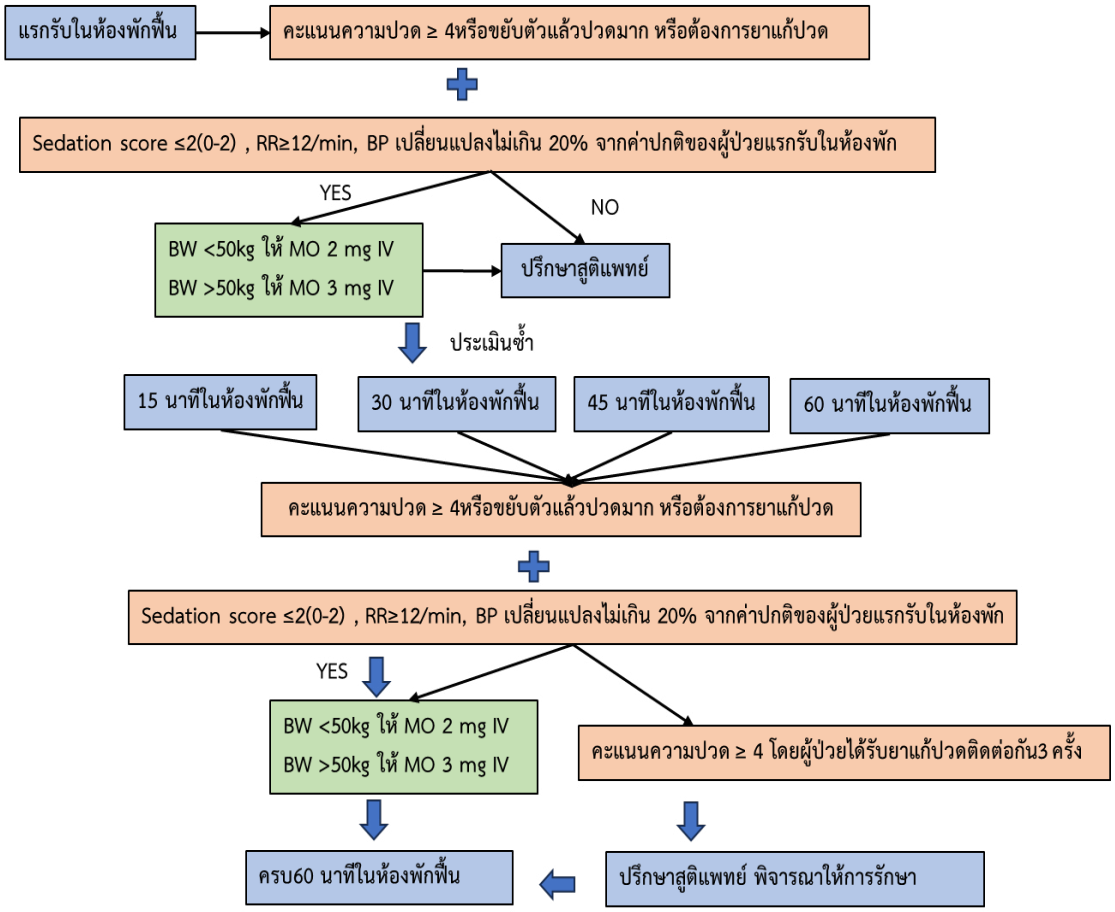
โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ 7767

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) การประเมินความปวด ได้แก่ คะแนนความปวด ระดับความง่วงซึม อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตและ

2) การจัดการความปวด โดยจัดการความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในห้องพักฟื้น รายละเอียดการประเมินความปวด ได้แก่ พิจารณาคะแนนความ ปวด ≥ 4 ขยับตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW< 50 kg ให้ MORPHINE 2 mg IV ถ้า BW> 50 kg ให้ MORPHINE 3 mg IV เกณฑ์พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์ กรณีคะแนนความปวด ≥ 4 โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด ≥ 4 ร่วมกับมีระดับความง่วงซึม ≥ 2 (2 –3 และ S) อัตราการหายใจ≤ 12 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด

ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลเพ็ญ

2. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 63.33 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 50.00 สมรสอยู่ร่วมกับสามี ร้อยละ 100.00 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 4-6/ปวช. ร้อยละ 26.67 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.67 สิทธิรักษาพยาบาลที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องใช้ คือ ประกันสังคม ร้อยละ 40.00 มีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 66.67 จำแนกตาม ASACLASS ระดับ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาผ่าตัด 30-60 นาที และ 61-120 นาที คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.33

2.2 ข้อมูลระดับความง่วงซึม (Sedation Score) พบว่า แรกรับในห้องพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างมีระดับง่วงซึมมากหลับขณะสนทนามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 (จำนวน 15 คน) ที่ 15 นาทีมีระดับง่วงซึม เล็กน้อยปลุกง่ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.4 (จำนวน 10 คน) ที่ 30 นาทีมีระดับง่วงซึมเล็กน้อยปลุกง่าย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 (จำนวน 14 คน) ที่ 45 นาที มีระดับหลับปลุกตื่นง่าย (S) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 (จำนวน 11 คน) และที่ 60 นาทีมีระดับตื่นรู้สึกตัวดี (0) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 (จำนวน 20 คน)

2.3 ข้อมูลระดับความปวด (Pain Score) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดที่คะแนน 4-6 และ 7 –10 แรกรับในห้องพักฟื้น คิดเป็นร้อยละ 26.6 (จำนวน 8 คน) ที่ 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 23.4 (จำนวน 7 คน) ที่ 30 นาทีคิดเป็นร้อยละ 40.0 (จำนวน 12 คน) ที่ 45 นาทีคิดเป็นร้อยละ 23.4 (จำนวน 7 คน) ที่ 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 46.6 (จำนวน 14 คน)

2.4 ข้อมูลการให้ยาแก้ปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดที่คะแนน 4-6 และ 7–10 แรกรับในห้องพักฟื้น ได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 23.3 (จำนวน 7 คน) ที่ 15 นาที ได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 13.3 (จำนวน 4 คน) ที่ 30 นาที ได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 30.0 (จำนวน 9 คน) ที่ 45 นาที ได้รับยา แก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 16.7 (จำนวน 5 คน) และที่ 60 นาที ทุกรายไม่ได้รับยาแก้ปวด

3. ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ดังนี้

3.1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 3 คน เป็นหญิง 2 คนคิดเป็นร้อยละ 66.6 ชาย1 คน คิดเป็นร้อยละ33.33 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.66 อายุน้อยสุด 32 ปี มากที่สุด 47 ปี ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.66

3.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ สามารถลดระดับความปวดที่คะแนน 7-10 ที่แรกรับในห้องพักฟื้น จากจำนวน 4 ราย เป็น 2 ราย ที่ 60 นาที ในห้องพักฟื้น คิดเป็นร้อยละ 50 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด สามารถลดความปวดได้แต่เมื่อพิจารณาระดับความปวดที่คะแนน 7-

10 พบว่า ที่ 30 นาทีในห้องพักฟื้นมี ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวดเพิ่มขึ้นจาก 3 ราย เป็น 8 ราย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ แรกรับในห้องพักฟื้น และที่ 15 นาทีในห้องพักฟื้นมีระดับคะแนนความปวด 0 เนื่องจากเมื่อแพทย์สิ้นสุดการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญีจะช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้เอง โดยเริ่มให้รู้สึกตัวและถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วย รู้สึกตัว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวด บางรายดิ้นไปมา เมื่อสอบถามผู้ป่วยจะปวดแผล ดังนั้น ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลจะดูแลให้ยาแก้ปวดเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ จึงดูแลเคลื่อนย้ายมาสังเกตอาการต่อในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้รับยาแก้ปวดก่อนออกจากห้องผ่าตัด ผลของฤทธิ์ยาแก้ปวดยังคงช่วยบรรเทาอาการปวดได้จนที่ 30 นาที ในห้องพักฟื้น ยาแก้ปวดเริ่มหมดฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่คะแนน 7-10 เพิ่มขึ้น แต่เมื่อได้รับการจัดการความปวดจากวิสัญญีพยาบาลตามแนวทางฯจึงส่งผลให้ที่ 60 นาที ในห้องพัก ฟื้นมีจำนวนผู้ป่วยระดับความปวดที่คะแนน 7-10 ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เชิญพร พยอมแย้ม[8] ศึกษาการใช้ ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบไปด้วยชนิดของยาโอปิออยด์ (opioids) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดของความปวดในห้องพักฟื้นที่ 45 และ 60 นาที น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษายังพบว่าระดับความปวดที่คะแนน 4-6 ที่ 60 นาที ในห้องพักฟื้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและสูงที่สุด ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะแนวทางการจัดการความปวด วิสัญญีสามารถให้ยาแก้ปวดตามการประเมินความปวดทุก 15 นาที ในผู้ป่วยแต่ละรายจำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดที่คะแนน 0 - 3 ยาแก้ปวดเริ่มหมดฤทธิ์ ส่งผลให้ที่ 60 นาทีในห้องพักฟื้น จำนวนผู้ป่วยระดับความปวดที่คะแนน 4-6 มีจำนวนเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษาการจัดการความปวดในการใช้ยาแก้ปวดกลับพบว่าข้อมูล การให้ยาแก้ปวด ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่คะแนน 4-6 และ 7 – 10 แรกรับในห้องพักฟื้นจำนวน 8 คน ได้รับยาแก้ปวด 7 คน ที่ 15 นาทีในห้องพักฟื้นจำนวน 7 คน ได้รับยาแก้ปวด 4 คน ที่ 30 นาทีในห้องพักฟื้น จำนวน 12 คน ได้รับยาแก้ปวด 9 คน ที่ 45 นาทีในห้องพักฟื้น จำนวน 7 คน ได้รับยาแก้ปวด 5 คน และที่ 60 นาทีในห้องพักฟื้น จำนวน 14 คน ทุกคนไม่ได้รับยาแก้ปวด ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะแนวทางการจัดการ ความปวดที่พัฒนาขึ้นใหม่มีการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัวแล้ว ประเมินความปวดร่วมด้วย นอกจากนี้ยังถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วย ทำให้การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นด้วยการให้ยาแก้ปวดลดลง สอดคล้องกับแนวทางการจัดการความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Pain of Thailand, 2019) ที่ว่าการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นควรมีการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทุก 15 นาที หากผู้ป่วยยังไม่ตื่นดีวิสัญญีพยาบาลควรประเมินจากสีหน้าของผู้ป่วย ประเมินจากอัตราการหายใจ และความดันโลหิตร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ หร่อกีบ๊ะ บุญโส๊ะ, สุมาลี ฉันทวิลาส, และมาริสา สุวรรณราช[9] พบว่า หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยพักสักครู่ประมาณ 5 นาที จากนั้นค่อยประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด การประเมินความปวดซ้ำ (15-30 นาที) ประกอบกับการประเมินจากสีหน้าทำให้ง่ายต่อการสังเกต

ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเชิญพร พยอมแย้ม[8] พบว่าวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดในประสิทธิผลการระงับปวดของใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีการใช้ยาแก้ปวด

ข้อเสนอแนะ

1. นำแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยในรายผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้นโดยจัดให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยในการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัวและถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วยร่วมด้วย

2. พัฒนาแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด คลอบคลุมการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการประเมินผู้ป่วย การเคลื่อนไหวร่างกาย การรายงานความปวดกับพยาบาลในหอผู้ป่วย

3. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่าที่เหมาะสม การสัมผัส เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความไม่สุขสบาย เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งช่วยเสริมฤทธิ์การบรรเทาปวดให้ดีขึ้น ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปัญญา สนั่นพาณิชกุล. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า.2561;35คะนึงนิตย์ อ่อนปาน, นราภรณ์ ขุนกำแหง, 2563) :312-20.
2. งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล. ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ, 2566
3. Hinkle, J. & Cheever, K. H. (2018). Brunner & Suddarth's: Textbook of medical-surgical nursing. (14th). Philadelphia: Wolters Kluwer.
4. International Association for the Study of Pain. (2017). IASP Terminology. Retrieved October 1, 2023, from https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber1698.
5. Ngamkham, S., Krutchan, N., Sawangchai, J., Wattanakul, B., Chidnaee, S., & Keawchom, R. (2018). Knowledge of pain assessment and management of Thai nurses. Journal of Nursing and Health Care, 36(1), 81-89. (in Thai)
6. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand together with the Pain Education Association of Thailand. (2011). Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management. (2nd ed.) Bangkok. (in Thai)
7. Deming, W. E. (2019). PDCA: Deming Cycle. (online). Retrieved October 1, 2023, from http://adisony.blogspot.com/2012/10/edward-deming.html.
8. Payomyam, C. (2018). The Effectiveness of an Implementation of Adult Postoperative Pain Order for Postoperative Pain Management in Recovery Room, Hua Hin Hospital. Region 4-5 Medical Journal, 37(3), 262-272. (in Thai)
9. Boonso, H. K., Chantwilas, S. & Suwannarat, M. (2014). Developing and evaluating the feasibility of implementing guidelines for the management of postoperative pain in recovery room. Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network, 1(1), 43-64. (in Thai)

การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว

The Developing a Health Care System for the Elderly Dependency in Sakaeo Province.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย[1] จำเนียร สุวรรณชาติ[2] รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[2]

Kalyarat Jutupornchaeroenchai[1] Jumnion Suwannachat[2] Rattanachai Peahsombut[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ประเมินผลงานและสังเคราะห์รูปแบบแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว โดยมีระยะการดำเนินงานวิจัย 12 เดือน อาสาสมัครประกอบด้วย คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 430 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และเทปบันทึกเสียง การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา และสถิติอ้างอิงด้วยสถิติ Paired Samples t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบดูแลด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง และภาครัฐให้การสนับสนุนในส่วนขาด โดยเน้นการดูแลคุณภาพอย่างเท่าเทียม 2) ทีมสหวิชาชีพมีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ 4) มีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ 5) พัฒนาระบบกลไก กระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง และ 6) การร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยรวมด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนเฉลี่ยรวมด้านคุณภาพชีวิต และคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ระบบดูแลด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

2 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

Abstract

Thailand is advancing with an aging population and a strong healthcare system to support the needs of the elderly. The identification, synthesis, and evaluation of the model were the objectives of this participatory action research project on the health care system of elderly dependency. The research approach consisted of the following steps: 1) problem identification; 2) management and planning; 3) implementation; and 4-5) an extensive 12-months evaluation and after-action review. 430 individuals - LTC boards, healthcare providers, caregivers, and streak holders- were chosen at selected from three subdistrict administrative organizations in the Sakaeo province to be participants in the study. The following tools were used: 1) an interview form; 2) a voice recorder and discussion note for the focus group. Both descriptive and analytical statistics, such as content analysis and paired t-tests, were used to analyze the data.

The findings indicated that six elements are necessary for a suitable model of an elderly dependency 's health care system: 1) support for self-management; 2) redesign of the delivery system; 3) treatment standards; 4) clinical information system; 5) health-care management; and 6) community policies and resources. Furthermore, after taking part in the project, the mean scores on activities of daily living (ADL), quality of life, and participated were all significantly higher than they were before at 0.05.

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

Key words: Health care system, Elderly Dependency, The chronic care model

บทนำ

ประเทศไทยได้เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคน คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวม จะก้าวสู่สังคมของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อีกใน 10 ปี โดยคาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583[1] จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ[2] ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้อย่างจำกัด ส่งผลให้มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมาอยู่ในภาวะตั้งรับและให้ได้อย่างจำกัด มีลักษณะการสงเคราะห์ชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว ที่มีมาตรฐาน โดยได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จคือ ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลด้านสุขภาพ และได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์[3]

จังหวัดสระแก้ว มีผู้สูงอายุจำนวน 84,134 คน คิดเป็นร้อยละ 18.65 ส่งผลให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสระแก้ว ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2,745 คน คิดเป็นร้อยละ 3.26 และได้รับการดูแลตามสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 99.97 แต่พบปัญหาด้านระบบการดูแลยังขาดประสิทธิภาพ จากการสังเคราะห์ผลการดำเนินงานหลังการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีประเด็นที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การค้นหาและพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น การขาดการบูรณาการการดำเนินงานของภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวไม่สามารถพึงพาตนเองได้ ต้องรอรับความช่วยเหลือจากรัฐเท่านั้น และร้อยละ 78.12 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งควรเน้นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับการดูแลระยะกลาง (Intermediated Care) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการดูแลเชิงป้องกัน (Preventive Long Term Care)[4] จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบว่า การนำแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner (Wagner's Chronic care Model) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[5] ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าว เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดสระแก้ว โดยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการ และเพิ่มศักยภาพของชุมชนให้มีความพร้อมที่จะจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากงานวิจัยประสบความสำเร็จแล้ว จะได้รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดสระแก้ว ส่งผลดีกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ และตอบสนองต่อการวางแผนเตรียมรับสถานการณ์ การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระยะยาว และนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว

4. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิธีวิจัย เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research :PAR) 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหาด้านกระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การบริหารจัดการ การพัฒนากระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การดำเนินการตามแผนพัฒนากระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) การประเมินผล และ 5)การถอดบทเรียน พัฒนากระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีระยะการดำเนินงานวิจัย 12 เดือน โดยการเลือกพื้นที่ในการดำเนินงาน 3 ตำบล ซึ่งมีผลการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์สูงสุด 3 อันดับแรก

อาสาสมัครและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับท้องถิ่น จำนวน 75 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Giver) จำนวน 125 คน 3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ สหวิชาชีพ จำนวน 50 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 131 คน และและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 430 คน แบ่งออกตามกระบวนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านกระบวนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้วิธีการการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) คณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับตำบล เลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยเทคนิค สโนบอลล์ ตำบลละ 14 คน รวม 42 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดทำแผนงานโครงการและขั้นตอนการถอดบทเรียน ใช้คณะอนุกรรมการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกคน จำนวน 75 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คน โดยใช้เทคนิคสโนบอลล์ รวมจำนวน 131 คน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ระยะที่ 3 การประเมินผลโครงการ โดยการประเมินผลลัพธ์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณจากโปรแกรม G-power โดยใช้กลุ่มทดสอบ t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ .95 ขนาดอิทธิพล .05 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยการ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเป็นสัดส่วน จากประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก 36 หมู่บ้าน 2) จัดทำรายชื่อ จับฉลาก แบบไม่ใส่คืน โดยอาสาสมัครมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีสติสัมปชัญญะครอบถ้วน สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และการถอดทบเรียนและสังเคราะห์รูปแบบ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนหลังดำเนินงาน (After Action Review) โดยตัวแทนจากภาคีเครือข่าย จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็นศึกษาประกอบด้วย 1) ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ระบบการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) แนวทางการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ปัญหาและอุปสรรคในการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ 2) สภาพปัญหาและข้อมูลทางด้าน

ระบบบริการ 3) ด้านสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน 4) แบบประเมินความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ADL 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ และ 6) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยได้นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอตาพระยา จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยมีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 การแบ่งระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนน ≥12 คะแนน เป็นกลุ่มติดสังคม มีคะแนนระหว่าง 5–11 คะแนน เป็นกลุ่มติดบ้าน และมีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนนเป็นกลุ่มกลุ่มติดเตียง สำหรับการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความตรง เท่ากับ 0.65 ในเครื่องมือวัด เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ ของ Benjamin Bloom[6] แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระดับกลาง ๆ และระดับดี และคะแนนการมีส่วนร่วม การแปลความหมายของคะแนน กำหนดเกณฑ์ความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยของคำตอบโดยอาศัยแนวคิดของ บุญชม ศรีสะอาด[7] ช่วงคะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ช่วงคะแนน 3.51-4.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมาก ช่วงคะแนน 2.51-3.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ช่วงคะแนน 1.51-2.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อย และช่วงคะแนน 1.00-1.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มผู้วิจัยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis)[8]

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับผ่านการรับรองโครงการวิจัยแบบเต็มชุด จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่ SKPHO 3/2566 ลงวันที่รับรอง 4 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

จังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดที่ 74 ของประเทศไทย ก่อตั้งเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2536 โดยมีเนื้อที่ทั้งหมด 7,219.717 ตารางกิโลเมตร หรือ 4,496,962 ไร่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 58 ตำบล 731 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 1 แห่ง เทศบาล จำนวน 15 และองค์การบริหารส่วนตำบล 50 แห่ง มี 169,829 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งสิ้น 548,781 คน เป็นจังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศกัมพูชา มีผู้สูงอายุ จำนวนจำนวน 84,134 คน คิดเป็นร้อยละ 16.68 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2,745คน คิดเป็นร้อยละ 3.26 โดยจำแนกเป็น กลุ่มที่ 1 ร้อยละ 70.81 กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 3.78 กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 1.08 และกลุ่มที่ 4 ร้อยละ 24.32 และร้อยละ 78.12 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากผลการประเมินมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ศึกษา พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 99.97 มีการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.25 จาก 5 คะแนน) โดยเฉพาะด้านการจัดสรรด้านสถานที่และอุปกรณ์ด้านการดูแลสุขภาพ และการจัดสวัสดิการการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการจัดปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.54 จาก 3 คะแนน) มีการดำเนินงานครบทุกด้าน ทั้งด้านจัดให้มีศูนย์บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีผลผลการ

ดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 10 กิจกรรม ครบทุกด้าน และมีระดับประสิทธิภาพในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.89 จาก 3 คะแนน) ผลการประเมินสภาพปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผลการประเมินประสิทธิผลด้านการดำเนินการดูแลหรือสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุด้านการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในเกณฑ์ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.1 จาก 3 คะแนน) ผลการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.04 จาก 3 คะแนน) โดยมีปัญหาที่สำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ มีระบบการประสานการบริการจากทีมสหวิชาชีพไม่สอดคล้องกัน ไม่มีผู้ประสานงานหลักในการดูแลกลุ่มเป้าหมายตามมาตรฐานการบริการ เช่นการตรวจเลือด การติดตามอาการ และการรับ-ส่ง เพื่อรับบริการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาระการดูแลมาก และค่าตอบแทนไม่เหมาะสม ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชุดทำความสะอาดช่องปาก

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self–care) โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง และภาครัฐให้การสนับสนุนในส่วนขาด โดยเน้นการดูแลคุณภาพอย่างเท่าเทียม โดยการแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 มีผู้ดูแลที่เหมาะสมแล้ว กลุ่มที่ 2 มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพในการดูแลอย่างเพียงพอ และกลุ่มที่ 3 ไม่มีผู้ดูแล โดยจะมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และ ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุเชี่ยวชาญจัดการอบรมตามหลักสูตรที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นร่วมกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม องค์ประกอบที่ 2 ทีมสหวิชาชีพมีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการ ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานและมีการประชุมชี้แจงแนวทางให้กับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์ ปรับปรุงกระบวนงาน และประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การพยาบาลชุมชน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลความปลอดภัยด้านยา ระบบการส่งต่อ สถานชีวาภิบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลด้านสังคมสงเคราะห์ องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ ภายใต้แนวทางเวชปฏิบัติเดียวกัน ทั้งนี้เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามตัวชี้วัดทางชีวภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 4 พัฒนามีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่ สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตาม ช่วยเหลือประเมินผลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เช่น การใช้ telemedicine ผ่านแอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ และการใช้ระบบ GIS Health ในการติดตามรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน การพัฒนา Application การประเมินและติดตามผลการรักษา 5) มีกลไก กระบวนงานและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน มีการประชุมติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ และ 6) สร้างความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ในการใช้ทรัพยากรบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ร่วมกัน เพื่อสร้างความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ เช่น การจัดตั้งกองทุนต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หรือกองทุนกายอุปกรณ์/ชุดกายภาพบำบัด และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยชมรมผู้สูงอายุ เน้นการคัดกรองผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอผ่านสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station)

ผลการประเมินคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตประจำวัน (ADL) และ คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีช่วงอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ

48.33 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 68.33 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 93.33 มีโรคประจำตัวร้อยละ 16.67 อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น ร้อยละ 35.00 แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 (เคลื่อนไหวได้บ้าง อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย) ร้อยละ 71.67 รองลงมา กลุ่มที่ 4 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง) ร้อยละ 16.67 กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 8.33 และกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 3.33 ก่อนการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ADL น้อยกว่า 4 คะแนน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 มีคะแนน ระหว่าง 5-11 คะแนน จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 ($\bar{X}$= 7.18, SD=2.65) หลังเข้าร่วมโครงการ มีคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน ร้อยละ 18.33 คะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน ร้อยละ 80.00 และมากกว่า 11 คะแนน ร้อยละ 1.67 ($\bar{X}$= 7.90, SD=2.95) สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 48.33 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.67 และมีระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 1.67 ($\bar{X}$=2.74, SD=0.31) ภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.33 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 และมีระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.00 ($\bar{X}$= 3.67, SD=0.43) ด้านการมีส่วนร่วมก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.33 ($\bar{X}$=2.93, SD=.072) ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ48.33 โดยมีผลการเปรียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนรวมคุณภาพชีวิต และคะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (N=60)

ตัวแปร	X	SD	MD	t	df	p-value
การดำเนินกิจวัตประจำวัน						
ก่อนร่วมโครงการ	7.18	2.65	0.72	5.16	59	.01*
หลังร่วมโครงการ	7.90	2.95				
คุณภาพชีวิต						
ก่อนร่วมโครงการ	2.74	0.31	0.93	12.53	59	.01*
หลังร่วมโครงการ	3.67	0.43				
การมีส่วนร่วม						
ก่อนร่วมโครงการ	2.93	0.72	1.05	12.06	59	.01*
หลังร่วมโครงการ	3.98	0.25				

* p<.05

ด้านประเมินมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 100.00 มีการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.72) โดยเฉพาะด้านการจัดสรรด้านสถานที่และอุปกรณ์ด้านการดูแลสุขภาพ และการจัดสวัสดิการการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการจัดปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 2.98) มีการดำเนินงานครบทุกด้าน ทั้งด้านจัดให้มีศูนย์บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีผลผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 10 กิจกรรมครบทุกด้าน และมีระดับประสิทธิภาพในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.96) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนรวมคุณภาพชีวิต และคะแนนการมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การดำเนินกิจวัตรประจำวัน

(ADL) คะแนนรวมคุณภาพชีวิต และคะแนนการมีส่วนร่วม เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินการตามแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมด้านการประกอบกิจวัติประจำวัน (ADL) และคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาสวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย ระยะก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ โดยใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบล 3 แห่ง สรุปและอภิปรายผลดังนี้

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self–care) โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง และภาครัฐให้การสนับสนุนในส่วนขาด โดยเน้นการดูแลคุณภาพอย่างเท่าเทียม โดยการแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็นกลุ่มตามความจำเป็นในการดูแล และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุเชี่ยวชาญ โดยมีการอบรมตามหลักสูตรที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นร่วมกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน โดยได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม องค์ประกอบที่ 2 ทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการ ทั้งปฐมภูมิทุติยภูมิ อย่างมีประสิทธิภาพ และ โดยจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน และมีการประชุมชี้แจงแนวทางให้กับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์ ปรับปรุงกระบวนงานและประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มเป้าหมาย ที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพภายใต้แนวทางเวชปฏิบัติเดียวกัน ทั้งนี้เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามตัวชี้วัดทางชีวภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 4 พัฒนามีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่ สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตาม ช่วยเหลือ ประเมินผลที่ถูกต้องรวดเร็ว ได้แก่ การใช้ line video conference การใช้ระบบ GIS Health ในการติดตาม และรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน การพัฒนา Application การประเมินและติดตามผลการรักษา และจัดให้มีสถานชีวภิบาลในชุมชน องค์ประกอบที่ 5 มีกลไก กระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานที่ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน และมีการประชุมติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ องค์ประกอบที่ 6 มีแนวทางการร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ในการใช้ทรัพยากรบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ร่วมกัน เพื่อสร้างความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ จึงมีการจั้งตั้งกองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หรือกองทุนกายอุปกรณ์/ชุดกายภาพบำบัด และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยชมรมผู้สูงอายุเทศบาลวังน้ำเย็น เห็นได้ว่าการประยุกต์แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ซึ่งองค์ประกอบของแบบจำลองดังกล่าวสามารถนำไปออกแบบกลไกลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพได้ ผลการศึกษานี้สอดคลเองกับเป้าหมายของแบบจำลองที่กล่าวว่า เป้าหมายสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อคณะผู้ให้บริการที่มีการเตรียมความพร้อม และผู้รับบริการมีความรู้และความกระตือรือร้น[9] นอกจากนั้นยังสอดคล้องการศึกษาเรื่องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง พบว่า

รูปแบบในการพัฒนาประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล การพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลและผู้ป่วย[10]นอกจากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งพบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลประกอบด้วย การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแล การติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง[11] การจัดหากายอุปกรณ์ และการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน [12]

ผลการศึกษาพบว่า ระบบดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยรวมการปฏิบัติกิจวัติประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยจากระบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น มีทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะทีมนักกายภาพบำบัดเข้าไปช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบกับมีทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการปฏิบัติกิจวัติประจำวันได้ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเดิน การลุกจากที่นอน การรับประทานอาหาร และการใช้ห้องน้ำ และสามารถเลื่อนระดับจากกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพารุนแรง เป็นภาวะพึ่งพาปานกลางและไม่เป็นการพึ่งพาได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ[10.11]พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเพิ่มคะแนน ADL ได้

ผลการศึกษาพบว่า ระบบดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยเฉพาะ ด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนการพัฒนาสภาพบ้านจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ห้องน้ำ ราวจับ และกายอุปกรณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น นอกจากนั้น ยังมีการปรับปรุงด้านสถานบริการต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ให้เหมาะสมในการรับบริการสุขภาพดีขึ้น เช่น การให้บริการที่บ้าน การจัดคิวและคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้เหมาะสมมากขึ้น และมีการจัดสถานชีวภิบาลในสถานบริการ และชุมชนเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มองค์กรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง[13]

สรุปได้ว่า แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหมาะสมในการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลคล้ายคลึงกลับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องมีคณะกรรมการ กลไก และกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และพัฒนาคุณภาพชีวิต ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้รับบริการต้องร่วมกันดำเนินงาน เพื่อฟื้นฟูสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพัฒนาขึ้นจากแบบจำลอง
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเหมาะสม และสามารถเพิ่มคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนได้

2. ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย และสอนงานผู้ดูแลในครอบครัว และมีการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม 2) การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ให้เพิ่มความสามารถในการ

รับบริจาค และสนับสนุนวัสดุที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ซึ่งลดข้อจำกัดการบริหารจัดการงบประมาณภาครัฐ 3) การสร้างเครือข่าย และแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผล การรูปแบบการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ควรเพิ่มตัวแปรด้านความพึงพอใจ สำหรับผู้ให้บริการ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564. หน้า120.

2.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564).: . กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.; 2559.

3.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564.

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. รายงานประจำปี 2566. จังหวัดสระแก้ว; 2566.

5.Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. Jama. 2002;288(15):1909-14.

6.Bloom Ph.D RS. Stating Educational Objectives in Behavioral Terms. Nursing Forum. 1975;14(1):30-42.

7.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาสน; 2545.

8.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูล การตีความ และการหาความหมาย. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552. หน้า163.

9. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Managed care quarterly. 1999;7(3):56-66.

10.ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่ วยเรื้ อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(3):36-50.

11.ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):140-55.

12.ศศินันท์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):197-212.

13.อาริษา เสาร์แก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครัว. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564;9(1):103-23.

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.4 July - August 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART II

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว 269
ลอองจันทร์ คาภิรานนท์ ,,เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ ,จาเนียร สุวรรณชาติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 278
อรทัย ศิวบวรวัฒนา

การศึกษาประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษา ศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) 290
พิณทิพ ช้างเผือก ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์ ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย ,ชญานิษฐ์ วิทยาภิรมย์ และมงคล รัชชะ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา 298
สุริยา เพ็งพานิช

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี 307
ยุภาพร ทรงศรี ,ชลการ ทรงศรี ,จตุฤทธิ์ พรมศาลา

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 318
สุภารัตน์ วัฒนา

การประเมินผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู 328
พิมลพรรณ ศรีภูธร ,ปิยะวัฒน์ ประภูชะกา ,อภิญญา โพธิ์ยั่งยืน

ความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทางานของพนักงานเก็บขยะ หลังสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 337
จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล ,ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ ,ประยุกต์ เดชสุทธิกร ,เสาวลักษณ์ อนันตะบุตร

ผลของกระบวนการให้คำปรึกษาในการทาพินัยกรรมชีวิตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 345
จีระวดี พุทธาสมศรี ,รัศมี จิตโม้มา ,ชลการ ทรงศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ 355
นพดล พิมพ์จันทร์

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย 338
พัชชรี เกษแก้ว

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา 375
รุ่งตะวัน แสนยะบุตร

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ 385
นิ่มนวล หาญสิทธิ์ ,กนกวรรณ พลหงษ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี 395
ชลธาร ทองแสง ,อารี บุตรสอน ,อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

ผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 407
วันวิสา บุญยืนมั่น

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 416
พรรณีย์ โอษคลัง

ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2567 423
สุภัทรา สายันเกณะ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสาหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี 432
จิรวดี อำนาจบุดดี

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎรธานี 438
กามีละห์ ยะโกะ ,เนตรนภา ธนพัฒน์ ,คันธรส สุขกุล

การศึกษาคุณภาพน้าทิ้งจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 448
จิราพร ข้าจันทร์ ,จาตุรนต์ กัณทะธง ,ภาณุวัฒน์ ทวีกุล ,เสกสรรค์ ทองติ๊บ ,อรัณย์ภัค พิทักษ์พงษ์

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 459
พันธุ์ทิพย์ ภักดีพัฒนาทร ,ประยูร ภักดีพัฒนาทร

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 471
ธวัช จันแดง.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 478
ธวัช จันแดง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ 485
ผกาภรณ์ แช่มศรี

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR เพื่อประเมินความเสี่ยงของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 497
พิชยา จันทร์อบ

การพัฒนาแนวทางบริการสุขภาพสาหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 507
นวลฉวี อารยะศิลปธร

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น จังหวัดเลย 515
เพ็ญสุดา ไชยเมือง ,พรรณี บัญชรหัตถกิจ ,ทัศพร ชูศักดิ์ ,รัฐพล ศิลปรัศมี

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน 526
สมศรี ภูแพง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี .. 535
กัลยาลักษณ์ กองแก้ว ,กิตติ เหลาสุภาพ

รูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนาชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสีอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 544
สุเทพ ภูนาเหนือ

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 28 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสม การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา ผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ การให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมและการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย การจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ อาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือด การตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพ การเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ การดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดาอักเสบในทารกแรกเกิด การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการ ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ ปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียม ผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน การป้องกันอันตรายจากการทางานของพนักงานเก็บขยะ การทาพินัยกรรมชีวิตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน บริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสาหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด บริการสุขภาพสาหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

The development of a community participatory care model for the dependent elderly Wang Somboon District Sa Kaeo Province.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

ลอองจันทร์ คำภิรานนท์[1], เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ[1], จำเนียร สุวรรณชาติ[1]
La-ongchan Khamphiranont[1], Seksan Khongacheewakit[1], Jumnion Suwanchat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 274 คน ซึ่งได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนจากตารางของเครจซี่ และมอร์แกนและเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้นำชุมชน 3) นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ 5) CM 6) CG และ 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ 2) แบบสอบถาม 3) แบบสังเกต และ4) แนวทางสรุปการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ด้วยสถิติทดสอบ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ CM CG และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก และ 2) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ คะแนนของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This research was participatory action research data analyzed by mixed-method approach. The objectives are to study the context and problems of caring for the elderly with dependent conditions in a community in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province, to develop a model for caring for the elderly with dependent conditions in a community in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province, and to study the results of the model for caring for the elderly with dependent conditions in a community in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province. The sample group used in this study was 274 people, which were determined by calculating the proportions from the Krejci and Morgan tables and selected purposively. They consisted of 1) families of the elderly with dependent conditions, 2) community leaders, 3) local government organization heads, 4) public health personnel working in sub-district health promotion hospitals under the Wang Sombun District Public Health Office, 5) CM, 6) CG, and 7) village public health volunteers. The research instruments were 1) interview forms, 2) questionnaires, 3) observation forms, and 4) a guideline for summarizing lessons learned. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations. A comparative analysis was performed on the differences in scores of the ability to perform daily activities. Barthel ADL (ADL) index with Paired Samples t-test and Content Analysis

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

The research results found that 1) after the implementation of the model, families of dependent elderly, community leaders, local government organization presidents, public health personnel working in sub-district health promotion hospitals under the Wang Sombun District Public Health Office, CM CG, and village health volunteers had a high level of participation in caring for dependent elderly. 2) after the implementation of the model, the scores of the ability to perform daily activities, Barthel ADL (ADL) index of dependent elderly were significantly higher than before the implementation of the model at the 0.05 level.

Keywords: Dependent elderly, Model development

บทนำ

สถานการณ์ของประชากรโลกในศตวรรษที่ผ่านมาได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้คาดการณ์ว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 71 ปี หรือเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัว ในปี ค.ศ. 2022 ซึ่งทำให้มีประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลง ปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ที่เกิดขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าโลกเรามีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางการแพทย์ทำให้คนมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้นซึ่งส่งผลต่อโครงสร้างทางประชากร[1] แม้ว่ากระบวนการชราภาพสูงที่สุดจะอยู่ในยุโรปและอเมริกเหนือ แต่สองในสามของผู้สูงอายุทั่วโลกอาศัยอยู่ในภูมิภาคของประเทศที่กำลังพัฒนาในเอเชีย เช่น ประเทศไทย ชิลี จีน หรือสิงคโปร์ที่ใช้เวลาในการเปลี่ยนผ่านเพียงประมาณ 20 กว่าปี[2]

ประเทศไทยถูกจัดให้เป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) และเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี พ.ศ. 2565 โดยประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และกำลังจะกลายเป็นกลุ่มประชากรสูงอายุกลุ่มใหญ่มากในอีก 20 ปีข้างหน้า การเพิ่มของประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบแต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี[1] นอกจากนี้องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (HelpAge International) ได้ทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วมากที่สุดเป็นอันดับ 3 ของโลก โดยคาดว่าปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 17 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้รัฐบาลได้กำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 100,000 ราย ในทุกจังหวัด ซึ่งจะได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) โดยได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สปสช. เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเป็นความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน[3]

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาท้องถิ่น

ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 และเป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการระบบ LTC ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขโดยบูรณาการร่วมกับบริการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงานหรือชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน[3]

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราสวนพึ่งพิงวัยผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 30.5 เป็นผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 ติดสังคม ร้อยละ 96.9 ผู้หญิงมีสัดส่วนกลุ่มติดเตียงและติดบ้านมากกวาผู้ชาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีเพียง ร้อยละ 10.4[4] โดยได้รับการดูแลจากหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งชุมชนเริ่มให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เช่น การมีอาสาสมัครผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ มีทีมสหวิชาชีพจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือติดเตียง แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด เช่นเดียวกับอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยในปี พ.ศ.2565 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ 5,556 คน คิดเป็นร้อยละ 19.07 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 92.57 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.89 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.39 และไม่ได้รับการคัดกรองเนื่องจากผู้สูงอายุไปอาศัยอยู่กับลูกหลานในต่างจังหวัด ร้อยละ 5.15[5] นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนหนึ่งยังมีภาวะความเสื่อมของร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงไม่มีระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลและการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม ประกอบกับในปัจจุบันนี้บุคลากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอกับการดูแลกลุ่มดังกล่าว กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนไม่เป็นระบบขาดความต่อเนื่องที่เป็นระบบสนับสนุนที่ชัดเจน และที่สำคัญคือ การขาดผู้ดูแลอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคมเศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปหางานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทต้องอยู่โดยลำพังและช่วยเหลือตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น

จากเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและนำมาออกแบบเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนของการวิจัยไว้ดังนี้ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีกิจกรรมนำสู่การเปลี่ยนแปลงและการมีส่วนร่วม (participation) ซึ่งจะมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ร่วมในทุกขั้นตอน ได้แก่ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ CM CG และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาและความต้องการ ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์

ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปกระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอนกระบวนการต่าง ๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะค่อย ๆ เรียนรู้ร่วมกันผ่านการร่วมกันวางแผนและกำหนดการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการพร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยขยายองค์ความรู้จากการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนต้นแบบนี้ไปสู่ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระดับจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนไปใช้ ครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าสาธารณสุข สาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนนำไปใช้

2. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนไปใช้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีระดับคะแนน (Basic activity of Daily Living: ADL) สูงขึ้นกว่าก่อนนำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน
อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed Methods)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 105 คน 2) ผู้นำชุมชน จำนวน 48 คน 3) นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน 4) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จำนวน 37 คน 5) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวน 6 คน 6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 20 คน 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 624 คน และ 8) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 105 คน รวมทั้งสิ้น 948 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 57 คน

2) ผู้นำชุมชน จำนวน 35 คน 3) นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน 4) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ วังสมบูรณ์ จำนวน 18 คน 5) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวน 6 คน 6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 10 คน 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 88 คน และ 8) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน จำนวน 57 คน รวมทั้งสิ้น 274 คน โดยมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.2 แบบสอบถาม แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว มีด้วยกัน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.3 แบบสังเกต การมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

2.4 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

โดยเครื่องมือได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content Validity) โดยใช้การวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item content validity index, I-CVI) และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale, S-CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.89-1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ทุกข้อ และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เช่นกัน ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

2. ประชุมเตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยนักวิจัยในการจัดกระบวนการ การเก็บข้อมูล โดยการอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนวทางเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้วตามวันเวลาที่ได้กำหนดไว้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลได้ทุกเวลา ขอความยินยอมในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีและให้ความยินยอมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

4. รวบรวม ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

จริยธรรมงานวิจัย

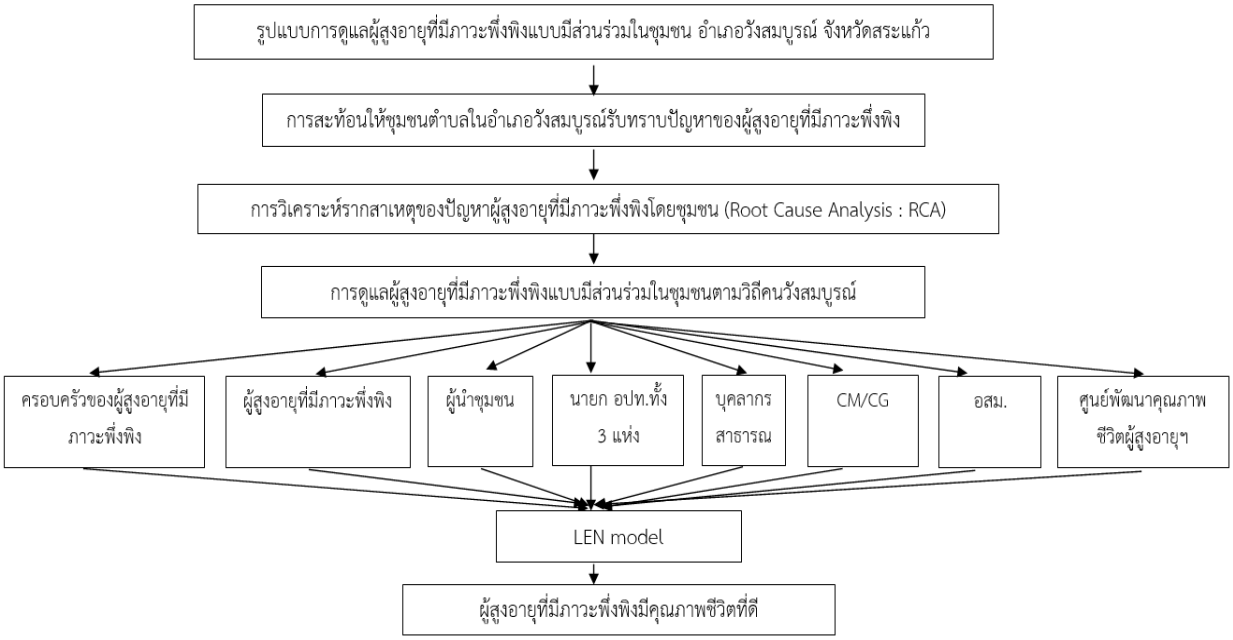
วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการวิจัย เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 35/2566

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า อำเภอวังสมบูรณ์ มีจำนวน 48 หมู่บ้าน อยู่ห่างจากตัวจังหวัดสระแก้ว ประมาณ 55 กิโลเมตร มีผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 92.57 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.89 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.39 ซึ่งมีปัญหาในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน และมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่าง ๆ ยังไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลและการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม ประกอบกับบุคลากรด้านสาธารณสุขยังไม่เพียงพอต่อการดูแลในกลุ่มดังกล่าว ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนไม่เป็นระบบ ขาดระบบสนับสนุนยังมีข้อจำกัดตามระเบียบของแต่ละส่วนราชการ อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญก็คือขาดผู้ดูแลอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปหางานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทต้องอยู่โดดเดี่ยวโดยลำพังและช่วยเหลือตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วยกระบวนการวิจัยแบบ PAR 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผลปฏิบัติการ นำไปสู่การจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) โครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ (Long Term Care) 2) โครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและปลอดภัย อำเภอวังสมบูรณ์ (Environment) และ 3) โครงการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอวังสมบูรณ์ (Network) โดยมีรูปแบบ ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ดังนี้

3.1 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้วมาใช้ ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ CM CG และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้

3.2 การทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสถิติทดสอบ t-test ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสถิติทดสอบ t-test

ตัวแปรที่ศึกษา คะแนน ADL	**t-test for Equality of Means**				
	M	**SD**	**t**	**df**	**Sig**
ก่อนเข้าโครงการ	10.09	1.03	21.77	56	.000
หลังเข้าโครงการ	14.47	1.40			

*$P < .05$

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า คะแนนของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ประกอบด้วยกระบวนการวิจัยแบบ PAR 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผลปฏิบัติการ นำไปสู่การจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) โครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ (Long Term Care) 2) โครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและปลอดภัย อำเภอวังสมบูรณ์ (Environment) และ 3) โครงการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอวังสมบูรณ์ (Network) ทั้งนี้เพราะเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ อุ่นเสียม[6] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กระบวนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจสถานการณ์ปัญหาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ นำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และสอดคล้องกับรัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ[7] ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาวะ โดยใช้กลไกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ อันนำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของบุคคลในสถานการณ์กลุ่มจนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ มี 5 ระดับ

2. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า

2.1 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่ภายหลังเข้าร่วมโครงการชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 อาจเป็นเพราะเครือข่ายในชุมชนได้รับรู้ข้อมูลปัญหาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) อย่างแท้จริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้เครือข่ายในชุมชนทุกระดับมีความต้องการแก้ไขปัญหาของชุมชนตนเองมากยิ่งขึ้น และได้ดึงเอาทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่มาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สอดคล้องกับขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว และอรุณ บุญสร้าง[8] ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก และมีปัจจัยของความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ คือ การให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุเองที่ได้รับผลกระทบ ให้มีความรับผิดชอบในประเด็นปัญหานี้และมีจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน

2.2 ด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีระดับคะแนน ADL สูงขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2 อาจเป็นเพราะมีรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสมเฉพาะตามบริบทของอำเภอวังสมบูรณ์ (LEN model) ในด้านโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) โดยทีมหมอครอบครัวและอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และได้รับการสนุบสนุนในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความเหมาะสมปลอดภัย โดยเครือข่ายของชุมชนซึ่งประกอบไปด้วย ครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) อาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับ ยศ วัชระคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พสิษฐ์ พัจนา และสาวิณี สุริยันรัตกร[9] ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี พบว่า การให้บริการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการภายใต้โครงการ LTC มีคะแนน Barthel ADL เฉลี่ยดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโครงการ LTC มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับ ชาญชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์ และวชิราภรณ์ วิทยาขาว[10] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 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 สอดคล้องกับผลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับนันทิกานต์ หวังจิ และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์[11]ที่ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ที่พัฒนาขึ้นมาใช้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ควรมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและมีความต้องการการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม

1.2 ควรมีการเชิญหน่วยงานภาครัฐภายนอกชุมชนที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายกับคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านการสนับสนุนวิชาการ เสริมสร้างทักษะแก่คณะทำงาน สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณในการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่น ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการศึกษา

2.2 ควรมีการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงการออกแบบ (Design Research Methodology)

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2564.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2017: highlights. New York: United Nations; 2017
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) พ.ศ.2565. สระแก้ว: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว; 2565.
6. จิราภรณ์ อุ่นเสียม. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิชาการแพทย์ 2559; 30(4): 261-268.
7. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาลิมา สำาแดงสาร และดลปภัฎ ทรงเลิศ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2561; 11(1): 231–238.
8. ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยวและอรุณ บุญสร้าง. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 5(03): 49-49.
9. ยศ วัชระคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พสิษฐ์ พัจนา และสาวิณี สุริยันรัตกร. ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(4): 608-624.
10. ชาญชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์ และวชิราภรณ์ วิทยาขาว. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 29(5): 813-821.
11. นันทิกานต์ หวังจิ และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์. พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2565; 9(1): 241-256.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of rehabilitation programs for heart failure patients In Kalasin Hospital, Kalasin Province.

(Received: July 31,2024 ; Revised: August 9,2024 ; Accepted: August 10,2024)

อรทัย ศิวบวรวัฒนา[1]
Orathai Siwaborwattana[1]

บทคัดย่อ

ภาวะที่หัวใจล้มเหลว ไม่ได้เป็นโรคแต่เป็นเพียงอาการและอาการแสดงที่เรื้อรังและรักษาไม่หายขาด หัวใจล้มเหลวจึงเป็นภาวะสุดท้ายของความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเกือบทุกชนิด กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทำการเปรียบเทียบระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที คุณภาพชีวิต ก่อนและหลัง ใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบผู้ป่วย ก่อน ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดย F – test แบบ repeated measure กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการประเมินสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) หลังเข้าร่วมโปรแกรม นำมาเปรียบเทียบรายคู่ โดยการจับคู่ เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1, เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance นำมาเปรียบเทียบรายคู่ โดยการจับคู่ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1, ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 4 ซึ่งมีความแตกต่างกัน และประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ ควรมีนโยบายให้นำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีองค์ความรู้และหลักการปฏิบัติตนเองเพื่อดูแลตนเองให้อยู่ระดับปกติให้มากที่สุด

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว, 6MWT, คุณภาพชีวิต

Abstract

Heart failure is not a disease itself, but rather a chronic condition characterized by a collection of signs and symptoms that cannot be cured. It represents the final stage of severity in patients with nearly all types of cardiovascular disease. The sample group consists of heart failure patients from Kalasin Hospital. A sample of 35 individuals was selected using purposive sampling. Data were collected through a questionnaire. Statistical analysis includes descriptive statistics for personal data and inferential statistics to compare the distance walked in 6 minutes and quality of life before and after the intervention. The Paired t-test was used for these comparisons. Additionally, repeated measures ANOVA (F-test) was employed to compare patients' conditions before, during, and after the intervention. The level of statistical significance was set at p-value < 0.05.

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Result: The experimental group's average physical fitness was assessed by measuring the maximum distance walked in 6 minutes (6MWT) after participating in the program. Comparisons were made between different months: Month 1 vs. Month 2: Patients showed an increase in the mean walking distance compared to Month 1., Month 1 vs. Month 4: There was a further increase in mean walking distance compared to Month 1., Month 1 vs. Month 6: Patients had a statistically significant increase in the average walking distance compared to Month 1 ($p < 0.05$). Additionally, the average walking exercise, according to the patient's ability based on the %Predicted distance level, was compared at different times: 1st time vs. 2nd time: Patients demonstrated an increase in the average number of exercise walks compared to the 1st time., 1st time vs. 3rd time: An increase in the average number of exercise walks was observed compared to the 1st time.,1st time vs. 4th time: There was a statistically significant increase in the average number of exercise walks compared to the 1st time and the results of the EQ-5D-5L quality of life assessment revealed that the mean score after the experiment was higher than before the experiment. (p-value<0.05.)

Suggestion: A policy should be established to incorporate the rehabilitation of heart failure patients into the care of other cardiovascular disease patients. This approach will equip patients with the knowledge and principles of self-care, enabling them to manage their conditions and maintain normalcy as much as possible.

Key Word: heart failure patients, 6MWT, Quality of life

บทนำ

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) ได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 (ผู้ป่วยใน) จะทำภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (CABG) หรือภายหลังจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) ซึ่งกระบวนรักษาผู้ป่วยจะใช้เวลาประมาณ 6 – 10 วัน[1] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ภายหลังจากการผ่าตัด และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจใน การกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน ระยะที่ 2 เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาฝึกประมาณ 1 – 3 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายให้สามารถ กลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และทำงานได้ตามปกติโดยเร็ว การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะนี้มีการปฏิบัติกันหลายแบบ[2]

โดยเฉพาะการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open-heart surgery) ซึ่งต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (heart lung machine) ทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายแทนหัวใจขณะผ่าตัด อาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ ระบบหายใจ การทำงานของตับและไต[3] ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายระบบประสาท[4] หรือการติดเชื้อหรืออักเสบที่แผลผ่าตัด[5] การผ่าตัดหัวใจมีค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงสูง[6,7] ใช้เวลาในการฟื้นตัวนานประมาณ 3 เดือน[8-10] เพื่อกลับสู่ภาวะปกติทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมทางกายความเจ็บปวด และความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[8,9]

การประเมินผลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งนิยมใช้การประเมินด้านสมรรถภาพทางกาย (functional capacity) ด้วยวิธีการทดสอบระยะทางการเดิน ในเวลา 6 นาที (six minute walk test;6MWT) และการประเมินด้านคุณภาพชีวิต 6MWT นั้น จะเป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที ให้ได้ระยะทางมากที่สุดตามศักยภาพ โดยให้ผู้ถูกทดสอบเป็นผู้กำหนดความเร็วในการเดินเอง เป็นการทดสอบที่สามารถทำได้ง่ายสำหรับทางคลินิก ใช้อุปกรณ์ไม่มาก และราคาไม่แพง โดยผลที่ได้จากการทดสอบ สามารถนำไปประเมินระดับความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้[11] และที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพชีวิตร่วมด้วย จะเป็น

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้งมิติทางร่างกาย จิตใจและสังคมเป็นที่นิยมใช้แพร่หลายในยุโรป และอเมริกามีการแปลเป็นหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย สามารถนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลายแขนง รวมทั้งผู้ป่วยโรคหัวใจ[12]

การทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทางคลินิกนั้น นิยมใช้การทดสอบด้วยการออกกำลังกายที่ระดับความหนักของการทดสอบอยู่ในระดับ submaximal exercise test ที่นิยมใช้ ได้แก่ การทดสอบด้วยการเดิน 6 นาที (6 minute walk test: 6MWT) ซึ่งเป็นการทดสอบที่ง่าย ประหยัด รวดเร็วและใช้อุปกรณ์น้อย นอกจากนี้การทดสอบ 6MWT ได้รับการยอมรับเป็นที่กว้างขวาง มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยสูง รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนตามแนวทางของ American Thoracic Society : ATS ซึ่งจากผลการทดสอบ 6MWT ยังสามารถนำไปใช้เพื่อการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค รวมถึงใช้เพื่อวางแผนการรักษาหรือฟื้นฟูด้วยการออกกำลังกาย นอกจากการทดสอบสมรรถภาพทางกายแล้ว การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก็สำคัญ ที่นิยมแพร่หลายในทางคลินิก ได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป EQ-5D-5L ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ง่าย ตอบด้วยตนเองและใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที ดังนั้นในการศึกษาการออกกำลังกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จะใช้ Progressive Walking Program (PWP) ซึ่งเป็นการนำผลการทดสอบ 6MWT ไปออกแบบการออกกำลังกายที่จำเพาะกับบุคคลตามศักยภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการใช้แรงตัวเอง รวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยการทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป 5Q-5D-5L

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรม Progressive Walking Program (PWP) ในการลดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ขอบเขตของการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Research and development by Quasi- experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดประสิทธิผลการใช้โปรแกรม Progressive Walking Program (PWP) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 1 ปี ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 35 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) ไม่มีปัญหาในการมองเห็น การได้ยิน และสามารถสื่อสารได้ 3) ไม่มีโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ส่งผลต่อการเดินและการทรงตัวของผู้ป่วย 4) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ค่า LVEF น้อยกว่า 40%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรม Progressive Walking Program (PWP)ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ

ล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยออกแบบโปรแกรมการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ % Predicted distance ของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

- โปรแกรมที่ 1 ใช้กับผู้ป่วยที่วัดระดับ %Predicted distance ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 80
- โปรแกรมที่ 2 ใช้กับผู้ป่วยที่วัดระดับ %Predicted distance ได้ 60-79
- โปรแกรมที่ 3 ใช้กับผู้ป่วยที่วัดระดับ %Predicted distance ได้ 40-59
- โปรแกรมที่ 4 ใช้กับผู้ป่วยที่วัดระดับ %Predicted distance ได้ น้อยกว่า 40

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 การทดสอบ six minute walk เป็นการทดสอบการเดินในระยะเวลา 6 นาที ผลของการทดสอบจะได้ระยะทางที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ใน 6 นาที

2.2 % Predicted distance ใช้จัดระดับความสามารถของผู้ป่วยเพื่อออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 40% predicted distance 40-59% Predicted distance 60-79% Predicted distance และ มากกว่าหรือเท่ากับ 80% Predicted distance

2.3 ค่า เปอร์เซ็นต์ left ventricular ejection fraction (%LVEF) ได้จากการตรวจประเมินด้วย echocardiography

2.4 แบบสอบถาม ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า %LVEF นำเสนอข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทำการเปรียบเทียบระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ก่อนและหลัง ใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบก่อน ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดย F – test แบบ repeated measure กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลอง พบว่า มีจำนวน 35 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ 59.14 ปี (S.D.=14.30) อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสูดอายุ 81 ปี ส่วนสูงเฉลี่ยอยู่ที่ 163.71 เซนติเมตร (S.D.=7.27) ส่วนสูงต่ำสุด 149 เซนติเมตร และสูงสุด 180 เซนติเมตร และน้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 63.47 กิโลกรัม (S.D.=13.51) ต่ำสุดอยู่ที่ 42.65 กิโลกรัม และสูงสุดอยู่ที่ 105 กิโลกรัม และดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยอยู่ที่ 23.62 (S.D.=4.38) ส่วนสูงต่ำสุด 18.20 และสูงสุด 30.30 ตามลำดับ

การตรวจประเมิน Echocardiography (%LVEF) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่า ก่อนทดลองอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.63 (S.D.= 6.87) หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.46 (S.D.= 21.91) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน(%LVEF) สูงกว่าก่อนทดลอง และการประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ก่อนทดลองอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.77 (S.D.= 0.30) หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95 (S.D.= 0.75) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L สูงกว่าก่อนทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตรวจประเมิน Echocardiography (%LVEF) และการประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง (n=35)

การประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ค่าเฉลี่ย	(S.D.)	ค่าเฉลี่ย	(S.D.)
การประเมินEechocardiography (%LVEF)	26.63	6.87	29.46	21.91
การประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L	0.77	0.30	0.95	0.75

ด้านการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) และการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม การตรวจประเมินการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่า เดือนที่ 1 มีค่าเฉลี่ยระยะทางมากที่สุด เท่ากับ 339.94 (S.D.= 79.33), เดือนที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระยะทางมากที่สุด เท่ากับ 374.00 (S.D.= 74.49), เดือนที่ 4 มีค่าเฉลี่ยระยะทางมากที่สุดเท่ากับ 396.09 (S.D.= 76.49) และเดือนที่ 6 มีค่าเฉลี่ยระยะทางมากที่สุดเท่ากับ 414.06 (S.D.= 74.07) ตามลำดับ ซึ่งจากผลการประเมิน 6MWT ส่งผลผู้ป่วยมีแนวโน้มในการเดินได้ระยะทางเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบจากเดือนที่ 1 ถึงเดือนที่ 6 และการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance พบว่า ครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเท่ากับ 64.54 (S.D.= 14.31), ครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเท่ากับ 71.01 (S.D.= 13.52), ครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเท่ากับ 75.54 (S.D.= 13.01) และครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเท่ากับ 79.02 (S.D.= 11.99) ตามลำดับ ซึ่งจากผลการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วย ส่งผลผู้ป่วยมีแนวโน้มในการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบจากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลอง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยฯ ผ่านการตรวจประเมิน Echocardiography แล้วเกณฑ์ ค่า %LVEF น้อยกว่า 40% พบว่า ก่อนทดลองมีคะแนน $\bar{x}$= 26.62, S.D=6.86 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนน $\bar{x}$= 29.45 ,S.D=21.90 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value =0.464 (95%CI = 1-10.5881 ถึง 4.9310) และประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ก่อนทดลองมีคะแนน $\bar{x}$=0.74, S.D=0.13 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนน $\bar{x}$=0.95 ,S.D=0.05 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = -0.169 ถึง -11.881)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประเมินสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) ของกลุ่มทดลอง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) ครั้งที่ 1(แรกเริ่ม) ครั้งที่ 2 (2 เดือน) ครั้งที่3 (4 เดือน) และ ครั้งที่ 4 (6 เดือน) ภายในกลุ่มทดลองมีระยะทางที่ต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงทำทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความแปรปรวนร่วม โดยใช้ Mauchly'sTest of Sphericity ก่อนจะการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ LSD พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการประเมินสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) มีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยการเดิน ในแต่ละช่วงเวลาเพิ่มขึ้นแบบ Linear และ Monotonic Decreasing แสดงว่าโปรแกรมประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกับกลุ่มทดลองส่งผลให้ค่าเฉลี่ยการเดิน (6MWT) หลังเข้าร่วม เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากนั้นนำมาเปรียบเทียบรายคู่ของระยะทางภายในกลุ่มกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี LSD โดยการจับคู่ เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1, เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1 ตามลำดับ ซึ่งจากภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรม (PWP) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเดินเพิ่มมากขึ้นเมื่อใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นหลังจาก 6 เดือน กับเดือนที่ 1

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ % Predicted distance ของกลุ่มทดลอง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินสมรรถภาพทางกายการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ภายในกลุ่มทดลองมีระยะทางที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงทำทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความแปรปรวนร่วม โดยใช้ Mauchly'sTest of Sphericity ก่อนจะการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ LSD พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ % Predicted distance มีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยของการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วย ในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นแบบ Linear และ Monotonic Decreasing แสดงให้เห็นว่าหลังจากเข้าโปรแกรมระดับ %Predicted distance เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากนั้นนำมาเปรียบเทียบรายคู่ของระยะทางภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี LSD โดยการจับคู่ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1, ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 ตามลำดับ ซึ่งจากภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถการเดินออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นเมื่อใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นหลังจากครั้งที่ 4 กับครั้งที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจประเมิน Echocardiography (%LVEF) และการประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม จากผลการตรวจประเมินEchocardiography (%LVEF) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่า ก่อนทดลองอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.63 (S.D.= 6.87) หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.46 (S.D.= 21.91) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน (%LVEF) สูงกว่าก่อนทดลอง และการประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ก่อนทดลองอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.77 (S.D.= 0.30) หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95

(S.D.= 0.75) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L สูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับ ปนัดดา ยาสุด และพจีมาศ กิตติปัญญางาม[13] พบว่า คุณภาพชีวิตตามมิติสุขภาพในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตทั้ง 5 ด้าน และมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นทั้ง 5 ด้าน ซึ่งหลังผ่าตัดคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติ ค่าอรรถประโยชน์ภายหลังผ่าตัด 3 เดือน จาก EQ-5D-5L และ EQ-VAS คือ 0.98 ± 0.03 และ 97.58 ± 5.09 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับระยะก่อนผ่าตัด ค่าอรรถประโยชน์จากการประเมิน EQ-5D-5L และการประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ VAS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และสอดคล้องกับ นันทวัน ปิ่นมาศ และคณะ[14] พบว่าหลังจากได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดที่บ้านโดยผู้ป่วยต้องสามารถสื่อสารได้มีผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดไม่น้อยกว่าวันละ 60 นาทีในวันที่ให้การฟื้นฟู ทำการฟื้นฟูสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ดัชนีบาร์เธลฉบับภาษาไทยและวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D ผลการศึกษาพบว่า ว่าผู้ป่วย 41 คน หลังฟื้นฟูมีค่ามัธยฐานของคะแนนดัชนีบาร์เธลและค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับ อมรรัตน์ ปะติเก[15] พบว่าคุณภาพชีวิตจาก EQ5D5L (0-1 คะแนน) ในกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น 0.08 คะแนน ($p<0.001$) และในกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้น 0.05 คะแนน ($p<0.001$) และคุณภาพชีวิตจาก VAS (0-100) ในกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น 10.55 คะแนน ($p<0.001$) และในกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้น 5.00 คะแนน ($p<0.001$)

การเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) และการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม จากผลการตรวจประเมินการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่า เดือนที่ 1 มีค่าเฉลี่ยระยะทางมากที่สุด เท่ากับ 339.94 (S.D.= 79.33), เดือนที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระยะทางมากที่สุด เท่ากับ 374.00 (S.D.= 74.49), เดือนที่ 4 มีค่าเฉลี่ยระยะทางมากที่สุด เท่ากับ 396.09 (S.D.= 76.49) และเดือนที่ 6 มีค่าเฉลี่ยระยะทางมากที่สุดเท่ากับ 414.06 (S.D.= 74.07) ตามลำดับ ซึ่งจากผลการประเมิน 6MWT ส่งผลผู้ป่วยมีแนวโน้มในการเดินได้ระยะทางเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบจากเดือนที่ 1 ถึงเดือนที่ 6 และการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance พบว่า ครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเท่ากับ 64.54 (S.D.= 14.31), ครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเท่ากับ 71.01 (S.D.= 13.52), ครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเท่ากับ 75.54 (S.D.= 13.01) และครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเท่ากับ 79.02 (S.D.= 11.99) ตามลำดับ ซึ่งจากผลการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วย ส่งผลผู้ป่วยมีแนวโน้มในการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบจากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 สอดคล้องกับ นวดี เทศศรีเมือง[16] พบว่า อาสาสมัครมีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาที เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาทีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 สามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นได้ และสอดคล้องกับ กัญญา สุขะนันท์ และคณะ[17] พบว่า

ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลอง จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยฯ ผ่านการตรวจประเมิน Echocardiography แล้วเกณฑ์ ค่า %LVEF น้อยกว่า 40% พบว่า ก่อนทดลองมีคะแนน $\bar{x}$= 26.62, S.D=6.86 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนน $\bar{x}$= 29.45 ,S.D=21.90 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.464 (95%CI = 1-10.5881 ถึง 4.9310) และประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ก่อนทดลองมีคะแนน $\bar{x}$=0.74, S.D=0.13 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนน $\bar{x}$=0.95 ,S.D=0.05 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองสูงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 (95%CI = -0.169 ถึง -11.881) สอดคล้องกับ อชิรญา ปักษา และธชาพิมพ์ สุขุมวาท[18] พบว่า สมรรถภาพทางกายหลังการผ่าตัด 1 เดือน ทดสอบด้วย 6-Minute Walk Test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.016) เมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่ระยะติดตามอาการ 3 เดือน และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปในทิศทางที่ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และไม่มีอาการแย่ลงเมื่อเทียบกับผลการทดสอบก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด และสอดคล้องกับ ทัศนีย์ เวทยาวงศ์กุล และคณะ[19] พบว่า ผลลัพธ์หลังจากได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ($p<0.001$) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี HRQoLเพิ่มขึ้นโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย EQ -5D-5L และ EQ -VAS เท่ากับ 0.663± 0.18 (เพิ่มขึ้น +0.44) และ 71.97± 13.71 (เพิ่มขึ้น + 23.10) ตามลำดับและมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.001$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประเมินสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) ของกลุ่มทดลอง จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประเมินสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) ของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการประเมินสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) มีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) ในแต่ละช่วงเวลาเพิ่มขึ้นแบบ Linear และ Monotonic Decreasing แสดงว่าโปรแกรมประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกับกลุ่มทดลองส่งผลให้ค่าเฉลี่ยการเดินให้ได้ระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที หลังเข้าร่วมโปรแกรม (6MWT) เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากนั้นนำมาเปรียบเทียบรายคู่ของระยะทางภายในกลุ่มกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี LSD โดยการจับคู่ เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1, เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 1 กับเดือนที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 1 ตามลำดับ ซึ่งจากภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรม (6MWT) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเดินเพิ่มมากขึ้นเมื่อใช้

ระยะเวลาเพิ่มขึ้นหลังจาก 6 เดือน กับเดือนที่ 1 สอดคล้องกับ พรเทพ และคณะ[20] พบว่าก่อนเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกลุ่มตัวอย่างสามารถเดินได้ระยะทางโดยเฉลี่ย 273.9 + 137.42 ม. และหลังการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถเดินได้ระยะทางโดยเฉลี่ย 346.32 + 153.65 ม. โดยมีระยะทางเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 72.38 ม. (P <0.001) ส่วนด้านคุณภาพชีวิตในภาพรวมหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05) และสอดคล้องกับ Wright DJ, Khan Km, Gossage EM, Saltissi S.[21] พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น (P <0.05) โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางร่างกายมีคะแนนโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05) ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (P <0.001) และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (P <0.05) และสอดคล้องกับ พรทิพย์ อ่อนเพชร[22] พบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ (ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ก่อนการทดลองมีระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 320.29 (S.D.=53.246) และหลังการทดลองมีระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 397.19 (S.D.= 47.354) ตามลำดับ และสอดคล้องกับ ทวีศักดิ์ สูตรภาษานนท์ และอภิจารี ชูศักดิ์[23] ผลการศึกษาระยะทางจากการประเมิน 6-minute walk test มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (349.4 ± 108.1 เมตร และ 410.1 ± 94.4 เมตร p < 0.001) และผู้ป่วยที่มารับการตรวจติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังได้รับการทำหัตถการ มีผลลัพธ์ทางคลินิกในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ อัตราการเต้นของหัวใจในขณะพักมีค่าลดลง ในขณะที่ระยะทางและค่า METs จากการประเมิน 6-minute walk test มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลลัพธ์โดยรวมจากการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งการทำหัตถการ การรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและโภชนาการ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เน้นการออกกำลังกายเป็นฐาน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ % Predicted distance ของกลุ่มทดลอง จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินสมรรถภาพทางกายการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเดินมีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยของการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วย ในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นแบบ Linear และ Monotonic Decreasing แสดงให้เห็นว่าหลังจากเข้าโปรแกรมการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วยตามระดับ %Predicted distance เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากนั้นนำมาเปรียบเทียบรายคู่ของระยะทางภายในกลุ่มกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี LSD โดยการจับคู่ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1, ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 ตามลำดับ ซึ่งจากภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเดินออกกำลังกายให้ตามความสามารถผู้ป่วย ตามระดับ %Predicted distance ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถการเดินออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นเมื่อใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นหลังจากครั้งที่ 4 กับครั้งที่ 1 สอดคล้องกับ Akila[24] ศึกษาโปรแกรมเพิ่มความสามารถการเดินแนวทางใหม่ต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

หลังผ่าตัด CABG วิธีการมีหลายส่วน โดยทำการศึกษาดำเนินจัดโปรแกรมในระยะก่อนผ่าตัดแล้วติดตามผลระยะหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเพิ่มความสามารถการเดินร่วมกับการตรวจสอบด้วยตนเองของการรับรู้การออกแรง การอบอุ่นร่างกาย (warm up) ต่อจากนั้นออกกำลังกาย ด้วยการเดินที่มีความเร็วปานกลาง ต่อจากนั้นเดินช้าๆ (cool down) ตามขั้นตอน พร้อมกับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้คู่มือตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 2 วัน และวันที่ 3-7 หลังผ่าตัด ติดตามผลประเมินภาวะการทำหน้าที่หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 วันที่ 8 หลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นมีให้แรงเสริม กำลังใจและทบทวนโปรแกรมเพิ่มความสามารถการเดินที่หอผู้ป่วยนอกในวันที่ 8, 15, 30 และ 90 หลังผ่าตัด มีการโทรศัพท์กระตุ้นและให้กำลังใจในวันที่ 60 และ 85 หลังผ่าตัด และประเมินภาวะการทำหน้าที่ครั้งที่ 2 และ 3 ในวันที่ 60 และ 90 หลังผ่าตัดพบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วย มีภาวการณ์ทำหน้าที่สูงขึ้น และสอดคล้องกับ ผุสดี พุฒดี และคณะ [25] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สรรถนะแห่งตนต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหลังสวนหัวใจขยายหลอดเลือดในระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมต่อการมีกิจกรรมทางกายโดยประยุกต์ใช้เครื่องนับก้าว พบว่าภายหลังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีกิจกรรมทางกายสูงกว่ากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับ ภาวินี เภารอด และคณะ[26] พบว่า ระยะทางเดินได้ต่ำสุดเท่ากับ 30 เมตร และระยะทางเดินได้มากสุดเท่ากับ 220 (เฉลี่ย 145 เมตร) ค่าเฉลี่ยรวมของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 160 เมตร และสอดคล้องกับ กัญญา สุขะนันท์ และคณะ[17] พบว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี ประกอบด้วย การพยาบาลระยะเฉียบพลัน ก่อนจำหน่าย และต่อเนื่องหลังจำหน่าย ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <0.05$) ระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนารูปแบบโปรแกรมการออกกำลังกายจากที่ใช้วิธีการเดินเพียงอย่างเดียว ต่อยอดด้วยรูปแบบการออกกำลังกายแบบอื่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามความถนัดและความสนใจของผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้การควบคุมของนักกายภาพบำบัด

2. ด้านการวิจัย ควรติดตามผลลัพธ์รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านต่อเนื่องให้มากกว่า 6 เดือน และควรมีกลุ่มเปรียบเทียบวิธีการที่สามารถเพิ่มให้ผู้ป่วยมีระยะทางมากที่สุดในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ในแต่ละช่วงเวลา และต้องอาศัยผลการวิเคราะห์ทำการเปรียบเทียบผลว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นและมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. ด้านการพัฒนาต่อยอดงานวิจัย ควรนำญาติเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการแนะนำการรักษาด้วยการออกกำลังกายตามศักยภาพของผู้ป่วย รวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากญาติต้องเป็นคนดูแลเมื่อมีการส่งต่อไปดูแลที่บ้าน รวมถึงการประเมินความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Pollock ML, Pels AE, Foster C, Ward A. Exercise prescription for rehabilitation of the cardiac patient. In: Pollock ML, Schmidt DH, editors. Heart disease and Rehabilitation. New York: John Wiley & Sons;1986: 477 – 515.
2. ปิยะนุช รักพาณิชย์. การฟื้นฟูหัวใจเมื่อกลับบ้าน. ใน: วิศาล คันธารัตนกุล, ระพีผล กุญชร ณ อยุธยา. บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: อภิสราอินเตอร์กรุป: 2548; 87-101.
3. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556.
4. จรัญ สายะสถิตย์. ศัลยศาสตร์โรคหัวใจที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก:โกลบอลพริ้นท์; 2555.
5. วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ณัฐณภัทร วัฒนเดชาสกุล, รัชนี ผิวผ่อง, สุวรรณี มงคลรุ่งเรือง. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ: จากการสังเคราะห์งานวิจัยสู่การนำไปปฏิบัติ. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ 2559; 20: 143-156.
6. ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. Critical Care in CARDIOTHORACIC SURGERY: Sedation and analgesia in cardiothoracic surgery. ใน: เกรียงชัย ประสงค์สุกาญจน์, วีระชัย นาวารวงศ์, บรรณาธิการ. Critical Care in CARDIOTHORACIC SURGERY. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2552: 59-71.
7. วาสนา รวยสูงเนิน. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
8. Kumar R, Hote MP, Sharma G, Thakur B, Airan B. Comparison of Outcome in Male and Female Indian Patients Undergoing CABG, Activity Levels and Quality of Life: One Year Follow-Up Study. J Thorac Cardiovasc Surg 2017; 2: 29-34.
9. Fontes MT, Swift RC, Bute BP, Podgoreanu MV, Smith MS. Predictors of Cognitive Recovery after Cardiac Surgery. Anesth Analg 2013; 116:435-442.
10. Choiniere M, Watson JW, Victor C, Baskett RJF, Bussieres JS, Carrier M, et al. Prevalence of and risk factor for persistent postoperative nonanginal pain after cardiac surgery: a 2-year prospective multicenter study. Can Med Assoc J 2014; 186: 213-223.
11. American Thoracic Society. ATS Statement: Guidelines for the six-minute walk test. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:111-7.
12. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties testing of the retranslated SF -36 (Thai version). Thai J Pharm Sci 2005; 29:69 – 88.
13. ปนัดดา ยาสุด และพจีมาศ กิตติปัญญางาม. คุณภาพชีวิต และอรรถประโยชน์ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(3):253-259.
14. นันทวัน ปิ่นมาศ, สาธนีย์ พันธ์กนกพงศ์ และวรุณนภา ศรีโสภาพ. ผลการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังโดยนักกายภาพบำบัด. พุทธชินราชเวชสาร 2555; 29(2):190-197.
15. อมรรัตน์ ปะติเก. ผลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิต เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
16. นวดี เทศศรีเมือง. ผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15(1): 73- 85 เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/download/254338/174884/945671
17. กัญญา สุขะนันท์, ชาลีฮา สาและ และชนัยกานต์ แก้วอุทัย. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565; 30(2): 67-80

18. อชิรญา ปักษา และ ธชาพิมพ์ สุขุมวาท. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูก่อนผ่าตัดที่มีต่อช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เส้นรอบวงของแขน ความสามารถทางกาย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ 2567; 6(2): 82-92 เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/261560/183678
19. ทัศนีย์ เวทยาวงศ์กุล, ศิริธัญญ์ ตัญบุญยกิจ และธเนศ สังข์ศรี. ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์, วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสาธารณสุข 2567; 9(2): 10-20
20. พรเทพ รอดโพธิ์ทอง, สริสสา แรงกล้า และ จิราภรณ์ ปาสานำ. การทดสอบด้วยการเดิน 6 นาทีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจหลังเข้ารับบริการคลินิกฟื้นฟูหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2561; 61(6): 730-743
21. Wright DJ, Khan Km, Gossage EM, Saltissi S. (2001). Assessment of a low-intensity Cardiac rehabilitation programme using the six-minute walk test. Clin Rehabil 2001;15:119-24.
22. พรทิพย์ อ่อนเพชร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562 เข้าถึงได้จาก https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=10375&context=chulaetd
23. ทวีศักดิ์ สูตรภาษานนท์ และอภิจารี ชูศักดิ์. ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในระยะที่ 2 ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564; 18(2): 103-113 เข้าถึงได้จาก https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/9953/8821
24. Akila, P. (2016). Augmented walking program: a novel approach to functional status after coronary artery bypass grafting surgery. GSTF Journal of Nursing and Health Care (JNHC) 2016; 4(1):0-18.
25. ผุสดี พุฒดี, ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม และนรลักขณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการสวนหัวใจขยายหลอดเลือด. วารสารเกื้อการุณย์ 2560; 24(1):147-162.
26. ภาวินี เภารอด, วีระพงษ์ ชิดนอก, แพรวน้ำผึ้ง พนมชัยสว่าง และจรัญ สายะสถิตย์. การศึกษาความสามารถการออกกำลังกายด้วยการทดสอบความสามารถการเดินทางราบใน 6 นาทีในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. สงขลานครินทร์เวชสาร 2559; 34(6):321-329.

การศึกษาประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษา ศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

Carbon Footprint Assessment of an Organization: A Case Study of a Wellness Spa Center

(Received: July 31,2024 ; Revised: August 8,2024 ; Accepted: August 10,2024)

พิณทิพ ช้างเผือก[1], เสรีย์ ตู้ประกาย[2], ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์[3], ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย[3], ชญานิษฐ์ วิทยาภิรมย์[4] และ มงคล รัชชะ[5]

Pintip Changpueak[1], Seree Tuprakay[2], Chaleeporn Thammapornram[3], Chaiwat Pooworakulchai[3], Chayanit Witthayaphirom[4] and Mongkol Ratcha[5]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ได้ศึกษาประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษาศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปริมาณการปลดปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร และเสนอแนวทางการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกขององค์กร โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร ตามแนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรขององค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) โดยมีการจำแนกขอบเขตการดำเนินงานที่สะท้อนถึงการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของแต่ละกิจกรรมภายในขอบเขตขององค์กรภายในขอบเขตขององค์กรโดยแบ่งออกเป็น 3 ขอบเขต ในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนพฤศจิกายนปี พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลาทั้งหมด 6 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ทั้งหมดเท่ากับ 777.02 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า โดยแบ่งเป็นขอบเขตที่ 1, 2, และ 3 มีค่าเท่ากับ 187.23, 585.88 และ 0.50 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ซึ่งขอบเขตที่ 2 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมจากการใช้พลังงานไฟฟ้าขององค์กรมีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.40 ของทั้งหมด

คำสำคัญ: คาร์บอนฟุตพริ้นท์, ก๊าซเรือนกระจก, ศูนย์เวลเนส, สปาเพื่อสุขภาพ

Abstract

This research assesses the carbon footprint of an organization, specifically a wellness spa. It was survey research aimed at analyzing the amount of carbon emissions produced by the organization and proposing strategies to reduce its greenhouse gas emissions. The study involves analyzing the organization's carbon footprint evaluation data according to the guidelines set by the Greenhouse Gas Management Organization (a public organization). The analysis categorizes the operational boundaries reflecting the greenhouse gas emissions of various activities within the organization into three scopes. Data for this study was collected from June to November 2023, covering a period of six months.

The results indicate that the total carbon footprint was 777.02 kilograms of CO_2 equivalent, divided into scopes 1, 2, and 3, with values of 187.23, 585.88, and 0.50 kilograms of CO_2 equivalent, respectively. Scope 2, which includes indirect greenhouse gas emissions from electricity use, accounted for the highest emissions, representing 75.40% of the total.

Keywords: Carbon footprint, Greenhouse gases, Wellness center, Spa

บทนำ

[1] นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิศวกรรมการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[2] วศ.ด.รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[3] ปร.ด.คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[4] ปร.ด.คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[5] ปร.ด.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: Mongkol.r@ru.ac.th

ในช่วงไม่กี่ปีมานี้ ภาวะโลกร้อน เป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสนใจมากขึ้นทุก ๆ ปี เนื่องจากองค์การอุตุนิยมวิทยาโลก (World Meteorological Organization : WMO) เคยคาดการณ์ว่า ในช่วงปี 2017 – 2021 มีโอกาสที่อุณหภูมิโลกเฉลี่ยทั้งปีจะเกิน 1.5 องศาเซลเซียส ซึ่งความเป็นไปได้มีมากกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ แต่ล่าสุดจากข้อมูลรายงานคาดการณ์สภาพภูมิอากาศประจำปีของสหราชอาณาจักร (Global Annual to Decadal Climate Update) ในปี 2022 – 2026 รายงานว่า เดิมอุณหภูมิโลกเฉลี่ยอยู่ที่ 1.1 องศาเซลเซียส แต่ในอนาคตมีโอกาสที่อุณหภูมิโลกเฉลี่ยทั้งปีเกิน 1.5 องศาเซลเซียส ส่วนความเป็นไปได้เพิ่มมากขึ้นถึง 50 เปอร์เซ็นต์ WMO ยังกล่าวเสริมอีกว่า ในปี 2022 – 2026 จะมีช่วงเวลาหนึ่งที่อุณหภูมิอบอุ่นมากที่สุดเท่าที่เคยมีมา ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นมากถึง 93 เปอร์เซ็นต์ แม้ว่าตัวเลขอุณหภูมิจากเดิม 1.1 ขึ้นไปเป็น 1.5 องศาเซลเซียส จะเพิ่มขึ้นเพียงแค่หลักทศนิยม แต่ผลกระทบที่ตามมาเรียกได้ว่าสร้างความเสียหายต่อสภาพแวดล้อมและสิ่งมีชีวิตทั่วโลกเป็นวงกว้าง[1]

ภาวะโลกร้อนเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากโลกไม่สามารถระบายความร้อนที่ได้รับจากรังสีดวงอาทิตย์ออกไปได้อย่างปกติ จึงทำให้อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกสูงขึ้น และทำให้สภาพอากาศของโลกเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตบนโลก โดยปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์เชื่อกันว่าการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของก๊าซในบรรยากาศ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการกระทำของมนุษย์ และอุณหภูมิโลกที่สูงขึ้นเป็นผลเนื่องมาจากปรากฏการณ์เรือนกระจก (Greenhouse Effect) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสะสมของก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gas) ในชั้นบรรยากาศมากกว่าปกติ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของก๊าซเรือนกระจกจะทำให้บรรยากาศโลกกักเก็บพลังงานความร้อนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสมดุลของพลังงานเปลี่ยนแปลงไปและมีผลกระทบต่อเนื่อง[2]

จากการที่สังคมโลกเริ่มตระหนักถึงผลกระทบจากภาวะโลกร้อน ทำให้หลายประเทศทั่วโลกตื่นตัวในการดำเนินงานเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร (Carbon Footprint for Organization: CFO หรือ Corporate Carbon Footprint: CCF) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แสดงข้อมูลปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gas Emissions and Removals) ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการดำเนินงานและกิจกรรมขององค์กรในรูปคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า องค์กรสามารถนำผลที่ได้ไปใช้กำหนดแนวทางบริหารจัดการลดการใช้พลังงานและลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ณ แหล่งปล่อยที่มีนัยสำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) มีการแบ่งกิจกรรมที่มีการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกจากการดำเนินงานขององค์กรไว้ 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 การปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกทางตรงขององค์กร ประเภทที่ 2 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมจากการใช้พลังงาน และประเภทที่ 3 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมอื่น ๆ[3]

นอกจากภาวะโลกร้อนที่ทุกคนให้ความสำคัญ ยังมีการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่หลายๆ คนหันมาสนใจและให้ความสำคัญมากขึ้น ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับการดูแลตัวเองไม่เฉพาะแค่สุขภาพร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงด้านจิตใจจิตวิญญาณ สังคม และโลกของเราด้วย ซึ่งศูนย์เวลเนสในประเทศไทย ถูกจำแนกประเภทโดยกองการแพทย์ทางเลือก เป็น 5 ประเภท ดังนี้ ประเภทที่ 1 ประเภทที่พักนักท่องเที่ยว (Wellness Accommodation) ประเภทที่ 2 ประเภทภัตตาคาร (Wellness Restaurant) ประเภทที่ 3 ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) ประเภทที่ 4 ประเภทนวดเพื่อสุขภาพ (Wellness Massage) และประเภทที่ 5 ประเภทสถานพยาบาล (Wellness Clinic)[4]

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการศึกษาประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษา ศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) โดยศูนย์เวลเนสที่ศึกษาแห่งนี้ อยู่

ภายใต้บังคับของกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ อยู่ในความรับผิดชอบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ สามารถนำข้อมูลการดำเนินกิจกรรม และการใช้พลังงานขององค์กรมาประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกขององค์กร รวมถึงเป็นตัวชี้วัดให้กับศูนย์เวลเนสประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) ตระหนักถึงการปล่อยมลพิษออกสู่ภายนอกอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปริมาณการปลด-ปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

2.เพื่อเสนอแนวทางการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกขององค์กร ศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

วิธีดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคาร์บอนฟุต-พริ้นท์ขององค์กร ตามแนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร โดยองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) [5] โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัย ดังนี้

1) การกำหนดขอบเขตขององค์กร

ได้กำหนดขอบเขตขององค์กรเป็นแบบควบคุม (Control approach) โดยองค์กรทำการประเมินและรวบรวมปริมาณการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นของศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) แห่งนี้ โดยเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุยายน 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566

2) การกำหนดขอบเขตของการดำเนินงาน

การกำหนดขอบเขตการดำเนินงานที่สะท้อนถึงการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของแต่ละกิจกรรมภายในขอบเขตขององค์กร โดยแบ่งออกเป็น 3 ขอบเขต คือ

ขอบเขตที่ 1 การปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกทางตรงขององค์กร ได้แก่ ก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นโดยตรงจากกิจกรรมต่างๆ ภายในองค์กร

ขอบเขตที่ 2 การปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมจากการใช้พลังงาน ได้แก่ ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากการผลิตไฟฟ้า ความร้อน หรือไอน้ำที่ถูกนำเข้าจากภายนอกเพื่อใช้งานภายในองค์กร

ขอบเขตที่ 3 การปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมอื่นๆ ได้แก่ ปริมาณก๊าซเรือน-กระจกที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมต่างๆ นอกเหนือจากที่ระบุในประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 ซึ่งองค์กรสามารถวัดหรือประเมินเพื่อการรายงานผลเพิ่มเติมได้โดยไม่ถือเป็นข้อบังคับ

ตารางที่ 1 รายการการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของแต่ละกิจกรรมภายในขอบเขตขององค์กร กรณีศึกษาศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

ขอบเขต	รายการกิจกรรม	ลักษณะข้อมูล	แหล่งเก็บข้อมูล	หน่วย
ขอบเขตที่ 1	การใช้ยานพาหนะขององค์กร	ปริมาณน้ำมันที่ใช้	- บันทึกปริมาณการใช้น้ำมัน	litre
ขอบเขตที่ 2	การใช้พลังงานไฟฟ้า	ปริมาณพลังงานไฟฟ้าที่ใช้	-ใบแจ้งหนี้ค่าไฟฟ้า	kWh
ขอบเขตที่ 3	การใช้วัสดุสำนักงาน	ปริมาณการใช้กระดาษ	- เอกสารบันทึกข้อมูลผู้ใช้บริการ - เอกสารรายงานผู้บริหาร - เอกสารลงเวลางาน - ใบสั่งซื้อวัสดุอุปกรณ์ - เอกสารสื่อประชาสัมพันธ์	kg
	การใช้น้ำประปา	ปริมาณการใช้น้ำประปา	- ใบแจ้งหนี้ค่าน้ำประปา	m^3

3) การระบุแหล่งที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกและทำการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร

พิจารณาจากแหล่งที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจก การเก็บข้อมูล เลือกใช้ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (GHG emission factor) โดยวิธีการคำนวณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก นำข้อมูลกิจกรรม (activity data) คูณกับค่าแฟกเตอร์การปล่อยหรือดูดกลับก๊าซเรือนกระจก (emission factor) และแสดงผลให้อยู่ในรูปของตัน (กิโลกรัม) คาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (CO_2 equivalent) สามารถคำนวณได้จากสมการ[5]

GHG emission = Activity data × Emission Factor

โดยที่ GHG emission คือ ปริมาณก๊าซเรือนกระจก Activity data คือ ข้อมูลกิจกรรมที่ทำให้เกิดก๊าซเรือนกระจก และ Emission Factor คือ ค่าแฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก

ตารางที่ 2 วิธีการคำนวณปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของแต่ละกิจกรรม[5] กรณีศึกษาศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

ขอบเขตการดำเนินการ	ตัวอย่างกิจกรรมที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจก	วิธีการคำนวณ ($kgCO_2$)
ขอบเขตที่ 1	การใช้ยานพาหนะขององค์กร	1) ปริมาณน้ำมันเชื้อเพลิงที่ใช้ x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ตามชนิดของน้ำมันเชื้อเพลิง 2) ระยะทาง x น้ำหนักบรรทุก x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ตามประเภทของพาหนะที่ใช้ 3) (ระยะทาง / อัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง) x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกแยกตามชนิดของน้ำมันเชื้อเพลิง 4) ระยะทางที่เดินทาง x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการเดินทางโดยเครื่องบิน (กรณีเดินทางโดยเครื่องบินขององค์กร)
ขอบเขตที่ 2	การใช้พลังงานไฟฟ้า	ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก
ขอบเขตที่ 3	การใช้น้ำประปา	ปริมาณน้ำประปาที่ใช้ x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของน้ำประปา
	การใช้กระดาษ A4	ปริมาณกระดาษที่ใช้ x ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระดาษ

ตารางที่ 3 ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission Factor)[6] สำหรับการประเมินรายงานข้อมูลก๊าซเรือนกระจก กรณีศึกษาศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

ขอบเขต	รายการกิจกรรม	รายละเอียด	หน่วย	ค่าแฟคเตอร์ ($kgCO_2e$ /หน่วย)	แหล่งข้อมูลอ้างอิง
ขอบเขตที่ 1	รถกระบะบรรทุกขนาดเล็ก 4 ล้อ วิ่งแบบปกติ 0% Loading	น้ำหนักบรรทุกสูงสุด 7 ตัน: ใช้น้ำมันดีเซล เป็นเชื้อเพลิง; LCIA method IPCC 2013 GWP 100a V1.03	km	0.3131	Thai National LCI Database, TIIS-MTEC-NSTDA (with TGO electricity 2016-2018)
ขอบเขตที่ 2	Electricity, grid mix (ไฟฟ้า)	ไฟฟ้าแบบ grid mix ปี 2016-2018; LCIA method IPCC 2013 GWP 100a V1.0	kWh	0.4999	Thai National LCI Database, TIIS-MTEC-NSTDA, AR5 (with TGO electricity 2016-2018)

ตารางที่ 3 ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission Factor)[6] สำหรับการประเมินรายงานข้อมูลก๊าซเรือนกระจก กรณีศึกษาศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

ขอบเขต	รายการกิจกรรม	รายละเอียด	หน่วย	ค่าแฟคเตอร์ ($kgCO_2e$ /หน่วย)	แหล่งข้อมูลอ้างอิง
ขอบเขตที่ 3	น้ำประปา-การประปานครหลวง	ผลิตโดยใช้น้ำผิวดิน: LCIA method IPCC 2013 GWP100a V1.03	m^3	0.7948	Thai National LCI Database, TIIS-MTEC-NSTDA (with TGO electricity 2016-2018)
	กระดาษ A4	ผลิตจากไม้ยูคาลิปต์ส; ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมวัตถุดิบ การต้มเยื่อ การฟอกเยื่อ และการขึ้นรูปเยื่อแผ่น; LCIA method IPCC 2013 GWP 100a V1.03	kg	0.6677	Thai National LCI Database, TIIS-MTEC-NSTDA

4) การจัดทำบัญชีรายการ

การรวบรวมข้อมูลการคำนวณปริมาณก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมทั้ง 3 ประเภท และสรุปผลการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

5) การประเมินและจัดการความไม่แน่นอน (Uncertainly)

ถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงระดับคุณภาพของข้อมูลการปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจกที่รวบรวมได้ รวมถึงความไม่แน่นอนที่เกิดจากการคำนวณโดยใช้ค่าแฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากแหล่งอ้างอิงต่าง ๆ ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นกับข้อมูล และค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เลือกใช้ สามารถตรวจสอบระดับคุณภาพของข้อมูลได้โดยการกำหนดระดับคะแนนดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนอ้างอิงของคุณภาพข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา[5]

รายการ	ระดับคุณภาพของข้อมูล			
ลักษณะการเก็บข้อมูล	X = 6 คะแนน เก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง	Y = 3 คะแนน เก็บข้อมูลจากมิเตอร์และใบเสร็จ		Z = 1 คะแนน เก็บข้อมูลจากการประมาณค่า
ค่าแฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก (EF)	A = 4 Point EF จากการวัดที่มีคุณภาพ	B = 3 Point EF จากผู้ผลิต	C = 2 Point EF ระดับประเทศ	D = 1 Point EF ระดับสากล

ตารางที่ 5 ระดับของความไม่แน่นอนและคุณภาพข้อมูล[5]

ระดับ	ระดับคะแนนโดยรวมของข้อมูล	คำอธิบาย
1	1 – 6	ความไม่แน่นอนสูง คุณภาพของข้อมูลไม่ดี
2	7 - 12	ความไม่แน่นอนเล็กน้อย คุณภาพข้อมูลปานกลาง
3	13 - 18	ความไม่แน่นอนต่ำ คุณภาพของข้อมูลดี
4	19 - 24	ความไม่แน่นอนต่ำ คุณภาพข้อมูลดีเยี่ยม

ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินความไม่แน่นอนควรนำสู่กระบวนการทบทวนขององค์กรผู้รับผิดชอบในการประเมินฯ ดังตารางที่ 5

6) เสนอแนะแนวทางการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกขององค์กร

สรุปและอภิปรายผล

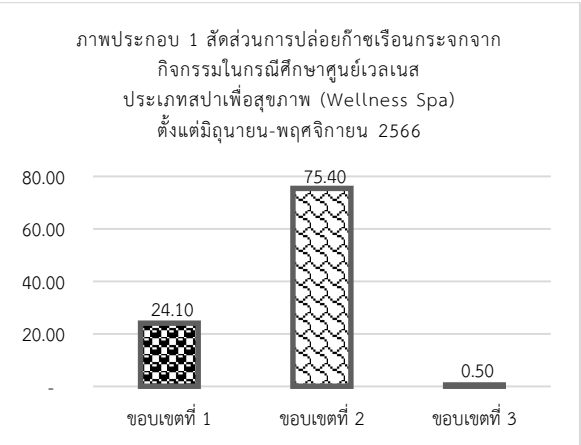
การศึกษาประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรกรณีศึกษาศูนย์เวลเนสประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) โดยใช้การบันทึกข้อมูลที่แบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ขอบเขตตามตารางที่ 1 ตามลักษณะข้อมูลพร้อมบันทึกปริมาณการใช้ ตามหน่วยของข้อมูล เช่น ค่าไฟ ค่าน้ำ กิโลกรัม ลิตร จากนั้นนำปริมาณที่บันทึกได้ มาคำนวนเป็นปริมาณก๊าซเรือนกระจกโดยใช้ตามวิธีแต่ประเภทกิจกรรรม จากการคำนวณได้ผลลัพธ์ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรม ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางคำนวณค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมในศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

หน่วยงาน	ขอบเขตที่ 1	ขอบเขตที่ 2	ขอบเขตที่ 3		รวม
	การใช้ยานพาหนะขององค์กร	การใช้พลังงานไฟฟ้า	การใช้น้ำประปา	การใช้กระดาษ A4	
กลุ่มงานบริหาร	การใช้ยานพาหนะขององค์กรในการเดินทางไปประชุมที่สำนักงานใหญ่	การใช้พลังงานไฟฟ้าระหว่างการปฏิบัติงาน	การใช้น้ำประปาระหว่างการปฏิบัติงาน	กระดาษสื่อประชาสัมพันธ์, ใบสั่งซื้อวัสดุ, รายงานผู้บริหาร และเอกสารลงเวลางาน	
กลุ่มงานบริหาร		การใช้พลังงานไฟฟ้าระหว่างการให้บริการ	การใช้น้ำประปาระหว่างการให้บริการ	กระดาษบันทึกข้อมูลผู้เข้ารับบริการ	
การใช้ทรัพยากรทั้งหมด	598 กิโลเมตร	1,172 หน่วย	1.516 หน่วย	814 แผ่น = 4.07 กิโลกรัม	
การคำนวณปริมาณก๊าซเรือนกระจกโดยการคูณด้วยค่าแฟคเตอร์($kgCO_2e$)	187.23	585.88	1.20	2.71	777.02

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรกรณีศึกษาศูนย์เวลเนสประเภทสปา เพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) พบว่าปริมาณคาร์บอนฟุตพรินท์ทั้งหมดเท่ากับ 777.02 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ($kgCO_2e$) โดยแบ่งเป็นขอบเขตที่ 1 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางตรงจากการใช้ยานพาหนะขององค์กร คิดเป็น 187.23 $kgCO_2e$ ขอบเขตที่ 2 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมจากการใช้พลังงานไฟฟ้า คิดเป็น 585.88 $kgCO_2e$ และขอบเขตที่ 3 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมจากการใช้น้ำประปาและกระดาษ คิดเป็น 0.50 $kgCO_2e$ ซึ่งขอบเขตที่ 2 มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.40 ของปริมาณทั้งหมด (ภาพรประกอบ 1)



สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดในศูนย์เวลเนสประเภทสปา เนื่องจากกิจกรรมภายในสปาต้องใช้พลังงานไฟฟ้าสำหรับเครื่องปรับอากาศและอุปกรณ์ไฟฟ้าอื่น ๆ ทำให้มีการใช้พลังงานไฟฟ้าอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นปัจจัยสำคัญในการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในองค์กรต่าง ๆ โดยเฉพาะในภาคบริการ[7] นอกจากนี้ การใช้ยานพาหนะสำหรับการเดินทางไปประชุมยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งเป็นปัจจัยรองลงมาจากการใช้ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงกิจกรรมของศูนย์เวลเนส ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa) ให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลง ดังนี้

- ลดการใช้พลังงานและการสูญเสียพลังงานด้วยการปิดเครื่องใช้ไฟฟ้าต่าง ๆ หรือดึงปลั๊กออกเมื่อไม่ได้ใช้งาน

- เปลี่ยนไปใช้ไฟแบบหลอด LED จะได้ไฟที่สว่างกว่าและประหยัดกว่าหลอดปกติร้อยละ 40 หรือเปลี่ยนหลอดไฟเป็นหลอดไฟประหยัดพลังงานแบบขดที่เรียกว่า CFL เพราะจะกินไฟเพียง 1 ใน 4 ของหลอดไฟเดิม และมีอายุการใช้งานได้นานกว่าหลายปีมาก

- การเลือกใช้สินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ใส่ใจเรื่องโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยสังเกตจากเครื่องหมายหรือตราสัญลักษณ์บนตัวสินค้า เช่น สินค้าติดฉลากคาร์บอนฉลากเขียว ฉลากประหยัดไฟเบอร์ 5

- การลดการใช้เชื้อเพลิง ทำได้โดยหลีกเลี่ยงการใช้รถโดยไม่จำเป็น การขับรถอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเร็วไม่เกิน 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง การหมั่นตรวจสภาพและเช็ครถอย่างสม่ำเสมอ และการเลือกใช้พลังงานทดแทนอย่างไบโอดีเซล ซึ่งเป็นเชื้อเพลิงทดแทนประเภทดีเซลจากธรรมชาติ เป็นต้น รวมถึงการใช้รถโดยสารสาธารณะแทนการใช้รถยนต์ขององค์กร

- การลดการใช้กระดาษ โดยการบันทึกข้อมูลและรายงานเป็นไฟล์ดิจิตอล และการออกใบเสร็จรับเงินจากกระดาษเป็นใบเสร็จอิเล็กทรอนิกส์

2. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพของข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา มีความไม่แน่นอนสูง คุณภาพของข้อมูลไม่ดี โดยสาเหตุที่ทำให้การประเมินจัดการความไม่แน่นอนได้ในระดับ 1 นั้น เนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลจากมิเตอร์และใบเสร็จ และใช้ค่าแฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกระดับประเทศ โดยข้อมูลในส่วนนี้จะนำไปวางแผนการปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูลปริมาณก๊าซเรือนกระจกเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งถัดไป เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จารุจรรย์ ลาภพานิช. (2565). อุณหภูมิโลกปี 2023 คาดว่าจะสูงเกิน 1.5°C. สืบค้นจาก https://urbancreature.co/globalwarming-2023/

2.ศูนย์ภูมิอากาศ กรมอุตุนิยมวิทยา. (2566). สภาวะโลกร้อน. สืบค้นจากhttp://climate.tmd.go.th/content/

3.นุสรา จริยะสกุลโรจน์. (2565). คาร์บอน ฟุตพริ้นท์ขององค์กร. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านเทคโนโลยีปิโตรเคมีและวัสดุ. สืบค้นจาก https://theactive.net/read/geenhouse-emission-plan/

4. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2564). คู่เกณฑ์การประเมิน ศูนย์เวลเนส. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://online. fliphtml5.com/ljivi/rexn/

5. องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). (2565). แนวทางการ ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรโครงการ ส่งเสริมการจัดทำคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร. ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.

6. องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). 2565. ค่า Emission Factor. สืบค้นจาก https://thaicarbonlabel.tgo.or.th/tools/files.php?mod=YjNKbllXNXBlbUYwYVc5dVgyVnRhWE56YVc5dQ&type=WDBaSlRFVlQ&files=TXc9PQ

7.Wong HM, Lo CM, Ho GS. A study on carbon footprint analysis and energy consumption reduction for commercial buildings in Hong Kong. Energy Rep.2019;5:746-756.

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

Quality of life of the elderly in the area of Ban Thep Prathan Subdistrict Health Promoting Hospital Tha Takiab District Chachoengsao Province.

(Received: August 2,2024 ; Revised: August 17,2024 ; Accepted: August 18,2024)

สุริยา เพ็งพานิช[1]
Suriya pengpanich[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบตัดขวาง (Cross -sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประชากรที่ใช้ ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5% จำนวนทั้งหมด 220 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย (WHOQOL - BREF-THAI) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบค่า t - test, One - way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.64 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 65.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.45 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านของตนเอง/คู่สมรส ร้อยละ 55.45 สถานะเป็นผู้อยู่อาศัย ร้อยละ 53.64 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.45 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ที่พักอาศัย และสถานะในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้านเพศ และศาสนาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่นัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research is a cross-sectional survey research to study personal factors and quality of life and compare the differences in personal factors affecting the quality of life of the elderly. The population used in the study is the elderly in the area of Ban Thep Prasan Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Takieb District, Chachoengsao Province. The sample group obtained from opening the ready-made table of Krejcie and Morgan at a confidence level of 95% and at an error level of 5%, totaling 220 people, by purposive sampling. The research instrument is a questionnaire consisting of 2 parts: 1) a questionnaire on personal factors 2) a questionnaire on the quality of life of the elderly adapted from the World Health Organization's abbreviated quality of life scale in Thai (WHOQOL - BREF-THAI) consisting of physical, mental, social relationships and environmental aspects. The researcher used statistics to analyze the data, namely, frequency, percentage, mean, standard deviation and used t-test, One-way ANOVA statistics.

The research results found that the elderly were male 53.64 percent, aged between 60-69 years, 65.00

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

percent were Buddhists, 95.45 percent had primary school education, 40.00 percent had their own/spouse's house, 55.45 percent were residents, and 30.45 percent were unemployed. The quality of life of the elderly in all 4 dimensions, namely physical, mental, social relationships, and environment, was at a moderate level. Personal factors such as age, education, occupation, chronic diseases, residence, and family status had statistically significant effects on the quality of life of the elderly at the $p < 0.05$ level. Gender and religion did not have statistically significant effects on the quality of life of the elderly.

Keywords: Elderly, Quality of life

บทนำ

สถานการณ์ภาพรวมประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 93.51 ของพื้นที่ จากแหล่งข้อมูลทะเบียนราษฎร์ พบว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เกิน 10 % = สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) สัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เกิน 20 % = สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)[1]

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี รวมถึงความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ส่งผลทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้อัตราการตายลดลง โดยปัจจุบันทั่วโลก มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งในประเทศไทย ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป อัตราส่วนของประชากรสูงอายุเป็นภาระเลี้ยงดูสูงขึ้น ในขณะที่จำนวนประชากรในวัยทำงานลดลง การเตรียมความพร้อมของสังคม และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสร้างสิ่งอำนวยการความสะดวกต่างๆ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมให้สถาบันครอบครัวมีความรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุให้อยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีคุณค่า เพื่อให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม จากการจัดทำสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎร์และข้อมูลสำรวจและงานทะเบียนที่จัดเก็บข้อมูลรายบุคคลของประชากรที่อยู่จริง ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนระดับจังหวัด

สำหรับเกณฑ์อายุที่เรียกว่าผู้สูงอายุนั้น มีการตกลงกับกลุ่มสมาชิกองค์การอนามัยโลก คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเมื่ออายุขัยของคนไทยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราร้อยละ สูงตามไปทุกขณะ ปัญหาที่ตามมาคือภาวะพึ่งพิงของประชากรกลุ่มนี้ ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในทางเสื่อมถอยของเซลล์ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของคนเราที่เกิดขึ้น อยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยอย่างรวดเร็วจึงเกิดพยาธิสภาพได้มากยิ่งขึ้น เช่น ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด ที่เกิด การหนาตัวของหัวใจและหลอดเลือดประกอบกับความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง เปราะ ตีบ และแตกง่ายกว่าปกติ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยเร็ว มีอาการของโรคหลอดเลือดตีบตัน ความดันโลหิตสูงและอัมพาต เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการหายใจจะลดลง เนื่องจากปอดเสียความยืดหยุ่น ความสามารถของถุงลมในการแลกเปลี่ยนอากาศลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ปริมาตรและเซลล์ของกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเสื่อม ทำให้เกิดการเปราะแข็งของกระดูกจึงหักได้ง่าย ข้อต่อเสื่อมเกิดการคลอนไม่สามารถรับน้ำหนักได้จึงเกิดอาการปวดข้อต่อ และกระดูกสันหลัง ระบบประสาท จากการลดลงของเซลล์ประสาท ทำให้เกิดอาการ ความจำเสื่อมการเคลื่อนไหว และการทรงตัว มีปัญหาทำให้เกิดการหกล้มหรืออุบัติเหตุได้บ่อย ระบบขับถ่าย ปัสสาวะเสื่อม ซึ่งเป็นผลมาจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงการขับถ่ายปัสสาวะมีปัญหาเพราะในผู้ชาย ต่อมลูกหมากโตเกิด

การบีบทางเดินปัสสาวะ ในผู้หญิงกระบังลม เชิงกรานหย่อน ปัสสาวะคั่งค้าง และเล็ดออกมาบ่อยๆ เป็นเหตุให้มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้ง่าย เพื่อเป็นการชะลออาการเสื่อมของระบบต่างๆ ในผู้สูงอายุทางการแพทย์ และสาธารณสุข ถือว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีที่สุด เพราะการออกกำลังกายจะก่อให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรง ของร่างกายจิตใจและอารมณ์ อันเป็นสิ่งที่ พึงประสงค์ของทุกคน

จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย เขตปกครองแบ่งออกเป็น 11 อำเภอ 93 ตำบล 892 หมู่บ้าน 34 เทศบาล 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด 74 องค์การบริหารส่วนตำบล[2] จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี 2566 มีจำนวนประชากร ทั้งหมด 563,710 คน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 125,231 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.22 และพบว่าในอำเภอท่าตะเกียบ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น จำนวน 30,164 คน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,592 คน คิดเป็นร้อยละ 18.54 โดยพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเทพประทาน มีจำนวนประชากรทั้งหมด 2,649 คน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 517 คน คิดเป็นร้อยละ 19.52[3] ประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเหล่านี้ หากมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” จะทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ดี และสามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีคุณภาพและมีคุณค่า แม้ว่าจะอยู่ในวัยสุดท้ายของช่วงชีวิต ผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นพลังสำคัญ ของชาติแทนที่จะเป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย

ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา จะทำให้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเพื่อนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนหาแนวทาง ในการดูแลเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างตามปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งหมดรวมทั้งสิ้น 517 คน[3]

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่ และมอร์แกน (1973)[4] ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงทั้งหมดจำนวน 220 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนด

ลักษณะของกลุ่มประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาในการให้ข้อมูล เช่น ไม่มีปัญหาด้านการฟัง การพูด รวมถึงผู้สูงอายุยินดีให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานะในครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ลักษณะที่พักอาศัย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ ดังนี้

องค์ประกอบด้านร่างกาย

องค์ประกอบด้านจิตใจ

องค์ประกอบด้านสัมพันธ์ทางสังคม

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องในรายละเอียดของข้อคำถามไปทดลองใช้ (Try- Out) และไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่คุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาวิจัย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยวิธี หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (& -coefficient) วิธีของ Cronbach Method ซึ่งภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานของการศึกษาผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตะเกียบ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รวมทั้งประสานงานกับผู้ดูแลรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขในชุมชน เพื่อนัดหมายวันและเวลา ที่จะเก็บข้อมูลกับพื้นที่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน และจัดทำหนังสือการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายขั้นตอน วิธีการดำเนินงานในการสอบถาม และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บแบบสอบถาม รวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วดำเนินการวิเคราะห์เพื่อหาค่าทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการ แจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติทดสอบค่า t-test, One-wayANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 015/2567 วันที่รับรอง 16 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วน

บุคคลของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 220 คน พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเปรียบเทียบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามองค์ประกอบด้านอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.03 ด้านสถานครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 ด้านระดับการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 ด้านการประกอบอาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านลักษณะที่อยู่อาศัยมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 และด้านโรคประจำตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 ส่วนด้านเพศ และศาสนาไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 4 ด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จำนวนมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลาง จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 94.09 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตที่ระดับดี 13 คน คิดเป็นร้อยละ 5.91 ตามลำดับ และไม่พบระดับคุณภาพชีวิตที่ระดับไม่ดี

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จำนวนมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลาง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 70.91 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 27.73 และมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.36 ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวนมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลาง จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 61.36 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 38.64 ตามลำดับ และไม่พบระดับคุณภาพชีวิต ที่ระดับไม่ดี คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลาง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 55.45 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 44.55 ตามลำดับ และไม่พบระดับคุณภาพชีวิตที่ระดับไม่ดี คุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวนมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลาง จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 79.55 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 20.45 ตามลำดับ และไม่พบระดับคุณภาพชีวิตที่ระดับไม่ดี

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่องระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 220 คน จากผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างเพศชายและเพศหญิงกับระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ[5] ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกองค์ประกอบ มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจ คิดเป็น ร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คิดเป็น ร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อม คิดเป็น ร้อยละ 62.6 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. อายุ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย

ระหว่างอายุกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า อายุ ที่แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p = 0.03 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุติเดช เจียนดอน และคณะ[6] พบว่า ปัจจัยด้านอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มมีความพอใจในคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่มีอายุมาก เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มี การเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย

3. การนับถือศาสนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการนับถือศาสนากับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของอารดา ธีระเกียรติกำจร[7] ศึกษาวิจัย เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านสังคม กล่าวคือ การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทำบุญ และความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต และ ความผาสุกของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

4. สถานะในครอบครัว เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสถานะครอบครัวกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า สถานะในครอบครัวที่แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p = 0.04 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอารดา ธีระเกียรติกำจร[7] ศึกษาวิจัย เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านสังคม กล่าวคือ การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทำบุญ และการได้เข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน เช่น ออกกำลังกายตอนเย็น เข้าร่วมงานประเพณีสำคัญต่างๆ จะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้น และพบว่า ถ้าผู้สูงอายุเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยมีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

5. ระดับการศึกษา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับการศึกษากับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.04 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี[8] พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และคิดอย่างมีเหตุผลสามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามา ในชีวิตสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะพยายามแสวงหาความรู้ทำให้เข้าใจเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคของตนจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ

6. การประกอบอาชีพ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการประกอบอาชีพกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า การมีอาชีพที่แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ[5] ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า รายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

7. ลักษณะที่พักอาศัย เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของลักษณะที่พักอาศัยกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ลักษณะที่พักอาศัยที่แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.04 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาร

ดา ธีระเกียรติกำจร[7] ศึกษาวิจัย เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ถ้าผู้สูงอายุ เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย มีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และการได้เข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน เช่น ออกกำลังกายตอนเย็น เข้าร่วมงานประเพณีสำคัญต่างๆ จะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้น

8. โรคประจำตัว เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของโรคประจำตัวกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า พบว่า การมีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิต ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.04 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกพร สุคำวัง[9] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 87.5 ที่มีโรคประจำตัวแต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพิ่งจะเริ่มมีโรคประจำตัวและยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดีโดยคิดเป็นร้อยละ 93.9 นอกจากนี้ จากการพูดคุยซักถามกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเรื่องของสังขารและเป็นไปตามธรรมชาติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยังมีความพึงพอใจในชีวิตและประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับคุณภาพชีวิต

จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม (ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ในระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งรายด้านและโดยรวมซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมภพ เรืองตระกูล[10] การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและสังคม มีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติ เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่องผู้สูงอายุ จะมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆ กันไป และสอดคล้องกับวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ[5] ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกองค์ประกอบ มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธารินสุขอนันต์ และคณะ[11] จากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายระบบต่างๆ ของร่างกายเสื่อม เช่น ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิตสูง ระบบกระดูกและข้อ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย ทำให้สามารถรับเชื้อโรคได้ง่าย จะเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่น ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้เหมือนเดิม ทำให้รู้สึกวิตกกังวลใจ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวหรือวิตกกังวลใจกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จึงส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ที่ทำการศึกษา ได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในระดับกลางเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาในครั้งนี้

1. ด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้นแต่ยังไม่อยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องมาจาก

สาเหตุของการเจ็บป่วย ควรมีการส่งเสริม ให้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ นำไปปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วย หาปัญหาและนำปัญหามาวางแผนแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

2. ด้านจิตใจ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สมาชิก ในครอบครัวสนใจ และเอาใจใส่ในเรื่องจิตใจของผู้สูงอายุให้มากขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่เกิดจากระบบต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถ้อย ทำให้เกิดความหงุดหงิดง่าย มีอารมณ์แปรปรวน ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้เหมือนที่เคยเป็นมาก่อน อาจจะส่งผลต่อสุขภาพจิตใจได้ และต้องเข้าใจถึงปัญหาของผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็นด้านจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ สังคม

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ของภาครัฐและเอกชนสามารถนำข้อมูลคุณลักษณะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปใช้เพื่อจัดกิจกรรมหรือโครงการ ทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และด้านความมั่นคงในชีวิต ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ควรจัดสิ่งแวดล้อม ในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายในการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่กับบ้านมากกว่าการออกไปนอกบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของบ้านต้องคำนึงถึงสภาพร่างกาย และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุด้วย เช่น การสร้างบ้านจะต้องสร้างตามมาตรฐานที่อยู่อาศัยในแต่ละช่วงชีวิต (Lifetime Homes Standard) โดยสำหรับผู้สูงอายุนั้น ควรมีการทำทางลาด ราวบันได ราวจับในห้องน้ำ เพื่อป้องกันการลื่นล้ม เป็นต้น

5. คุณภาพชีวิตโดยรวม ควรมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในเรื่องของสิทธิต่างๆ ในการใช้บริการของสาธารณะ เช่น การเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ควรมีช่องทางพิเศษหรือห้องตรวจโรคสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งไม่ปะปนกับผู้ที่มารับบริการอื่นๆ ทั่วไป และควรมีการจัดเจ้าหน้าที่สำหรับอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและรวดเร็ว ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสังคม เช่น โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อประกอบ การวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสม กับความต้องการของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเทพประทาน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยชีวสังคมอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในชุมชน สภาพครอบครัว หรือภูมิลำเนา

3. ควรศึกษาตัวแปรปัจจัยด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรย่อยในด้านความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ กับพฤติกรรมป้องกันโรคโดยตรง เนื่องจากงานวิจัย ที่ทำในครั้งนี้ตัวแปรด้านนี้มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ลักษณะที่พักอาศัย และโรคประจำตัว

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการปกครอง สำนักบริหารงานทะเบียน. ประมวลผลจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 25 มี.ค. 67]. เข้าถึงจาก https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage.

2.สำนักงานสถิติจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานสถิติจังหวัดฉะเชิงเทรา. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 21 มี.ค. 67]. เข้าถึงจาก https://chchsao.nso.go.th/reports-publications/provincial-statistics-report.html.

3.คลังข้อมูลสุขภาพฉะเชิงเทรา (HDC). ประชากรผู้สูงอายุ ปี 2566 จังหวัดฉะเชิงเทรา. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 21 มี.ค. 67]. เข้าถึงจาก https://cco.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.
4.สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง. 2561.
5.วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559.
6.ชุติเดช เจียนดอน และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2559.
7.อารดา ธีระเกียรติกำจร. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2559.
8.ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560.
9.กนกพร สุคำวัง. แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560.
10.สมภพ เรืองตระกูล. ความเครียดและอาการทางจิตเวช. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์. 2560.
11.ธาริน สุขอนันต์ และคณะ. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2559.

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี

THE DIETARY BEHAVIOR MODIFICATION FOR REDUCING SALT AND SODIUM AMONG THE RISK OF HYPERTENSION, UDON THANI PROVINCE.

(Received: July 29,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

ยุภาพร ทรงศรี[1], ชลการ ทรงศรี[2], จตุฤทธิ์ พรมศาลา[3]
Yupaporn Songsri[1], Chonlakarn Songsri[2], Jaturit Promsala[3].

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือ โซเดียม และค่าโซเดียมในอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 105 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1)กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง เครื่องมือมีค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.67 - 1.00 มีค่าความเชื่อมั่น 0.82 และ 0.80 ตามลำดับ ทำการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน-เดือนมิถุนายน 2567 เป็นเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบโดยการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.9 อายุเฉลี่ย 56 ปี อายุต่ำสุด 36 ปี อายุสูงสุด 91 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 34.28 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.73 มีค่าความดันโลหิตเข้าข่ายสงสัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 66.7 เมื่อประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง พบว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=10.15, SD=1.65) และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=13.28, SD=1.30) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.00) พฤติกรรมในการปรุงอาหารก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.25, SD=.50) และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับดี ($\bar{X}$=2.54, SD=0.53) (p-value = 0.00) ผลการเปรียบเทียบค่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่ามีค่า 122.9 mmHg. (SD=6.35) ซึ่งลดลงจากก่อนการเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งมีค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 138.4 mmHg. (SD=6.42) (p-value = 0.00) ในทำนองเดียวกันค่าเฉลี่ย Diastolic หลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 75.94 mmHg. (SD=7.41) ซึ่งลดลงจากก่อนการเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 81.73 mmHg. (SD=7.81) (p-value = 0.00) ค่าเฉลี่ยความเค็มของอาหารมีค่าเฉลี่ย 0.674% (SD=0.26) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.959 % (SD=0.38) (p-value = 0.00)

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียม, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstracts

The quasi-experimental research aimed to compare the knowledge and sodium salt consumption behaviors in food among individuals at risk for hypertension and to evaluate the estimated sodium content in their diet. The sample consisted of 105 individuals who were purposefully selected. The research instruments included: 1) activities designed to modify sodium consumption behaviors, 2) a questionnaire assessing knowledge about consuming high salt and sodium foods, and 3) a behavior assessment

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี
[2] ผู้ช่วยศาตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author : Email noya2599@bcnu.ac.th
[3] นักจัดการทั่วไป งานวิจัยและนวัตกรรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

questionnaire regarding high salt and sodium food consumption. The validity of the instruments was confirmed with IOC 0.67 - 1.00, The reliability were 0.82 and 0.80, respectively. 0.82, and 0.80. respectively. The research was conducted from April to June 2024, over a period of 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative statistics with pair t-tests.

The findings revealed that the majority of the sample was female (69.9%), with an average age of 56 years, ranging from 36 to 91 years. Most were farmers (34.28%) and had a primary education level (77.73%). A significant portion (66.7%) were suspected of having hypertension. The average knowledge score regarding high salt and sodium food intake before participating in the behavioral modification program was moderate ($\bar{X}$=10.15, SD=1.65), which significantly increased to a high level after intervention ($\bar{X}$=13.28, SD=1.30) (p-value = 0.00). The average cooking behavior score improved from a moderate level before the program ($\bar{X}$=2.25, SD=0.50) to a good level after the program ($\bar{X}$=2.54, SD=0.53) (p-value = 0.00). Comparing the average systolic blood pressure before and after the behavioral modification program showed a significant reduction from 138.4 mmHg (SD=6.42) to 122.9 mmHg (SD=6.35) (p-value = 0.00). Similarly, the average diastolic blood pressure decreased from 81.73 mmHg (SD=7.81) to 75.94 mmHg (SD=7.41) (p-value = 0.00). The mean salinity of the foods was 0.674% (SD=0.26), which was significantly reduced by 0.959 % (SD=0.38) (p-value = 0.00).

Keywords: Behavioral modification, Low-sodium diet, High-risk hypertension group

บทนำ

เกลือแกงประกอบด้วยโซเดียมไอออน (Na+)ร้อยละ40 และคลอไรด์ไอออน (Cl-)ร้อยละ 60 ซึ่งแร่ธาตุทั้ง 2 ชนิดมีความสำคัญต่อร่างกาย[1] โดยปกติร่างกายได้รับโซเดียมผ่านทางการบริโภคเป็นหลักโดยเฉพาะเกลือแกงหรือโซเดียมคลอไรด์ (NaCl) ซึ่งปกติใช้ในการปรุงอาหารให้มีรสชาติเค็ม และเป็นส่วนประกอบหลักของเครื่องปรุงที่ให้รสเค็มโดยที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ในขณะที่ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากที่ได้รับในปริมาณที่สูงกว่าความต้องการต่อวัน มีข้อมูลจาก Institute of Medicine ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดค่าความต้องการโซเดียมที่เพียงพอต่อการทำงานของหัวใจไว้เพียง 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่องจะส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน โรคเหล่านี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทุกประเทศทั่วโลกร้อยละ 63 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด[2] และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ซึ่งมีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคไม่ติดต่ออยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่าทั่วโลก ร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[3] สอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น จะเห็นว่าแม้จะมีมาตรการป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยหลัก 3 อ. 2ส.อย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงในอัตราที่มีแนวโน้มสูงขึ้นจะเห็นได้จากการศึกษาของ กาญจนา มณีทัพ และ สมจิต แดนสีแก้ว[4] นอกจากนี้มีรายงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสมจะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 80 ซึ่งการลดการบริโภคเค็มถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา วิธีการนี้ช่วยลดความดันโลหิตตัวบนหรือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบ ตัวได้

ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560[5] พบว่าประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือสูงกว่าคำแนะนำองค์การอนามัยโลก 1.50 – 2.00 เท่า และมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ 22.05 ล้านคน ทั้งนี้มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเกิน ดังนั้นการลดเกลือโซเดียมจึงกลายเป็นเป้าหมายระดับโลก โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30.00 ภายในปี พ.ศ.2568[6] จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ใน พ.ศ.2557 ได้ทำการรับรองเป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายของประเทศไทยเช่นกัน ซึ่งถือเป็นความท้าทายในการจัดการปัญหาและเพื่อให้เกิดการลดภาระโรคจากโรค NCDs โดยการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูงจึงเป็นที่มาของ ยุทธศาสตร์การลดการเกลือและโซเดียมในประเทศไทยพ.ศ. 2559-2568

ข้อมูลสถานการณ์ภาวะสุขภาพการลดโรคลดความเสี่ยงและลดอัตราการตายของเขตสุขภาพที่ 8[7] พบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2563 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2563 – 2564 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่ เท่ากับร้อยละ 4.09 และ 4.28 ตามลำดับ ส่วนปี พ.ศ.2565 มีแนวโน้มลดลงเท่ากับ ร้อยละ 3.76 และปี พ.ศ. 2566 มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 3.34 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตได้ดี ปี พ.ศ. 2563– 2564 มีแนวโน้มลดลง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตได้คิดเป็นร้อยละ 62.87 และ 58.61 ตามลำดับ ส่วนปี พ.ศ.2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 60.23 และปีพ.ศ. 2566 มีแนวโน้ม ลดลงเล็กน้อย ร้อยละ 59.66) สถานการณ์จังหวัดอุดรธานี มีการดำเนินงานการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2565 มีกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันหิตสูงจำนวน 13,428 คน ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน 12,298 คน คิดเป็นร้อยละ 96.24 สถานการณ์ของการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง พ.ศ. 2563 ร้อยละ 4.87 (จำนวน 169 คน) พ.ศ. 2564 ร้อยละ 5.03 (จำนวน 191คน) ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 4.44 (จำนวน 162 คน) พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP<140/90 mmHg) พ.ศ. 2563 ร้อยละ 62.05 พ.ศ. 2564 ร้อยละ 58.35 พ.ศ. 2565 ร้อยละ 61.83 สำหรับอำเภอทุ่งฝน มีประชากรที่อายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 11,052 คน ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง 10,346 คน คิดเป็นร้อยละ 93.61 พบอยู่ในเกณฑ์ปกติ 9,883 คน คิดเป็นร้อยละ 95.52 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงจำนวน 202 คน และสงสัยป่วย 239 คน[8]

จากการทบทวนมาตรการที่เกี่ยวข้อง [9] พบว่ามาตรการการให้ความรู้เพื่อให้เข้าใจในเรื่องของอันตรายจากการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูง เป็นวิธีที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคได้เป็นอย่างดี การให้ความรู้อย่างเข้มข้นร่วมกับการซักถามการบริโภคอาหารย้อนหลังและแนะนำการลดบริโภคอาหารเค็มอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอทุก 2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง และปริมาณการบริโภคเกลือโดยดูจากปริมาณโซเดียมในปัสสาวะลดลงถึงร้อยละ 20 เมื่อครบ 6 สัปดาห์ การให้ความรู้อย่างเข้มข้นเพื่อให้เข้าใจในเรื่องของอันตรายจากการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูง เป็นวิธีที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและยังมีการวิจัยที่แสดงให้เห็นปริมาณโซเดียมที่มีอาหารโดยด้วยเครื่องวัดความเค็มโดยใช้ Salt Meter ก็ส่งผลต่อความตระหนัก

ได้เป็นอย่างดี การสร้างความรู้ความตระหนักให้บุคคลในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการมีมาตรการสำคัญที่ควรจัดการควบคู่กันไป คือมาตรการการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการปรับความเชื่อของชุมชนสร้างค่านิยมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในท้องถิ่นและ มาตรการปรับสูตรอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือและโซเดียม ตามคำแนะนำของ WHO เป็นมาตรการที่มีประสิทธิผล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอำเภอทุ่งฝน โดยมีการทดสอบจากการใช้เครื่องวัดระดับความเค็มในอาหาร (Salt Meter) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินปริมาณโซเดียมที่จะใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจเพื่อดูแลตนเอง รวมทั้งสนับสนุนให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติ และความสามารถในการดูแลตนเองในการควบคุมการบริโภคเค็ม[10] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh,& [11] ที่กล่าวว่า การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ จะสามารถบอกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกและความสำเร็จในชีวิต รวมทั้งใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพเพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม และค่าโซเดียมในอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2566 ในพื้นที่อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพในปีงบประมาณ 2566 มี อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง ที่มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท และร่วมกับมีปัจจัยด้านการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 105 คน

การเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกพื้นที่เป็นอำเภอ ทุ่งฝน เนื่องจากเป็นพื้นที่นำร่องที่มีโครงการตรวจความเค็มของอาหาร มีการดำเนินการในทุก ตำบล และเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงการเป็นความดันโลหิตสูง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power กำหนด effect size = 0.5, error prob. = 0.05 และ power (1-B error prob.) = 0.95 เนื่องจากไม่ทราบค่าประมาณการ พารามิเตอร์ในอดีต จึงได้เลือกใช้การกำหนดค่าขนาดอิทธิพลสำเร็จรูป โดยเลือกกำหนดค่าขนาดอิทธิพล ขนาดกลาง (effect size = 0.5) [12] กำหนดค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบเท่ากับ 0.95 โดยยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 88 คน และป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 105 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง จำแนกตามสถานบริการสุขภาพ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 7 แห่งในอำเภอทุ่งฝน หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการสุ่มรายชื่อตามสัดส่วนในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. และ โรงพยาบาลทุ่งฝน โดยกำหนด แห่งละ 15 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบจนครบรวมทั้งสิ้น 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมปรับพฤติกรรมการลดบริโภคเค็มประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1.1 กิจกรรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นรายกลุ่มเพื่อการลดหวาน มัน เค็ม
การให้ข้อมูลคืนกลับรายบุคคล การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณปริมาณโซเดียมอย่างง่าย อธิบายความหมาย เพื่อสร้างความตระหนัก แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการบริโภคอาหาร

1.2 การปรับสูตรอาหาร (Reformulation) เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

1.3 การใช้ Salt Meter เพื่อเปนเครื่องมือสะท้อนข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหาร (Biofeedback) [13]

1.4 การติดตามเยี่ยมติดตามโดยผู้วิจัย จนท. รพสต. และ อสม. เพื่อเป็นการเสริมแรง ให้กำลังใจทุกสัปดาห์ (Social Support) ตลอดการศึกษาทั้งแบบไปติดตามด้วยตนเองและ โดยผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

2. แบบสอบถามแบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง ประกอบด้วย 4 ส่วน

สวนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุมตัวอยางไดแก อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา

สวนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง จำนวน14ข้อ ลักษณะการตอบคือ ใช ไม่ใช ไม่ทราบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และตอบไม่ทราบให้ 0 มีค่าคะแนนระหว่าง 0-14 คะแนน การแปลความหมายเปน 3 ระดับ[14] คือ

12-14 คะแนน หมายถึง ความรูอยู่ใน ระดับดี

9-11 คะแนน หมายถึง ความรูอยูใน ระดับปานกลาง

<9 คะแนน หมายถึง ความรูอยูใน ระดับต่ำ

สวนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับความถี่การบริโภคอาหารใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยการรับประทานอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ไส้กรอก แฮม เป็นต้น การรับประทานอาหารแช่แข็งในร้านสะดวกซื้อ การเลือกรับประทานอาหารหมักดอง หรือ แช่น้ำเกลือการรับประทานอาหารปรุงเองที่บ้าน การรับประทานที่เป็นอาหารสั่งหรือซื้อจากนอกบ้าน ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปรุงอาหาร จำนวน 5 ข้อลักษณะการตอบเป็น 4 ระดับ การแปลความหมาย เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับตามวิธีของ ลิเคิร์ท[15] โดยถือเกณฑ์การประเมินเป็นคะแนน และ เมื่อหาค่าคะแนนเฉลี่ย มีการแปลความหมาย ดังนี้

3.51–4.50 พฤติกรรมการปฏิบัติเหมาะสมมาก

2.51–3.50 พฤติกรรมการปฏิบัติหมาะสมปานกลาง

1.51–2.50 พฤติกรรมการปฏิบัติเหมาะสมน้อย

1.00 –1.50 พฤติกรรมการปฏิบัติไม่เหมาะสม

3. แบบบันทึกระดับความเค็ม salt meter

การใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) หรือเครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ความเค็มอาหารแบบพกพาใช้หลักการ วัดประจุไฟฟ้า เป็นวิธีการวัดที่ง่ายและสะดวกแสดงค่าเปอร์เซ็นต์โซเดียมคลอไรด์หรือเกลือแกงในหน่วยกรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร ขั้นตอนการวัด ดังนี้

1. แบ่งตัวอย่างอาหาร สำหรับตรวจวัดประมาณ 20 - 30 cc.

2. เตรียมเครื่องวัดความเค็มพร้อมใช้งานที่ได้ทดสอบเทียบค่า

3. จุ่มปลายโพรบของเครื่องวัดความเค็มลงในอาหารตัวอย่าง

4. กดปุ่มเปิดค้างไว้อ่านผลค่าเปอร์เซ็นต์ความเค็ม (ตั้งแต่ 0.00 - 2.00)

5.ปล่อยปุ่มเปิด เพื่อปิดเครื่องวัดความเค็ม ทำความสะอาดปลายโพรบด้วยน้ำสะอาด เช็ดแห้งด้วยผ้าสะอาดพร้อมใช้ทดสอบครั้งต่อไป ระดับความเค็มมีค่าเป็น % mg / 100 ml

4. แบบบันทึกค่าความดันโลหิต ความดันโลหิต ได้จากการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 15 นาที จากแขนเดียวกันในท่าเดิม แล้วนำผลที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และ ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) มีหน่วยเป็น มิลลิเมตรปรอท (mmHg.)

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดบริโภคเค็ม แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับความถี่การบริโภคอาหารที่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปรุงอาหาร ผู้วิจัยได้ทำการประเมินค่า IOC โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อหาความตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้และแบบวัดพฤติกรรมไปทดลองใช้ที่ อำเภอไชยวานจำนวน 30 ตัวอย่างและหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ 1) แบบประเมินความรู้ได้ค่า Kuder-Richardson 20 เท่ากับ 0.82 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับความถี่การบริโภคอาหารที่ใน 1 เดือนที่ผ่านมาและแบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปรุงอาหาร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) เท่ากับ 0.80)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยอธิบายวิธีการศึกษา โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจนขึ้น

2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาหรือผู้ช่วยเก็บข้อมูล ชี้แจงรายละเอียดและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา แจ้งให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่กระทบต่อประชากรตัวอย่าง คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม และระหว่างการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมกิจกรรม ถ้าประชากรตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกถูกรบกวนสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรืออธิบายใดๆ ถ้าประชากรตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัย

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2567- มิถุนายน 2567 ระยะก่อนการศึกษาเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม “ข้อมูลทั่วไป ความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง” ระดับความดันโลหิต ระดับความเค็มในอาหารด้วยเครื่องมือ Salt Meter หลังจากนั้นมีการจัดทำกลุ่มไลน์ แอปพลิเคชันเพื่อสะดวกในการสื่อการ การติดตามและให้การสนับสนุนเสริมแรงในการจัดการตนเองเรื่องการปรับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม

4. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภค ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้รายกลุ่มเพื่อการลดหวาน มัน เค็ม การปรับสูตรอาหาร (Reformulation) เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม การใช้ Salt Meter เพื่อเปนเครื่องมือสะทอนข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหาร และทำพันธะสัญญาการลดเค็มในอาหาร การติดตามเยี่ยมติดตาม เสริมแรง ให้กำลังใจทุกสัปดาห์ ผ่านไลน์แอปพลิเคชันและ จนท.รพสต. เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์แรก มีการประเมินความรู้ ประเมินพฤติกรรมการบริโภค ประเมินความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่าง

5. สัปดาห์ที่ 2 คืนข้อมูลรายบุคคล ทบทวนความรู้ การลดหวานมันเค็ม การอ่านฉลากโภชนาการการคำนวณปริมาณโซเดียมอย่างง่าย อธิบายความหมายโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน ความสำคัญของการรับประทานเกลือโซเดียมสูง เพื่อสร้างความตระหนัก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สัปดาห์ที่ 3-11 ผู้วิจัยติดตามและให้กำลังใจและสอบถามปัญหาอุปสรรคในการเลือกบริโภคอาหาร โดยใช้ไลน์แอฟลิเคชั่นสัปดาห์ละครั้ง และมีการประสานเจ้าหน้าที่ รพสต. เพื่อช่วยติดตามกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในความรับผิดชอบในการติดตามค่าโซเดียมในอาหารของกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องมือ Salt Meter และสังเกตการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างเดือน ละ 2 ครั้ง ในเดือนเมษายน - มิถุนายน 2567

6. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยทำการประเมินผลสุ่มตรวจค่าโซเดียมในอาหาร ติดตามบันทึกค่าโซเดียมในอาหาร ด้วยเครื่องมือ Salt Meter

7. จัดประชุมที่โรงพยาบาลทุ่งฝนเพื่อประเมินผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม “ความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง” ประเมินผลลัพธ์โดยวัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทั้ง 105 คน ร่วมกันสรุปผล แลกเปลี่ยนผลสำเร็จในการดูแลตนเองการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง รวมทั้งให้กำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

8. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง ใช้ คาเฉลี่ยและสวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคาเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมในปริมาณสูง ความดันโลหิตและปริมาณโซเดียมในอาหาร ในระยะกอนการศึกษาและระยะหลังการศึกษาโดยใช้ Paired sample T test

จริยธรรมการวิจัย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานีได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี โดยเลขที่โครงการวิจัย BCNU REC 09/2567 และอนุมัติ COE NO.06/2567 เมื่อวันที่ 20 `มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.9 เพศชายร้อยละ 31.1 มีอายุเฉลี่ย 56.07±9.44ปี อายุต่ำสุด 36 ปี อายุสูงสุด 91 ปี มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 34.28 รองลงมาคือพ่อบ้านและแม่บ้าน ร้อยละ 26.66 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.73 ร้อยละ 27.8 สงสัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 66.7 สงสัยป่วย และเริ่มป่วยร้อยละ 31.4

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่

มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=10.15, SD=1.65) ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนในระดับปานกลางร้อยละ 63.8 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมมีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง($\bar{X}$=13.28, SD=1.30) และส่วนใหญ่มีค่าคะแนนในระดับสูงร้อยละ 93.33 และเมื่อเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.00)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารใน 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูปเป็นบางครั้งร้อยละ 61.0 รับประทานอาหารแช่แข็งในร้านสะดวกซื้อเป็นบางครั้งร้อยละ 55.2 รับประทานอาหารหมักดอง หรือ แช่น้ำเกลือเป็นบางครั้งร้อยละ 86.7 รับประทานอาหารปรุงเองที่บ้านบ่อยครั้งร้อยละ 72.4 รับประทานอาหารสั่งหรือซื้อจากนอกบ้านบางครั้งร้อยละ 77.1 หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่ ในรอบ1 เดือนที่ผ่านมา ไม่รับประทานอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูปร้อยละ 54.3 ไม่รับประทานอาหารแช่แข็งในร้านสะดวกซื้อร้อยละ 52.39 แต่ยังคงรับประทานอาหารหมักดอง เป็นบางครั้งร้อยละ 67.6 รับประทานอาหารปรุงเองที่บ้านทุกครั้งร้อยละ 48.6 ไม่รับประทานอาหารสั่งหรือซื้อจากนอกบ้านร้อยละ 51.4

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมเกี่ยวกับปรุงอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมการปรุงอาหารในระดับปานกลาง($\bar{X}$=2.25, SD=.50) และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมการปรุงอาหารในระดับดี ($\bar{X}$=2.54, SD=0.53)และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการปรุงอาหารสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.00)

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังการปรับเปลี่ยนพพฤติกรรม ค่าเฉลี่ย Systolic 122.9 mmHg. (SD=6.35) ลดลงจากก่อนการเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่า 138.4 mmHg. (SD=6.42) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.00) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าเฉลี่ย Diastolic หลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าเท่ากับ 75.94 mmHg. (SD=7.41) ลดลงจากก่อนการเข้าร่วมปรับเลียนพฤติกรรมซึ่งมีค่า 81.73 mmHg.(SD=7.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.00) ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าความเค็มในอาหารของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าเฉลี่ยความเค็ม หลังการเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ย 0.674% (SD=0.26) ลดลงน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ย .959 % (SD=0.38) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value = 0.00)

สรุปและอภิปรายผล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี มีการประเมินความรู้ พฤติกรรมการบริโภค การปรุงอาหารและการสุ่มตรวจวัดความเค็มของอาหาร การวัดความดันโลหิต หลังจากนั้นมีการคืนข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างพร้อมกับทำพันธะสัญญาร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม หลังจากนั้น

ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบจากโรคการบริโภคเค็มเกินไป อันตรายจากการได้รับเกลือโซเดียมในปริมาณที่ไม่เหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยทำการติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิดและประสานข้อมูลให้ได้รับการติดตามดูแลทั้งจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ รวมทั้งการสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชันในการติดตามและให้กำลังใจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีมีระดับความดันโลหิตลดลงและมีค่าความเค็มในอาหาร ที่ตรวจโดย Salt meter มีค่าลดลงหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakano M, et al[16] ที่ทำการศึกษาโดยให้ความรู้เรื่องการจำกัดปริมาณเกลือแบบเข้มข้นโดยนักโภชนากร เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผลการสุ่มตรวจค่าความเค็มในอาหาร โดย Salt meter หลังการทดลองกลุ่มทดลองลดลงและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ความดันโลหิตตัวบนหลังการทดลองลดลงและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$และ Ferrara LA, et al[17] ได้ใช้โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้ทำให้ความดันโลหิตตัวบนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการศึกษานี้พบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารนอกบ้าน การรับประทานกึ่งสำเร็จรูปลดลง และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปรุงอาหารตลอดจนการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูงมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมในทิศทางที่ดีขึ้นและผลการวิจัยยังพบว่าค่าความเค็มในอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่วัดโดย Salt meter มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ Taylor et al., 2011[18] ที่พบว่าการ การบริโภคเกลือ 6 กรัม/วัน มีผลทำให้ความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) เพิ่ม 0.4 มิลลิเมตรปรอท/ปี และการบริโภคเกลือโซเดียมยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การได้รับเกลือโซเดียมยังมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างปริมาณเกลือที่ได้รับและความชุกของโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย[19] พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มมากเกินยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่บริโภคปริมาณโซเดียมเกินกว่าค่ากำหนดสูงกว่า 5 กรัมต่อวัน ประมาณ 29.30% จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[20] ซึ่งแหล่งที่ของการได้รับโซเดียมส่วนใหญ่ได้จากการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารกึ่งสำเร็จรูป ซอส บะหมี่ เบอเกอรี่ และอาหารแปรรูปซุปก้อน อีกทั้งยังพบว่า ร้อยละ71ของการได้รับเกลือโซเดียมสูงส่วนใหญ่ได้จากการเติมขณะปรุงอาหาร และร้อยละ 11 ได้จากการปรุงรสบนโต๊ะอาหาร[21]

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าการสร้างความตระหนักโดยการสร้างความรู้ความเข้าใจ การติดตามการกระตุ้นเตือนอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูงและส่งผลให้การตรวจค่าความเค็มในอาหารของกลุ่มตัวอย่างลดลงและระดับความดันโลหิตดีขึ้น ดังนั้นควรมีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว นอกจากนี้ระบบสุขภาพควรมีการขับเคลื่อนระดับมหภาค โดยมีมาตรการหรือนโยบายลดเค็มในร้านอาหารในชุมชนเพื่อให้เอื้อ

สำหรับประชาชนที่ยังมีความจำเป็นต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงประเภทอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและภัยสุขภาพที่จะเกิดขึ้นจากการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมที่ไม่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1.ธิดารัตน์ อภิญญา.รายงานผลการทบทวนรูปแบบการดาเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดการบริโภคเกลือ. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.

2.World Health Organization. Global statusreport on noncommunicable diseases2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

3.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2555.

4.กาญจนา มณีทัพ, และ สมจิต แดนสีแก้ว. สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560,35(4), 139-49.

5.สำนักสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2561.

6.World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization. 2013.

7.กองตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. สรุปการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 8 อุดรธานี รอบ 2/2566. [cited 2024 March 06]: https://inspection.moph.go.th/einspection/public/visit.php?id_area=M213cVNYOXprZXpzNFlsaENlYWxkZz09

8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ จังหวัดอุดรธานี รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566. อุดรธานี. 2566.

9.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 2565.

10.Irwan, AM. et al. Development of the salt reduction and efficacy-maintenance program in Indonesia. Nursing and Health Sciences, 2016.18:519–532.

11.Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. Health promotion in nursing practice.(4th ed.) New Jersey: Pearson Education, 2002.

12.Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 2007. 39, 175-191.

13.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) 2565. [cited 2024 March 06]: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1238320220301081354.pdf

14.Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill. 1971.

15.บุญชม ศรีสะอาด.การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2545.

16.Nakano M, et al. Effect of Intensive Salt-Restriction Education on Clinic, Home,and Ambulatory Blood Pressure Lavels in Treated Hypertension Patients Druing a 3-Month Education Period. Journal of Clinical Hypertension [Internet]; 2016 [cited 2024 March 06]: 18(5):385392. Available from: Doi: 10.1111/jch.12770.

17.Ferrara LA, et al. Lifestyle Education Program Strongly Increases Compliance to nonpharmacologic intervention in Hypertension patient: A2-Year Follow-Up Study. Journal of Clinical Hypertension [Internet]; 2012 [cited 2024 March 10]; 14(11):767-772. Available from: Doi: 10.1111/jch.12016.

18.Dahl LK. Possible role of salt intake in the development of essential hypertension. In: Cottier P, Bock D, editors. Essential hypertension-an International Symposium. Berlin: Springer-Verlag; 1960

19.Taylor RS et al. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane Review). American journal hypertension [Internet]. 2011 Aug [cited 3 March. 2024];24(8):[about 843-53

20.พรทิพย์ นิ่มขุนทดและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด. โครงการวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. 2560, 33.

21.Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Implementation guidelines for reducing salt and sodium consumption at the provincial level. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control; 2023.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

Factors Affecting Risk of Falls of Elderly with Type II Diabetes Mellitus in the network primary care unit (NPCU) area, Kantang Tai Sub-District Health Promoting Hospital, Kantang District, Trang Province.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

สุภารัตน์ วัฒนา[1]
Suparat Wattana[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 136 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก และวัดค่าขนาดของความสัมพันธ์ด้วยค่า OR (Odds Ratio) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มมากที่สุด คือ การกินยาตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้ม พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าเพศชาย 6.36 เท่า (95%CI=2.57-15.74) ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่มีคู่ 11.44 เท่า (95%CI=2.59-50.53) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าจบการศึกษาประถมศึกษา 9.00 เท่า (95%CI=1.16-69.88) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานและอาชีพแม่บ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่มีอาชีพข้าราชการ/ บำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ 1.47 เท่า (95%CI=0.15-14.89) ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่ไม่เคยหกล้ม 10.92 เท่า (95%CI=1.42-84.24) และผู้สูงอายุที่นอนฟูกหรือที่นอนวางกับพื้นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่นอนบนเตียงนอน 2.26 เท่า (95%CI=1.04-4.89)

คำสำคัญ: ภาวะเสี่ยงหกล้ม, การหกล้ม, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate situation risk of falls and factors affecting the risk of falls among the elderly with type II diabetes mellitus in the network primary care unit (NPCU) area, Kantang Tai Sub-District Health Promoting Hospital, Kantang District, Trang Province. The samples were 136 elderly with type II diabetes mellitus selected by a simple random sampling technique. A interview form was developed based on the literature reviews to collect data by an interview. The data were analyzed by using statistical computer program. Analytical statistics were frequency, percentage, and Logistic regression and measured relative size with odds ratio and 95% confidence interval (CI of 95%). The results showed that the elderly who took of one or more types of medication was the most situation risk of fall, including sleeping pills, sedatives, antihypertensives, and diuretics. Factors affecting the cause of risk of falls were female 6.36 times (95%CI=2.57-15.74) over male. Being widowed was 11.44 times more likely have to fall than being a couple (95%CI=2.59-50.53). The elderly who did not complete formal education were more risk of falls than that of whom an education was primary school 9.00 times (95%CI=2.59-50.53). The elderly who did not working and housewife was 1.47 times more likely to have fall than who was government officer/ pensioner/ state enterprise officer (95%CI=0.15-14.89). The elderly who had a history of falls in the previous years was

[1] นายแพทย์ชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

10.92 times more likely to have fall than who had not fall (95%CI=1.42-84.24). The elderly who slept on mattress or mattress on the floor was 2.26 times more likely to have fall than who slept on bed (95%CI=1.04-4.89).

Keywords: Risk of falls, fall, Elderly, Type 2 Diabetic Mellitus

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลก จำนวน 703 ล้านคน และคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 เท่าหรือ 1.5 เท่าในปี พ.ศ. 2593 ทั่วโลก[1] โดยเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมที่เห็นได้ชัด เช่น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกหูชั้นในทำงานผิดปกติซึ่งจะส่งผลให้เสียการทรงตัว และเกิดอุบัติเหตุหกล้ม การมองเห็นที่ไม่ชัดเจน การได้ยินลดลง มีการโต้ตอบทางความคิดที่ช้าไปจากเดิม ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น และมีบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป โดยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังและปัญหาจากการเสื่อมถอยของร่างกาย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia)[2] เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมนั้นมีโอกาสที่จะทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้มากขึ้น เพราะจะมี Cytokines เพิ่มขึ้น เช่น TNF-alpha , IL-6 , IL-1, และ CRP ซึ่งสารเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในกระบวนการสลายกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวของโปรตีนและการสูญเสียกรดอะมิโนที่ใช้ในการสังเคราะห์โปรตีนอัตราการสลายโปรตีนสูงกว่าอัตราการสร้างใหม่จึงเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย[3]

การหกล้มในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่พบบ่อยและอันตรายมาก ในทุก ๆ ปีจะมีผู้สูงอายุหกล้ม โดยมีระดับการหกล้มตั้งแต่การล้มบนพื้นระดับเดียวกันจากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด หรือการล้มจากพื้นต่างระดับ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ จากข้อมูลจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราการป่วยที่มีสาเหตุจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 477.9 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 508.3 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 528.3 ต่อแสนประชากร แสดงให้เห็นถึงอัตราการป่วยที่มีสาเหตุมาจากการหกล้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[4]

จากสถิติอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของจังหวัดตรัง ย้อนหลัง 5 ปี พบว่า ปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยร้อยละ 20.6 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยร้อยละ 14.0 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยร้อยละ 15.8 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยร้อยละ 17.4 ต่อแสนประชากร และ ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยร้อยละ 22.0 ต่อแสนประชากร[4] โดยจำนวนผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มแยกรายอำเภอ 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเมืองตรัง จำนวน 683 ราย รองลงมาอำเภอห้วยยอด จำนวน 186 ราย อำเภอกันตัง จำนวน 143 ราย อำเภอย่านตาขาว จำนวน 111 ราย และอำเภอนาโยง จำนวน 108 ราย[5] โดยอำเภอกันตังมีจำนวนผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเป็นลำดับที่ 3 ของจังหวัดตรัง ซึ่งจำเป็นที่จะต้องได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเร่งด่วน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เพื่อให้ทราบสถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้ม เพื่อที่จะนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการกำหนดแผนเฝ้าระวังป้องกันการหกล้มแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ พึงระวังและมีการป้องกันตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความพิการ และการเสียชีวิตจากการหกล้ม และช่วย

ให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและระมัดระวังตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้มในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 211 คน ในช่วงเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2566[6]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie and Morgan[7] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 136 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอก มีลักษณะเป็นแบบสำรวจ และตอนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน[8] โดยพัฒนาและปรับปรุงข้อคำถามในส่วนของการวัดการมองเห็นและการทรงตัวที่ได้นำแบบทดสอบ Time Up and Go Test ที่ถูกพัฒนาโดย Podsiadlo and Richardson[9] ประยุกต์ใช้เพื่อให้มีความเหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์ โควิด 19 โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนนรวม 0-3 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง และคะแนน 4-11 คะแนนหมายถึง มีความเสี่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ 2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ค่าขนาดของความสัมพันธ์ (Adjusted Odds Ratio) และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง โดยและงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยสาธาณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่หนังสือรับรอง P089/2566

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผู้วิจัยสามารถจำแนกผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.10 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.60 โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.40 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูงกว่าเกณฑ์ (มากกว่า 23 kg/m2) ร้อยละ 72.80 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 67.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 37.50 พักอาศัยอยู่กับครอบครัว/ คู่สมรส ร้อยละ 67.60 และมีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 91.90

2. ผลการศึกษาสถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า สถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มมากที่สุด คือ การกินยาตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 83.10 และน้อยที่สุด คือ ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยยกพื้นสูงตั้งแต่ 1.5 เมตรขึ้นไป หรือบ้าน 2 ชั้น ต้องขึ้นลงบันได ร้อยละ 3.70

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหลัก การสูบบุหรี่ และการหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยภายในบุคคลมีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	ภาวะเสี่ยงหกล้ม (*n* = 136)					
	ไม่มีความเสี่ยง		มีความเสี่ยง		OR_{adj} (95%CI)	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพ						0.00
โสด	1	12.50	7	87.50	4.71 (0.56-39.88)	
คู่ (ref.)	37	40.20	55	59.80		
หม้าย	2	5.60	34	94.40	11.44 (2.59-50.53)	
ระดับการศึกษา						0.03
ไม่ได้ศึกษา	1	5.00	19	95.00	9.00 (1.16-69.88)	
ประถมศึกษา (ref.)	36	32.10	76	67.90		
มัธยมศึกษา	3	75.00	1	25.00	0.16 (0.02-1.58)	
อาชีพ						0.01
ไม่ได้ทำงาน/ แม่บ้าน	8	14.50	47	85.50	1.47 (0.15-14.89)	
ข้าราชการ/ บำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ (ref.)	1	20.00	4	80.00		
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	6	30.00	14	70.00	0.58 (0.05-6.37)	
รับจ้าง	7	31.80	15	68.20	0.54 (0.05-5.72)	
เกษตรกรรม/ ทำใบจาก	17	56.70	13	43.30	0.19 (0.02-1.92)	
ประมง	1	25.00	3	75.00	0.75 (0.03-17.51)	
ผู้ดูแลหลัก						0.02
ไม่มีผู้ดูแลหลัก	7	63.60	4	36.40	0.21 (0.06-0.75)	
มีผู้ดูแลหลัก (ref.)	33	26.40	92	73.60		
การสูบบุหรี่						0.04
ไม่เคยสูบ (ref.)	31	26.30	87	73.70		
เคยสูบ	9	50.00	9	50.00	0.36 (0.13-0.98)	
การหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา						.02
ไม่เคย (ref.)	39	34.20	75	65.80		

เคย	1	4.50	21	95.50	10.92 (1.42-84.24)	

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยภายในบุคคลมีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าเพศชาย 6.36 เท่า (95%CI = 2.57-15.74) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีสถานภาพหม้าย และสถานภาพโสดมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่มีสถานภาพคู่ 11.44 เท่า (95%CI = 2.59-50.53) และ 4.71 เท่า (95%CI = 2.57-15.74) ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 9.00 เท่า (95%CI = 1.16-69.88) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่ไม่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา 10.92 เท่า (95%CI = 1.42-84.24)

2.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ห้องนอน และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยภายนอกบุคคลมีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	ภาวะเสี่ยงหกล้ม (n = 136)					
	ไม่มีความเสี่ยง		มีความเสี่ยง		OR_{adj} (95%CI)	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ห้องนอน						0.04
ฟูกหรือที่นอนวางกับพื้น	13	20.60	50	79.40	2.26 (1.04-4.89)	
เตียงนอน (ref.)	27	37.00	46	63.00		
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน						0.03
ไม่มี	39	33.30	78	66.70	0.11 (0.01-0.86)	
มี (ref.)	1	5.30	18	94.70		

จากตารางที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคลมีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่นอนฟูกหรือที่นอนวางกับพื้นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าที่นอนบนเตียงนอน 2.26 เท่า (95%CI = 1.04-4.89

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผู้วิจัยมีประเด็นที่สาคัญที่นำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มมากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สุด คือ การกินยา ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 83.10 ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่รับประทานยาหลายชนิดนั้นจะส่งผลต่อการทรงตัวอันเป็นสาเหตุที่จะก่อให้เกิดการหกล้มได้ ยาที่รับประทานทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เสียการทรงตัว ตามัว เดินเซ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่รับประทานยาตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้รับผลกระทบจากการออกฤทธิ์ ของตัวยาแล้วทำให้เกิดสถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอัศนัย เล่งอี้ และพันธพัฒน์ บุญมา[10] พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาเป็นประจำ ร้อยละ 81.1 มีผลทำให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพราะการใช้ยาบางประเภท เช่น ยานอนหลับ ยาที่มีผลต่อจิตประสาท ยาต้านซึมเศร้าอาจทำให้เกิดอาการ

ง่วงซึมตอนกลางวันหรือส่งผลต่อการทรงตัว และสอดคล้องกับงานวิจัยของวนิดา ราชมี[11] พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิตสูง เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยา เนื่องจากผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิดอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา เกิดผลข้างเคียงของยาทำให้อัตราเสี่ยงของการหกล้มเพิ่มขึ้น

2. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า 6.36 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพศชาย ซึ่งอาจเป็นเพราะเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงมวลของกล้ามเนื้อที่ลดลงอย่างรวดเร็วหลังภาวะหมดประจำเดือน นอกจากปัจจัยด้านสรีระแล้วผู้หญิงมักจะไม่ได้ทำกิจกรรม เช่น การเล่นกีฬาที่เสริมสร้างกล้ามเนื้อตลอดระยะของการดำเนินชีวิต ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับเพศชาย ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของนิพา ศรีช้าง และ ลวิตรา ก่ำวี[12] พบว่า เพศหญิงมีการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.5 เท่า ซึ่งเป็นการหกล้มในตัวบ้านและบริเวณรั้วบ้าน เช่น ห้องนอน ห้องครัว และห้องน้ำ เป็นต้น ในขณะที่เพศชายร้อยละ 60 หกล้มบริเวณนอกบ้าน ขณะเดินทาง และในสถานที่ทำงาน เช่น ถนนในซอยและถนนใหญ่ ข้ามสะพาน จักรยานหรือมอเตอร์ไซค์ล้ม บนรถเมล์ ไร่ นา ฟาร์มเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวรรณ เชาว์โน และ พรชัย ขุนคงมี[13] พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าเพศชาย 2.31 เท่า เนื่องจากความแตกต่างด้านร่างกายระหว่างเพศหญิงและเพศชายที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยด้านโครงสร้างกระดูกของแตกต่างกัน เมื่อผู้สูงอายุเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนลดต่ำลง ทำให้เนื้อกระดูกมีการทำลาย และการเคลื่อนย้ายแคลเซียมออกจากกระดูกมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงมีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้ม เช่น ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและด้านการทรงตัว ตลอดจนการออกกำลังกายส่งเสริมสมรรถภาพกายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการหกล้ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเพศหญิง

3. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีสถานภาพหม้าย และสถานภาพโสดมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า 11.44 และ 4.71 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับที่มีสถานภาพคู่ ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานร่างกายและสภาพร่างกายที่เสื่อมลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากจึงมีแนวโน้มการลุกเดินหรือมีการทำกิจกรรมทางกายที่ลดลง ดังนั้นในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยร่วมกับบุคคลอื่นหรืออยู่กับครอบครัว เมื่อเกิดสถานการณ์เสี่ยงต่อการหกล้มจึงไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแล ช่วยแนะนำการออกกำลังกาย และพาผู้สูงอายุออกกำลังกาย รวมถึงการให้ความช่วยเหลือและเฝ้าระวังเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของจารุภา เลขทิพย์, ธีระ วรธนารัตน์, ศักรินทร์ ภูผานิล และศราวุธ ลาภมณีย์[14] พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง ไม่แต่งงาน ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ต่างส่งผลให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นหากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ จะสามารถหาแนวทางการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของนงนุช เชาวน์ศิลป์, พิมสุภาว์ จันทนะโสตถิ์ และจุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล[15] พบว่า สถานการณ์ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ครอบครัว คือภูมิคุ้มกันที่ดีในการป้องกันในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยร่วมกันพัฒนารูปแบบแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านและชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม

4. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า 9.00 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุยังไม่เล็งเห็นความสำคัญ

ของการมีสุขภาพที่ดีโดยเท่าที่ควร และยังไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้ม เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้ยังไม่เข้าใจถึงสถานการณ์ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม เมื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้ การอบรมและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุจึงมีความเชื่อว่าคำแนะนำนั้นยังไม่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมที่จะสามารถป้องกันการหกล้มของตนได้ จึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการหกล้มและส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา สาระพันธ์ และคณะ[16] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานร่างกายและสภาพร่างกายที่เสื่อมลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุต้องมีการรับรู้ผลกระทบและอันตรายจากการหกล้ม ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจหรือการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อจะได้ลดปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอก ซึ่งเป็นประโยชน์และผลดีต่อตนเองในการป้องกันการหกล้มจึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีการยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของตวงรัตน์ อัคนาน และคณะ[17] พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นอิทธิพลของระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละสถานการณ์ความเสี่ยงของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาความสามารถให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอนและวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสม มีความปลอดภัยและสอดคล้องบริบทในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ

5. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ทำงานและอาชีพแม่บ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า 1.47 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับที่มีอาชีพข้าราชการ/ บำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพจะมีการเคลื่อนไหวทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อและมีการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้นมากกว่าระยะพัก หรือเรียกว่าการมีกิจกรรมทางกาย เป็นการออกกำลังกายทางอ้อมอีกด้านหนึ่ง ซึ่งการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยเสริมสร้างในเรื่องของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุให้แข็งแรงทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายและระบบการทรงตัวที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระบบการทรงตัวดีจะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระบบการทรงตัวบกพร่อง ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานและอาชีพแม่บ้านจึงมีความสามารถในการเคลื่อนไหวต่ำมีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทรงตัวและเคลื่อนไหวดี การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมกายถือว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่มีการประกอบอาชีพจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ เพราะมีความแข็งแรงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของวิราพร สืบสุนทร, นงพิมล นิมิตรอานันท์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร[18] พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับบ้านไม่ได้ประกอบอาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมสภาพของร่างกายจากการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาทและระบบกระดูก-กล้ามเนื้อ-ข้อ ที่มีความแข็งแรงลดลง ส่งผลให้มีการเดินและการทรงตัวผิดปกติ ทำให้การเคลื่อนไหวในกิจวัตรประจำวันลดลง และสอดคล้องกับแนวคิดของกลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม[19] ที่อธิบายไว้ว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความเสื่อมตามวัย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ การบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม โดยการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ

สองของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทำให้กล้ามเนื้อและระบบการทรงตัวไม่แข็งแรง ภาวะขาดวิตามินดี และการบาดเจ็บของเท้า ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้มที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ลดการบาดเจ็บที่ซ้ำซ้อนและรุนแรง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

6. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า 10.92 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับที่ไม่เคยหกล้ม ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญหรือประโยชน์ในรับรู้สถานการณ์ภาวะเสี่ยงหกล้มจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถป้องกันการหกล้มได้มากขึ้นกว่าเดิม อีกทั้งผู้สูงอายุยังไม่สามารถออกกำลังกายเพื่อยืดเหยียดและเสริมสร้างกล้ามเนื้อขาให้แข็งแรง นอกเหนือจากการปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้เพราะผู้สูงอายุเคยมีประวัติการหกล้ม ผู้สูงอายุจึงมีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม รับรู้อันตรายของการหกล้มที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของตัวผู้สูงอายุเอง มีผลทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cheng, Li, Xu, Bao, Mu and Xing[20] พบว่า ประวัติการหกล้มเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการหกล้มโดยไม่ตั้งใจในผู้ป่วยสูงอายุเบาหวาน โดยมีความไวและความจำเพาะของแบบจำลองการทำนาย คือ 73.12% และ 52.63% ตามลำดับ และสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐชยา พวงทอง[21] พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มสามารถป้องกันการหกล้มที่ดีมากกว่า 6.4 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีการได้รับความรู้เกี่ยวกับการหกล้มว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ อาจบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรง เกิดความพิการและรุนแรงที่สุดคือเสียชีวิตได้ ดังนั้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะหกล้มเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อป้องกันการล้มจากปัจจัยดังกล่าว จึงมีความสำคัญที่ควรดำเนินการตั้งแต่ก่อนย่างเข้าสู่วัยสูงอายุหรือตั้งแต่ช่วงสูงอายุวัยต้น

7. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่นอนฟูกหรือที่นอนวางกับพื้นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า 2.26 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับที่นอนบนเตียงนอน ซึ่งอาจเป็นเพราะการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีความสำคัญ ถ้าสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุมีความปลอดภัยมาก ผู้สูงอายุจะมีโอกาสโอกาสเกิดการหกล้มน้อยลง จึงควรใช้เตียงนอนเพราะมีความสูงระดับข้อพับเข่า เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กำลังของกล้ามเนื้อลดลง การทำงานประสานกันระหว่างประสาทกับกล้ามเนื้อเสื่อมลง การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้ากว่าเดิม ความเร็วในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความคล่องแคล่วว่องไวในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดปัญหาการลุกนั่งและความสามารถในการทรงตัว ปัญหาดังกล่าวข้างต้นล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่นอนฟูกหรือที่นอนวางกับพื้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้มากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐชยา พวงทอง[21] พบว่า ความปลอดภัยของสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเป็นประจำ คือ ห้องนอนใช้เตียงหรือที่นอนที่มีความสูงระดับข้อพับเข่า (40-45 cm.) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกระดับมาก มีโอกาสเกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกระดับน้อย 60.62 เท่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของอรวรรณ เจือจารย์[22] พบว่า การทรงตัวมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามวัย คือ มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลง มีการสะสมของแคลเซียมและมีโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเสื่อมหรือรอยโรค ดังนั้นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่นอนฟูกหรือที่

นอนวางกับพื้นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัวจะมีความบกพร่อง ทางการยืน สมรรถนะการทรงตัวต่ำ ความสามารถการทรงตัวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางการทรงตัว จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัวเกิดการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการทรงตัว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ควรเน้นส่งเสริมในผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้ความเอาใจใส่และดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ควรมีการแนะนำผู้สูงอายุในการปฏิบัติตัวด้านต่าง ๆ เช่น แนะนำเรื่องการใช้ยาและระมัดระวังในเรื่องการหกล้ม โดยอาจให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในพื้นที่แตกต่างกัน เช่น Case-control Study เพื่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึงระวังและมีการป้องกันตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความพิการและการเสียชีวิตจากการหกล้ม และยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและเกิดการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้ม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ที่ช่วยดำเนินการวิจัยในชุมชนและโรงพยาบาลกันตัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ในการสนับสนุนการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและมีคุณค่าตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2017: highlights. New York: United Nations; 2017.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]; เข้าถึงจาก: https://www.thaitgri.org/p=39457
3. Mesinovic J, Zengin A, De Courten B, Ebeling PR, Scott D. (2019). Sarcopenia and type 2 diabetes mellitus: a bidirectional relationship. Diabetes Metab Syndr Obes. 2019; 8(12): 1057-1072.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ข้อมูลรายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างเดือนมกราคม 2564 - ธันวาคม 2564 จังหวัดตรัง. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2564.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]; เข้าถึงจาก: https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities". Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607- 610.
8. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุป้องกันได้ด้วยการประเมินและจัดการความเสี่ยง [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2566]; เข้าถึงจาก: http://www.thaincd.com/document/file/download/leaflet/แผ่นพับการพลัดตกหกล้ม.pdf
9. ชุติมา ชลายนเดชะ. คัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test (TUG). วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557; 26(1): 5-16.

10. อัศนัย เล่งอี้, พันธพัฒน์ บุญมา. สภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม: กรณีศึกษา ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างวินิจฉัย คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; 19(3): 43-60.
11. วนิดา ราชมี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี; 2565.
12. นิพา ศรีช้าง, ลวิตรา ก่าวี. การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
13. ศิริวรรณ เชาว์โน, พรชัย ขุนคงมี. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขต รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2565; 18(1): 31-44.
14. จารุภา เลขทิพย์, ธีระ วรธนารัตน์, ศักรินทร์ ภูผานิล, ศราวุธ ลาภมณีย์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 26(1): 85-103.
15. นงนุช เชาวน์ศิลป์, พิมสุภาว์ จันทนะโสตถิ์, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2563.
16. อัจฉรา สาระพันธ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สุงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18: 215-222.
17. ตวงรัตน์ อัคนาน และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชนอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 14(4): 72-89.
18. ราพร สืบสุนทร, นงพิมล นิมิตรอานันท์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2562; 44(2): 119-128.
19. กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม. การป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค; 2565.
20. Cheng Z, Li X, Xu H, Bao D, Mu C, Xing Q. Incidence of accidental falls and development of a fall risk prediction model among elderly patients with diabetes mellitus: A prospective cohort study. Journal of clinical nursing. 2023; 32(7-8): 1398-1409.
21. ณัฐชยา พวงทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
22. อรวรรณ เจือจารย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

การประเมินผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

The Assessment of Pharmaceutical Care for Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients in the Diabetic Clinic of Sibunruang Hospital, Nong Bua Lamphu Province.

(Received: August 6,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

พิมลพรรณ ศรีภูธร[1] ปิยะวัฒน์ ประภูชะกา[2] อภิญญา โพธิ์ยั่งยืน[3]
Pimonparn Sriphutorn[1] Piyawat praphuchaka[2] Apinya Poyungyuen[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบไม่มีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาและประเมินผลลัพธ์การบริบาลเภสัชกรรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จำนวน 86 ราย ซึ่งได้รับการดูแลตามกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมที่กำหนด ระหว่างกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2567 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมและแบบบันทึกข้อมูลจากรายงานการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์และ อธิบายข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนและหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และระหว่างการรักษาเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งภายหลังได้รับการดูแลตามกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมที่กำหนด ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่าง 16.00 - 64.69 mg/dl

คำสำคัญ: การบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด

Abstracts

A quasi-experimental research without a control group, aimed to identifying issues and evaluate the outcomes of pharmaceutical care. The sample is 86 patients with uncontrolled type 2 diabetic who received care following a specified pharmaceutical care process, between February - May 2024. Collect data using the assessment of pharmaceutical care and case record patient care report form. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation, to describe general information. Changes before and after receiving pharmaceutical care were compared using the Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test at a significance level of 0.05.

The results of the study revealed the issues leading to uncontrolled type 2 diabetic in patients were due to non-adherence to medication and side effects from drug use. However, after receiving care following the specified pharmaceutical care process, patients experienced a statistically significant reduction in blood sugar levels, ranging from 16.00 to 64.69 mg/dl.

Keywords: Pharmaceutical Care, Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Blood sugar levels

บทนำ

หลายทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยยังคงเผชิญกับความเสี่ยงด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคทางสุขภาพจิต ซึ่งสาเหตุส่วน

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
[2] เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
[3] เภสัชกร โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

หนึ่งมาจากปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ชีวิต[1] ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2557 - 2561) แสดงให้เห็นว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง[2] และจากผลการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2562 ในประชากรไทย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุด คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาสูง[3]

โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยและเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี 2551 - 2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2562 - 2563 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงอ้างอิงจากปี 2551 - 2552 เปรียบเทียบกับปี 2562 - 2563 พบว่ามีอัตราการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.68 นอกจากนั้นในปี 2564 ยังพบว่า สถิติการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 16,008 ราย เมื่อพิจารณาข้อมูลจำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 2,341 ราย (ร้อยละ 14.62) รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 1,890 ราย (ร้อยละ 11.81) และเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 1,592 ราย (ร้อยละ 9.95) ตามลำดับ[4] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประชาชนไทยส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ

โรงพยาบาลศรีบุญเรืองเป็นสถาน พยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 8 ตั้งอยู่ในจังหวัดหนองบัวลำภู เปิดให้บริการตามแผนพัฒนาสุขภาพแก่ประชาชนอำเภอศรีบุญเรืองและอำเภอใกล้เคียงทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งจากการเก็บข้อมูลสถิติการให้บริการผู้ป่วย ในปี 2566 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อจำนวนทั้งสิ้น 6,778 รายในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวาน 4,266 ราย คิดเป็น ร้อยละ 62.94 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการประเภทโรคไม่ติดต่อทั้งหมด จากแนวโน้มที่มีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี โรงพยาบาลจึงจัดตั้งคลินิกโรคเบาหวานเพื่อทำการตรวจรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ผลการดำเนินงานของคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4,227 ราย ซึ่งมีจำนวน 3,058 ราย ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ต่ำกว่า 220 mg/dl) และมีจำนวน 1,169 ราย ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (สูงกว่า 220 mg/dl)[17]

จากการศึกษารายงานวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงตามมาไม่ว่าจะเป็น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และการสูญเสียอวัยวะ เช่น แขน ขา ดวงตา เป็นต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้[5] แต่การรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นล้วนแต่เป็นการเพิ่มภาระต่อระบบสาธารณสุข และมีผลกระทบต่อภาระด้านเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ เพราะต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์และการบริการทางสาธารณสุขอย่างมากส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่องยาวนานและต้องใช้ยาหรือเทคนิคการแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทั้งระยะสั้นและระยะยาว แม้รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณสำหรับ

โรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังเพื่อให้บริการ การควบคุมป้องกันโรค และการรักษาภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่น้อยกว่า 910.60 ล้านบาท โดยแบ่งเป็นค่าบริการรักษาด้วยยา ค่าตรวจคัดกรองความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย[6] แต่หากจำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องการจัดสรรงบประมาณในข้างต้นอาจไม่เพียงพอ ซึ่งการส่งเสริม การพัฒนาแผนการป้องกัน และการวางระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ประชาชน หรือผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาทราบถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องการได้รับการรักษาและมีการใช้ยารักษาโรคที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนในอนาคตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก[7] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยแนวทางหนึ่งที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยคือ การบริบาลทางเภสัชกรรม และเพื่อให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมายจำเป็นต้องทราบถึงเหตุของปัญหาอันจะนำมาสู่การออกแบบแก้ไขปัญหาที่พบอย่างเป็นระบบตามหลักการบริบาลเภสัชกรรม และมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีก่อนและหลังได้รับการบริบาลเภสัชกรรม

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบไม่มีกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน/หลังทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีทุกรายที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลศรีบุญเรืองระหว่างเดือนระหว่างกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2567

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีทุกรายที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย 66 ราย โดยการเจาะจง ดังนี้

<u>เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)</u>

1. เป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและหรือเพศชายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์และแพทย์นัดติดตามผลการรักษาในเดือนมกราคม 2567

2. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

3. ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป

4. ก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม มีผลระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 220 mg/dl

<u>เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)</u>

1. ผู้ที่ขาดการรับบริการตามนัดมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป

2. ผู้ที่มีการเปลี่ยนสถานพยาบาลในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมและแบบบันทึกข้อมูลจากรายงานการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ปรากฏตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา เป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกโดย ตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นของตนเอง และเลือกตอบข้อความที่ตรงกับความรู้สึกต่อความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้ของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยคำถามด้านความรู้เป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ หรือ ไม่รู้ และคำถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก คือ ประจำ หรือ บางครั้ง หรือไม่เคย

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิก (FBS) บันทึกจากรายงานการดูแลผู้ป่วย ตามความเป็นจริงที่พบตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 3

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งมีกรอบการประเมิน 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านระบบดำเนินงานการให้บริบาลทางเภสัชกรรม 2) ด้านกระบวนการและขั้นตอนในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม 3) ด้านการให้บริบาลทางเภสัชกรรม 4) ด้านบุคลากร และ 5) ด้านแผนการดำเนินงาน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการ รพ.ศรีบุญเรือง ในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวาน

2. ผู้วิจัยประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคเบาหวานเพื่อชี้แจงการเก็บข้อมูล

3. กำหนดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 2 ช่วงได้แก่ ช่วงที่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งล่าสุด ช่วงที่ผู้ป่วยมารับบริการตามแพทย์นัดหมายครั้งต่อไป โดยมีระยะห่างการนัดหมายไม่เกิน 3 เดือน

4. เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยใช้รูปแบบรหัส ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ป่วย และไม่มีการระบุตัวบุคคลจากการวิจัยในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการนำเสนอผลการวิจัย

5. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปประมวลผลในขั้นตอนต่อไป

6. นำข้อมูลที่ได้มาบันทึกลงในคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

7. ข้อมูลหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลของผู้ป่วย เมื่อผู้วิจัยดำเนินโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้วจะทำการเก็บเอกสารวิจัยไว้ 3 เดือน หลังจากนั้นจะทำลายเอกสารทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยตัวแปรแจงนับนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ สำหรับตัวแปรต่อเนื่องเสนอผลด้วยค่าเฉลี่ยคู่กับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการได้รับบริบาลทางเภสัชกรรมด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 03/2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 86 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง 58 ราย (ร้อยละ 67.44) และเพศชาย 28 ราย (ร้อยละ 32.56) จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 46.51) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคืออายุระหว่าง 51 - 60 ปี จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 37.21) อายุระหว่าง 41 - 50 ปี จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 13.95) และอายุระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.33) ตามลำดับ สถานภาพส่วนใหญ่คือสมรสและ

อยู่ด้วยกัน จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 91.86) โสด จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 6.98) และหม้าย จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.16) สำหรับระดับการศึกษาส่วนใหญ่สูงสุดอยู่ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า/ไม่ได้เรียน จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 95.35) อาชีพเกษตร/ประมง จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 87.21) และรับจ้างทั่วไป 11 ราย (ร้อยละ 12.79) ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 91.86) สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.49) ผู้ป่วยถือบัตรประกันสุขภาพ (บริษัทประกันภัย) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.49) และสิทธิรัฐวิสาหกิจและองค์กรคู่สัญญา จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.16)

2. การค้นหาปัญหา

2.1 ปัญหาด้านภาวะของโรค พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้ดูแลการใช้ยา จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 73.26) ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 51.16) มีระยะเวลามากกว่า 10 ปี ระหว่าง 7 - 9 ปี 11 ราย (ร้อยละ 12.79) ระหว่าง 4 - 6 ปี 18 ราย (ร้อยละ 20.93) น้อยกว่า 3 ปี 13 คน (ร้อยละ 15.12) สำหรับโรคแทรกซ้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 82 ราย (ร้อยละ 95.35) มีโรคแทรกซ้อนโดยโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง 73 ราย (ร้อยละ 84.88) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง 62 ราย (ร้อยละ 72.09) โรคไตเรื้อรัง 10 ราย (ร้อยละ 11.63) โรคหัวใจ 2 ราย (ร้อยละ 2.33) โรคอัมพฤกษ์อัมพาต 1 ราย (ร้อยละ 1.16) โรคลมชัก จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.16) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.16)

2.2 ปัญหาด้านยา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 23.26) ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง เมื่อศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจึงพบว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 5.81) ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา นอกจากนี้จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4-6 ชนิด 52 ราย (ร้อยละ 60.47) ระหว่าง 7-9 ชนิด 16 ราย (ร้อยละ 18.60) ระหว่าง 1-3 ชนิด 12 ราย (ร้อยละ 15.12) และมากกว่า 10 ชนิด 5 ราย (ร้อยละ 5.82) ตามลำดับ

2.3 ปัญหาด้านความรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 83 ราย (ร้อยละ 96.51) มีความรู้ผ่านเกณฑ์ และมีจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.49) ไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 10 คะแนน และมากที่สุดอยู่ที่ 15 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย จำเป็นต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มเติม ได้แก่ ข้อ 1 โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ ข้อ 2 ถ้าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ เช่น ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัมพาต ชาปลายเท้า เบาหวานขึ้นตา เป็นต้น ข้อ 3 ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายและหายช้ากว่าคนทั่วไป และข้อ 4 หากฉีดยาอินซูลินก่อนอาหารแล้ว แต่ไม่ได้รับประทานอาหารหลังฉีดยาจะทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติได้ ขณะที่ 5 ราย จำเป็นต้องให้ความรู้ใหม่เพื่อแก้ไขความเข้าใจให้ถูกต้องกรณีเข้าใจว่า ผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยาโรคเบาหวานเองได้เมื่อรู้สึกอาการดีขึ้น และมีจำนวน 2 ราย เข้าใจว่าผู้ป่วยเบาหวานที่กินยาหรือฉีดยาเบาหวานไม่ต้องควบคุมอาหาร

2.4 ปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ภาพรวม ระดับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพฤติกรรมที่จำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และกำกับติดตามเพื่อให้สามารถลดการปฏิบัติลง ได้แก่ การจำกัดปริมาณข้าวในแต่ละมื้ออาหาร การดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เครื่องดื่มชูกำลัง การออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และการจัดการความเครียด ความกังวลใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2.5 ปัญหาด้านความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย (ร้อยละ 58.14) ให้ข้อมูลว่าบางครั้งลืมรับประทานยาโดย มี 43 ราย (ร้อยละ 50) ที่ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่ได้รับประทานยา นอกจากนี้ มีจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 31.40) ลดขนาดยาหรือหยุดยาโดยไม่บอกแพทย์เนื่องจากรู้สึกแย่เวลารับประทานยา และ 28 ราย (ร้อยละ 32.56) ลืมพกยาติดตัวไปด้วยเมื่อออกจากบ้านหรือเดินทางไกล ขณะที่ 75 ราย (ร้อยละ 87.21) รู้สึกว่าอาการของโรคที่เป็นควบคุมได้แล้ว บางครั้งจึงหยุดรับประทานยา เมื่อทำการตรวจสอบการรับประทานยาครบก่อนที่จะมาพบแพทย์ 1 วัน มีกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย (ร้อยละ 87.21) รับประทานยาครบ และ 11 ราย (ร้อยละ 12.79) รับประทานยาไม่ครบ เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกอึดอันที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 18 ราย (ร้อยละ 20.93) รู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด เมื่อสอบถามระดับความยุ่งยาก ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกยุ่งยากระดับปานกลาง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 8.14) ระดับน้อย 22 ราย (ร้อยละ 25.58) และ ไม่รู้สึกยุ่งยาก 57 ราย (ร้อยละ 66.28)

3. ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ทางคลินิก (FBS)

พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เดือนที่ 0 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่า 220 mg/dl จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 24.42) มากกว่า 220 mg/dl จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 75.58) และค่าระดับน้ำตาลในเลือด เดือนที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่า 220 mg/dl จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 48.84) มากกว่า 220 mg/dl จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 51.16)

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยพิจารณาจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง ก่อน (เดือนที่ 0) และหลัง (เดือนที่ 3) การให้บริบาลทางเภสัชกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 หรือจากข้อมูลที่ศึกษา มีเหตุผลเพียงพอ ที่จะบอกได้ว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง ก่อน (เดือนที่ 0) และหลัง (เดือนที่ 3) การให้บริบาลทางเภสัชกรรมแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาช่วงเชื่อมั่นที่ 95% ของค่ามัธยฐาน พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่างก่อน (เดือนที่ 0) และหลัง (เดือนที่ 3) การให้บริบาลทางเภสัชกรรม มีค่าอยู่ระหว่าง 16.00 - 64.69 mg/dl นั่นคือ การให้บริบาลทางเภสัชกรรมในการศึกษาครั้งนี้ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ระหว่าง 16.00 - 64.69 mg/dl

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยพิจารณาจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง ก่อน (เดือนที่ 0) และหลัง (เดือนที่ 3)

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	ค่ามัธยฐานของผลต่าง (MED_{diff})	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
		ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่ามัธยฐานของผลต่าง (95% CI for MED_{diff})	p-value
ระหว่างก่อน และหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม	30	16.00 - 64.69	0.0015

Significant level < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 86 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 58 ราย และเพศชาย จำนวน 28 ราย ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งไม่มีผู้ดูแลการใช้ยา อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า 10 ปี มีภาวะโรคแทรกซ้อนหลายโรค จากข้อมูลพื้นฐานจะเห็นว่า ผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและมีภาวะโรคหลายโรคร่วมกัน ทำให้ต้องได้รับยาในการบำบัดรักษาหลายขนานน้อยที่สุดคือ 4 - 6 ชนิด และมีการใช้ยามากกว่า 10 ชนิด ดังนั้น ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและไม่มีผู้ดูแลการใช้ยาทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ วรรลออ และคณะ[11] ได้ศึกษาผลของแรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญและมีบทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการสัมภาษณ์และพูดคุยกับผู้ป่วย ทำให้เภสัชกรค้นพบปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ว่าจะเป็นการลืมรับประทานยา การไม่ได้รับประทานยา การลดขนาดยาหรือหยุดยาเนื่องจากรู้สึกแย่ และรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด ซึ่งผลการค้นพบในข้างต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากความไม่รู้ และขาดการตระหนักในการให้ความร่วมมือ จึงทำให้ไม่สามารถการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชนา พืดขันทด[12] ได้ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินโรงพยาบาลด่านซ้าย พบว่า การบริบาลทางเภสัชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา จนก่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ผลการศึกษานี้กลับไม่สอดคล้องกับกานต์ชนก สุทธิผล[13] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ความรู้และทัศนคติ ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านอารมณ์ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยพยายามที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเฉพาะวันก่อนมาพบแพทย์ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้ที่ดี แต่หากขาดความตั้งใจและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องผลดังกล่าวจะยังคงทำให้ระดับน้ำตาลสะสมสูงเช่นเดิม ภายหลังจากการค้นพบปัญหา เภสัชกรจึงทำการให้คำปรึกษาด้านยาด้วยการหนุนเสริมความรู้ที่จำเป็นและมีความสำคัญ ตลอดจนการปรับทัศนคติ และติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม จึงมีส่วนช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษดา อินหาดกรวด[14] ได้ศึกษาผลของการพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก พบว่า การจัดการปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม มีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยา โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหา และจัดการปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนรักษา ติดตามและเฝ้าระวังในผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการจัดการปัญหาจากการใช้ยา

ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อแรกพบผู้ป่วย (เดือนที่ 0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 220 mg/dl จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 75.58 ของผู้ป่วย 86 ราย และเมื่อได้รับการดูแลตามกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่า

220 mg/dl จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 48.84 ของผู้ป่วย 65 คนในครั้งแรกพบ และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างโดยพิจารณาจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง ก่อน (เดือนที่ 0) และหลัง (เดือนที่ 3) การให้บริบาลทางเภสัชกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสรุปได้ว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมในการศึกษาครั้งนี้ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ระหว่าง 16 - 64.69 mg/dl ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิกานดา เวชอุบล[15] ได้ศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมต่อการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า การบริบาลเภสัชกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ลดปัญหาจากการใช้ยา และยังช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[16] ได้สรุปรายงานผลการการพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และให้ข้อเสนอแนะว่า การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ด้วยการทำงานเชิงรุกของเภสัชกรผ่านการบริบาลเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้นจึงควรนำไปปรับปรุงรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ หรือขยายสู่พื้นที่อื่นเพิ่มขึ้น โดยต้องปรับให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากเภสัชกรชมชนก โพธิ์เสนา เภสัชกรเชี่ยวชาญ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง พร้อมทั้งตรวจสอบแก้ไขความบกพร่องต่างๆ เพื่อให้โครงการวิจัยมีความสมบูรณ์ ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญและถูกต้องตามหลักวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการจัดทำเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์และครอบครุมประเด็นการวิจัยที่สำคัญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง สะท้อนปัญหาอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่พบได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ขอขอบคุณบุคลากรประจำคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลศรีบุญเรือง และบุคลากรกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลศรีบุญเรืองทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ซึ่งทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การวิเคราะห์ผลการประเมิน Global Health Security Index 2021 (พ.ศ. 2564) ประเทศไทย[อินเตอร์เน็ต].2566 [วันที่สืบค้น 25 พ.ย. 66.]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1382520230207055525.pdf.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. กองโรคไม่ติดต่อ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2562). รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2562.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี พ.ศ. 2565. กองโรคไม่ติดต่อ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

6. ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา. 2561. ลุยคัดกรองลดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน ปี 60-61 เกินเป้านับล้านราย [อินเตอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก http://www.nhso.go.th/frontend/NewsinformationDetail.aspx?newsid=MjQxNw==.
7. Rohlfing, C.L., Wiedmeyer, H.-M., Little, R. R., England, J. D., Tennill, A., & Goldstein, D. E. (2002). Defining the relationship between plasma glucose and HbA1C. Diabetes care, 25(2), 275-278.
8. Wayne W., D. (1995). Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences (6th ed.). John Wiley&Sons, Inc., 177-178
9. พวงเพชร เพชรโทน. (2563). ผลการบริการทางเภสัชกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านอาหารให้สอดคล้องตามวถีอีสานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
10. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์.
11. เสาวนีย์ วรรละออ, พรทิพย์ มาลาธรรม และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2555). แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. Rama Nurs J. 18(3), 372 - 388.
12. อัญชนา พืดขุนทด. (2566). การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลบ้านด่าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีษะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 38(1), 237-246.
13. กานต์ชนก สุทธิผล. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 5(2), 1-12.
14. กฤษดา อินหาดกรวด. (2565). การพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 3(2), 47-60.
15. วิกานดา เวชอุบล. (2562). ผลของการบริบาลเภสัชกรรมต่อการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรงเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9013
16. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย เรื่อง พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง). สถาบันเวชศาสตร์พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด.

ความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ หลังสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

AWARENESS AND PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST OCCUPATIONAL HAZARDS AMONG WASTE COLLECTORS AFTER THE SEVERE OUTBREAK OF COVID-19 IN MUEANG DISTRICT SAKON NAKHON PROVINCE

(Received: August 3,2024 ; Revised: August 17,2024 ; Accepted: August 18,2024)

จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล[1] ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์[2] ประยุกต์ เดชสุทธิกร[3] เสาวลักษณ์ อนันตะบุตร[4]
รัชนีกร เคะนะอ่อน[4] ดรุณี แก้วโงน[4] ศิริพร คำกลม[4]
Jarinthip Chomchaipon[1] Dhammawat Ouppawongsapat[2] Prayook Detsittikorn[3]
Saowwalux Anantabut[4] Ratchaneekon Khena-on[4] Darunee Kaewngon[4] Siriporn Khamklom[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะหลังสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร กลุ่มประชากร คือ พนักงานเก็บขยะในเขตอำเภอเมืองสกลนคร เก็บทั้งหมดจำนวน 112 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันแบบควบคุมตัวแปรกวน (partial's correlation)

ผลการวิจัยพบว่า ความตระหนักรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ระดับคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ไม่แตกต่างกัน ความตระหนักรู้ความเสี่ยงในการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้ พฤติกรรม พนักงานเก็บขยะ โรคโควิด-19

Abstract

This study was Survey research by Cross-sectional study aimed to examine the awareness and preventive behaviors against occupational hazards among waste collection workers after the severe outbreak of COVID-19 in Mueang District Sakon Nakhon Province. The study population collected all 112 waste collectors in Mueang District. Data were collected using a questionnaire from July to November 2022. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation were used for data analysis. The mean differences were compared using independent t-test statistics and relationships were analyzed using Pearson's correlation coefficient by controlling for confounding variables method (partial correlation).

The results revealed that the levels of awareness of severity, risk, obstacles and preventive behaviors against occupational hazards were generally high. There were no significant differences in mean awareness scores. Awareness of occupational risk was significantly correlated with preventive behaviors among waste collectors ($P<0.05$).

Keyword: Awareness, Behaviors, Waste Collectors, COVID-19

[1] อาจารย์ ดร. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
[2] อาจารย์ ดร. สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Corresponding author, E-mail: Dhammawat.buu@gmail.com
[3] อาจารย์ สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[4] นักศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บทนำ

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พนักงานเก็บขยะทั่วโลกต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการติดเชื้อที่สูงขึ้นจากการสัมผัสกับขยะที่ปนเปื้อนเชื้อโรค การสำรวจสถานการณ์และความชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในขณะทำงานของพนักงานเก็บขยะจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการประเมินและปรับปรุงมาตรการป้องกัน สถานการณ์ทั่วโลก การศึกษาจากหลายประเทศชี้ให้เห็นว่าพนักงานเก็บขยะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ รวมถึงโรคโควิด-19 งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าพนักงานเก็บขยะมีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2.5 เท่า[1] การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในพนักงานที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน

การศึกษาในยุโรปพบว่าประเทศอิตาลี พบว่าพนักงานเก็บขยะมีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 สูงถึง 15% จากการสำรวจของหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น โดยมีการรายงานว่าพนักงานจำนวนมากไม่ได้รับอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอและต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง[2] การศึกษานี้ยังพบว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงขึ้นในพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 รุนแรงด้วย

สำหรับประเทศไทยนั้น การศึกษาของกรมอนามัย[3] พบว่าพนักงานเก็บขยะมีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ที่ประมาณ 12% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพนักงานเก็บขยะต้องเผชิญกับความเสี่ยงจากการสัมผัสขยะที่ปนเปื้อนเชื้อโรคและขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ การสำรวจในเขตกรุงเทพมหานครโดยสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร[4] พบว่าพนักงานเก็บขยะจำนวนมากไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและไม่ได้รับอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีพนักงานเก็บขยะจำนวนมากที่ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น พื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 รุนแรง ในช่วงปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดสกลนครถือเป็นจังหวัดที่มีสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 สูงเป็นอันดับที่ 2 จากทั้งหมด 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 [5] จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นนี้ย่อมส่งผลให้เกิดขยะติดเชื้อในจังหวัดสกลนครเพิ่มมากขึ้นตาม โดยข้อมูลการจัดการขยะของจังหวัดสกลนครในปี 2564 พบว่ามีปริมาณขยะที่เกิดขึ้น ประมาณ 890 ตัน/วัน โดยถูกเก็บขนไปกำจัดอย่างถูกต้อง 123 ตัน/วัน ถูกนำไปใช้ประโยชน์ จำนวน 480 ตัน/วัน และเป็นขยะที่กำจัดไม่ถูกต้อง 287 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยตกค้าง 4,838 ตัน[6] ซึ่งผลพวงจากปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้พนักงานเก็บขนขยะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการเก็บขนขยะเพื่อนำไปกำจัด เนื่องจากต้องสัมผัสอันตรายทั้งด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พนักงานเก็บขยะยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การได้รับการบาดเจ็บจากการทำงานสูงกว่าอาชีพอื่น 2 เท่าโดยในเขตกรุงเทพมหานครพบการเจ็บป่วยเรื้อรังของพนักงานเก็บขยะสูงถึงร้อยละ 35 [4,7]

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความตระหนักรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงและอุปสรรค มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและการดูแลสุขภาพทั้งในกลุ่มโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ แต่ยังไม่มีความชัดเจนนักว่าความตระหนักรู้ในด้านนั้นๆจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในด้านอันตรายจากการทำงานของอาชีพพนักงานเก็บขยะซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพเฉพาะหรือไม่อย่างไร โดยเฉพาะในสถานการณ์เฉพาะที่แตกต่างอย่างมากอย่างช่วงหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาดรุนแรง ที่สถานการณ์ผ่อนคลายลง ความไม่ใส่ใจต่างๆ อาจทำให้พฤติกรรมการป้องกันอันตรายลดระดับลง ประกอบกับยังไม่มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของความตระหนักรู้และพฤติกรรมป้องกันอันตรายในพนักงานเก็บขยะในช่วงหลังสถานการณ์หลังโควิด-19 ว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายในการทำงานของพนักงานเก็บขยะหลังสถานการณ์การระบาดรุนแรง

ของโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังป้องกันโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับความตระหนักรู้อันตราย (ความรุนแรง ความเสี่ยง อุปสรรค) จากการทำงานและพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากทำงานของพนักงานเก็บขยะ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้อันตราย (ความรุนแรง ความเสี่ยง อุปสรรค) จากการทำงานต่อพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากทำงานของพนักงานเก็บขยะ

3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้อันตราย (ความรุนแรง ความเสี่ยง อุปสรรค) ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากทำงานของพนักงานเก็บขยะ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study)

ประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ พนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลนครสกลนครและเทศบาลตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 10 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 112 คน เก็บตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ

เป็นผู้สามารถให้ข้อมูลได้ชัดเจน มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับหน้าที่การเก็บขยะและการขนขยะในเขตเทศบาลเมืองสกลนครโดยเป็นผู้เดินทางไปกับรถขนขยะหรือเกี่ยวข้องกับขั้นตอนการขนหรือการทิ้งทำลาย และเป็นพนักงานหรือลูกจ้างที่มีรายชื่อในทะเบียนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ

ผู้เข้าร่วมมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน เช่น อยู่ในระหว่างรักษาตัว ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ประสบอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1ชุดแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพนักงานเก็บขยะ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 5 ข้อ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการทำงานเก็บขนขยะ ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการป้องกันอันตรายในการทำงานเก็บขนขยะในช่วงสถานการณ์โควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตระหนักในอันตรายจากการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของพนักงานเก็บขยะ ประกอบด้วยความรุนแรงของการเกิดโรค ความเสี่ยงที่ได้รับจากการทำงาน อุปสรรคในขณะปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ แบบมาตราส่วน (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดการแปลความหมายเป็นสามระดับตามเกณฑ์ของ Best [8] ดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง มีความตระหนักมาก (ดี)

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง มีความตระหนักปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีความตระหนักน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) มีให้เลือกตอบ 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best [8] มีลักษณะคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

กำหนดการแปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับอ้างอิง ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.35-3.00 หมายถึง ปฏิบัติในระดับมาก (ดี)

ค่าเฉลี่ย 1.67-2.34 หมายถึง ปฏิบัติในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ปฏิบัติในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (IOC) เฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.7 ถือว่าผ่านเกณฑ์ และค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์ของแอลฟา (alpha-coefficient) ของ ครอนบาค_ ความตระหนักในอันตรายจากการทำงาน มีค่าเท่ากับ 0.8 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ มีค่าเท่ากับ 0.7 ถือว่าอยู่ในระดับสูง [9]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดหมายและชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแบบสอบถามต่อพนักงานเก็บขนขยะที่ต้องการศึกษาและนัดหมายเก็บแบบสอบถามคืน แล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม เมื่อได้ข้อมูลครบแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานการวิจัย เก็บข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม – พฤศจิกายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้จำแนกตามกลุ่มระดับพฤติกรรมป้องกันอันตราย ด้วยสถิติ ที (independent T test) และทดสอบความสัมพันธ์ของความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันแบบควบคุมตัวแปรกวน (Partial Correlation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร หมายเลข HE 65-064

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของพนักงานเก็บขยะ พนักงานเก็บขยะทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 45.6 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.1ประสบการณ์ในการทำงานเก็บขยะอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.2 (ประสบการณ์เฉลี่ยอยู่ที่ 11.7 ปี) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการป้องกันอันตรายในการทำงานเก็บขยะในช่วงสถานการณ์โควิด-19ในช่วงสถานการณ์ระบาดรุนแรง (ปี 2563 – 2564) คิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่คือพนักงานเก่าที่อยู่มานานแล้วและเป็นผู้มีโรคประจำตัวอยู่ ร้อยละ 29.5

2. ความตระหนักรู้อันตราย (ความรุนแรง ความเสี่ยง อุปสรรค) จากการทำงาน และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ในคะแนนภาพรวมตามเกณฑ์ ระดับความตระหนักรู้ในความรุนแรง ความเสี่ยง อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของพนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่ ทั้งหมดอยู่ในระดับมาก (เกินกว่าร้อยละ 85) รองลงมาคือระดับปานกลาง ซึ่งทั้งหมดไม่พบระดับน้อย เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านสำคัญ ได้แก่หากไม่ล้างมือให้สะอาดก่อนดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร อาจทำให้เกิดโรคท้องร่วง หรือเกิดการติดเชื้อโควิด-19 อันเนื่องมาจากการสัมผัสขยะได้ คิดเป็นร้อยละ 97.3 รองลงมาคือขณะทำงานเมื่อได้รับการบาดเจ็บหรือมีแผล ต้องล้างทำความสะอาดบาดแผลทันที เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่บาดแผล คิดเป็นร้อยละ 96.4 และการสวมถุงมือยาง รองเท้าบู๊ต ผ้าปิดจมูก ทุกวันที่ปฏิบัติงาน ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 96.4 ด้านพฤติกรรมการป้องกันอันตรายส่วนใหญ่เกินกว่าร้อยละ 70 จะใส่ใจตรวจเช็คอาการเจ็บป่วยของตนและเพื่อนร่วมงานเสมอ มีการล้างมือและใช้เจลแอลกอฮอล์และการทำความสะอาดทั้งก่อนการทำงาน ขณะทำงานและหลังจากทำงาน มีการใช้หน้ากากอนามัยสม่ำเสมอ และมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสกับขยะเช่นถุงมือยางรองเท้าบูทอุปกรณ์ป้องกันอื่นๆเพื่อลดการสัมผัสโดยตรงกับขยะ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ จำแนกตามระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตราย

มากเทียบกับปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า ความตระหนักรู้ความรุนแรง ความตระหนักรู้ความเสี่ยง และความตระหนักรู้อุปสรรค เมื่อเปรียบเทียบตามระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันอันตรายระดับมากเทียบกับระดับปานกลาง พบว่าค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในระดับเล็กน้อยเท่านั้น (mean difference =0.20, 0.10, 0.021 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตระหนักรู้อันตราย (ความรุนแรง ความเสี่ยง และอุปสรรค) จำแนกตาม ระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันอันตราย ระดับมากเทียบกับระดับปานกลาง (N=112)

คุณลักษณะ	n	$\overline{X}$	SD	t	Mean Difference $\overline{d}$	*p*-value
ความตระหนักรู้ความรุนแรง						
พฤติกรรมป้องกันอันตรายระดับมาก	96	4.71	0.42	1.60	0.20	0.116
พฤติกรรมป้องกันอันตรายระดับปานกลาง	16	4.51	0.37			
ความตระหนักรู้ความเสี่ยง						
พฤติกรรมป้องกันอันตรายระดับมาก	96	4.71	0.41	0.62	0.10	0.532
พฤติกรรมป้องกันอันตรายระดับปานกลาง	16	4.61	0.51			
ความตระหนักรู้อันตราย						
พฤติกรรมป้องกันอันตรายระดับมาก	164	4.52	0.30	1.61	0.21	0.120
พฤติกรรมป้องกันอันตรายระดับปานกลาง	321	4.31	0.16			

(Statistics from Independent t-test)

4 ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ ต่อระดับพฤติกรรมการป้องกันอันตราย ของพนักงานเก็บขยะ หลังควบคุมความแตกต่างของตัวแปรรบกวน ผลการศึกษาพบว่า ความตระหนักรู้ความเสี่ยงจากการทำงานเก็บขยะมีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ในระดับน้อย (r =0.26 , p < 0.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความตระหนักรู้ความรุนแรงและตระหนักรู้อุปสรรคจากการทำงาน ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายขณะทำงาน นอกจากนั้นพบความสัมพันธ์ของความตระหนักรู้ความรุนแรง ต่อความตระหนักรู้ความเสี่ยง อยู่ในระดับที่มาก (r =0.71 , p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ความเสี่ยงและความตระหนักรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง (r =0.53 ถึง 0.54 , p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของพนักงานเก็บขนขยะในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (N = 112)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)			
	1	2	3	4
1.ความตระหนักรู้ความรุนแรง	1.00	0.71**	0.53**	0.16
2.ความตระหนักรู้ความเสี่ยง	0.71**	1.00	0.54**	0.26*
3.ความตระหนักรู้อุปสรรค	0.53**	0.54**	1.00	0.15
4. พฤติกรรมการป้องกันอันตราย	0.16	0.26*	0.15	1.00

Peason's correlation coefficient จาก partial correlation นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05 และนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.001** (หลังควบคุมแตกต่างของ การอบรม การมีโรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรค การเคยป่วยโควิด ประสบการณ์ทำงาน สถานภาพสมรส อายุ และระดับการศึกษา)*

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษาความตระหนักรู้ในอันตราย (ความรุนแรง ความเสี่ยง อุปสรรค) จากการทำงานของพนักงานเก็บขยะในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เมื่อจำแนกตาม ความรุนแรง ความเสี่ยง และอุปสรรค พบว่าทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ซึ่งถือเป็นระดับดีหรือสูงสุดของเกณฑ์วัด โดยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของพนักงานเก็บขยะ ก็มีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายในขณะทำงานอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นระดับดีหรือระดับสูงสุดของเกณฑ์วัด

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจำแนกตามระดับมากกับระดับปานกลาง แล้วพบค่าคะแนนไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วอยู่ในคะแนนระดับมาก (ดี) หรือดีพอๆกัน ทำให้ความแตกต่างของคะแนนอยู่เพียงระดับเล็กน้อยมาก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ การเก็บข้อมูลนี้ อยู่ในช่วงปี 2565 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สถานการณ์ระบาดอยู่ในสถานการณ์ผ่อนคลายประชาชนมีความตื่นรู้โดยรวมทั้งประเทศ และโควิด-19 ปรับลดระดับเป็นเพียงโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังไม่ใช่โรคติดต่ออันตราย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมองค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยในสถานการณ์โควิดมาแล้วเป็นอย่างดีอย่างต่อเนื่องมานานสองปีแล้ว แม้พนักงานใหม่จำนวนหนึ่ง ที่พึ่งเข้าทำงานหลังช่วงสถานการณ์ระบาดรุนแรงและไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการปฏิบัติงานกับโควิด-19 ในช่วงการระบาด (2563-2564)นั้น ก็ได้รับการอบรมด้านอื่นๆของความปลอดภัยจากการทำงานทั้งทางตรงและอ้อม ซึ่งมีความความครอบคลุมเรื่องโรคติดเชื้ออื่นๆและโควิด-19 ด้วย โดยพนักงานใหม่ได้รับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องจากสถานการณ์โควิด-19 อยู่แล้วในภาพรวมการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องของภาครัฐและเอกชนนับแต่ช่วงต้นการระบาด ทำให้ความตระหนักรู้และระดับพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นอยู่ในระดับที่มาก (ดี) ไม่ต่างกับพนักงานเก่าได้รับอบรมในช่วงสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโควิด-19 (2563-2564) เลย โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่มีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย (ร้อยละ 75 -ร้อยละ 95) ได้แก่ การสวมใส่ถุงมือยาง รองเท้าบู๊ต ผ้าปิดจมูกอย่างสม่ำเสมอขณะปฏิบัติงาน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อและมีการล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ซึ่งการอบรมประจำปีของหน่วยงานถัดจากช่วงสถานการณ์โควิดรุนแรง (การอบรมในช่วง 2565) ยังถือว่าคลอบคลุมเรื่องความปลอดภัยต่างๆในการทำงานอยู่สะท้อนผ่านคะแนนความตระหนักรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายที่อยู่ในระดับมากทั้งคู่ ทั้งนี้จะแตกต่างกับการศึกษาของกรุงเทพมหานครในปี 2562 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดระยะแรกปลายปี 2562 ก่อนนำสู่การปิดประเทศในปี 2563 โดยโควิด-19 กฎหมายกำหนดให้เป็นโรคติดต่ออันตราย ซึ่งในขณะนั้นที่สถานการณ์ยังเริ่มต้นอยู่ โควิด-19 ถือเป็นเรื่องใหม่ของโลกและประเทศไทยอยู่นั้น การศึกษาขณะนั้นพบว่าพนักงานเก็บขยะจำนวนมากไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและไม่ได้รับอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้น ซึ่งพบว่าพบว่าพนักงานเก็บขยะมีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ที่ประมาณ 12% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไปในขณะนั้น[10]

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการตระหนักรู้อันตราย (ความรุนแรง ความเสี่ยง อุปสรรค) ต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของพนักงานเก็บขยะสกลนคร พบว่า ความสัมพันธ์เชิงบวกของการตระหนักรู้รู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันอันตรายอยู่ในระดับเล็กน้อย ($r=0.26$, $p<0.05$) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับความตระหนักรู้ในด้านอื่น แต่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการตระหนักรู้ความรุนแรงต่อความตระหนักรู้ความเสี่ยงและอุปสรรค อยู่ในระดับมาก และระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.71$, $r=0.53$, $P<0.001$) โดยผลการศึกษามีความสอดคล้องกัน กับการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาในเกาหลีใต้ซึ่งพบความสัมพันธ์เชิงบวกของ

ความตระหนักรู้อันตรายต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงโควิดของพนักงานเก็บขยะในเกาหลี ในระดับสูง (r=0.75, p,0.01) [11] การศึกษาในญี่ปุ่นพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงและอันตรายมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของพนักงานเก็บขยะในญี่ปุ่น โดยค่าความสัมพันธ์อยู่ที่ 0.63 ($p < 0.01$)[12] สำหรับภาพรวมประเทศไทย การสำรวจโดยกรมอนามัยในช่วงสถานการณ์โควิดพบว่าพนักงานเก็บขยะมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางระหว่างความตระหนักรู้ความรุนแรงต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองระหว่างการจัดเก็บขยะในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ($r=0.65$, $P<0.01$)[10]

อย่างไรก็ดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตราย (Protective Factors) การศึกษาในไทยพบว่าปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันตนเองของพนักงานเก็บขยะ ได้แก่ การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการมีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ การฝึกอบรมด้านความปลอดภัยช่วยให้พนักงานเก็บขยะมีความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน การสนับสนุนจากผู้บริหารช่วยสร้างแรงจูงใจให้พนักงานปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนด[13] การศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาโดย Turner, Baker, และ Brown[14] พบว่าการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและการมีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของพนักงานเก็บขยะในสหรัฐอเมริกา โดยค่าความสัมพันธ์อยู่ที่ 0.70 ($p < 0.01$) และ 0.68 ($p < 0.01$) ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมและการมีอุปกรณ์ป้องกันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันตนเองของพนักงานเก็บขยะ

การเปรียบเทียบผลการศึกษากับงานวิจัยในไทยและต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าปัจจัยต่างๆ เช่น การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความเสี่ยง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของพนักงานเก็บขยะในลักษณะที่คล้ายคลึงกันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อความแตกต่างของระดับของปัจจัยเหล่านี้

ผลการศึกษานี้สะท้อนความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของพนักงานเก็บขยะในจังหวัดสกลนครในระดับที่ดีแล้ว แต่อย่างไรก็ดี หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้มีการปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังหรือมีข้อปฏิบัติในการทำงานมากยิ่งขึ้น และจัดอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โรคติดเชื้ออื่นๆ และหลักความปลอดภัยในการทำงานให้พนักงานเก็บขนขยะอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มเติมจุดเน้นย้ำที่ผู้ตอบรายข้อน้อยกว่าร้อยละ 85 ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามจับในหยิบจับขยะ เพื่อลดการสัมผัสขยะติดเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างครบถ้วนถูกต้อง โดยเฉพาะการสวมชุดป้องกันอันตรายหรือชุด PPE หน้ากากอนามัย แว่นป้องกันตา รองเท้าพื้นยางหุ้มแข็งและถุงมือยางในจุดมีความเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน โดยควรมีการเน้นย้ำเสมอไม่ให้หลงลืมหรือกำหนดเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่ต้องใส่ใจด้านความปลอดภัยในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อของหน่วยงาน นอกจากนี้ควรส่งเสริมและสนับสนุนปัจจัยทางอ้อม เช่น ค่าตอบแทน สิทธิ์การรักษาหรือการลาพักผ่อนที่มากขึ้น เพื่อลดการมาทำงานเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือสภาพที่ไม่พร้อมในการทำงานของพนักงานเก็บขนขยะ เพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการติดเชื้อจากสภาวะสุขภาพที่อ่อนแอ เป็นต้น

การศึกษานี้พบข้อจำกัดของการเปรียบเทียบผลการศึกษากับงานวิจัยอื่น อาทิ ช่วงเวลาการศึกษา เกณฑ์ระดับคะแนน รวมถึงการใช้คำนิยามศัพท์เฉพาะที่มีความแตกต่างกัน เช่น ความตระหนักรู้ (Awareness) การรับรู้ (perceive) พฤติกรรมการป้องกันตัวเอง กับพฤติกรรมป้องกันอันตราย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยการจัดการขยะติดเชื้อในหมู่บ้านนอกเขตเทศบาล เขตชนบทหรือครัวเรือนของประชาชนในระดับหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Turner A, Baker S, Brown J. COVID-19 infection rates among waste collectors in the United States. J Environ Health. 2020;82(5):34-40.
2. Rossi R, Motta C, Pellegrini M. Occupational risk of COVID-19 infection among waste management workers in Italy. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(12):6234.
3. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในพนักงานเก็บขยะ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. รายงานการสำรวจสุขภาพของพนักงานเก็บขยะในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร; 2562.
5.เขตสุขภาพที่ 8. COVID-19เขตสุขภาพที่ 8 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ16มี.ค. 66].เข้าถึงจาก https://r8way.moph.go.th/r8way/covid-19
6. กรมควบคุมมลพิษ. ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน. [อินเตอเน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค.65]. เข้าถึงจาก https://thaimsw.pcd.go.th/report1.php?year=2564
7. กรมควบคุมโรค. รายงานสถิติการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
9. DeVellis RF. Scale development: theory and application. 3rd ed. Chapel Hill: SAGE Publications, Inc.; 2012.
10. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในพนักงานเก็บขยะ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
11. Kim H, Lee J. Factors influencing health behavior among waste collectors during the COVID-19 pandemic: A structural equation modeling approach. J Occup Health. 2020;62(3):132-140.
12. Sakurai K, Kato H, Yano E. Health promotion and occupational safety among waste management workers in Asia during COVID-19: A review. Environ Health Prev Med. 2018;23(1):23-34.
13. World Health Organization. Waste management during the COVID-19 pandemic: From response to recovery. Geneva: WHO; 2020.
14 Turner N, Baker T, Brown J. Training and protective equipment for waste collectors: An assessment of effectiveness. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(5):289-297.

ผลของกระบวนการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

The Effects of the Counseling Process in Making a Living Wills On the Anxiety of Terminally Ill Patients and Their Families.

(Received: August 6,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)

จีระวดี พุทธาสมศรี[1], รัศมี จิตโม้มา[2] ชลการ ทรงศรี[3]
Jeerawadee Puttasomsree[1], Rutsamee Jitmoma[2], Chonlakarn Songsri[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลหลังการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 29 รายและผู้ดูแลหลัก 32 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวล GAD7 ของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.67-1 มีค่าความเชื่อมั่นของอัลฟ่าครอนบราคเท่ากับ 0.84 ศึกษาระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน 2567 โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาและการทำพินัยกรรมชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 82.8 โดยป่วยระยะสุดท้ายน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 58.6 ป่วยนานกว่า 6 เดือน ร้อยละ 41.4 ไม่เคยรู้จักการรักษาแบบประคับประคองร้อยละ 75.9 ไม่เคยรู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 100 โดยผู้ป่วยร้อยละ 100 มีระดับความวิตกกังวลก่อนการให้คำทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับน้อย เฉลี่ย 2.52 คะแนน (SD.=2.26) หลังการทำพินัยกรรมชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 100 มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 0.24 คะแนน (SD.=0.58) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และผู้ดูแลจำนวน 32 คน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 75.0 พบว่าผู้ดูแลไม่เคยรู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 90.6 โดยก่อนการทำพินัยกรรมชีวิตผู้ดูแลมีระดับความกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 93.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 3.69 คะแนน (SD.=3.15) หลังการทำพินัยกรรมชีวิตผู้ดูแลทุกคน ร้อยละ 100 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.44 คะแนน (SD.=0.72) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) หลังการทดลองผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการรักษาแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.71 คะแนน (SD.=0.36)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ความวิตกกังวล,พินัยกรรมชีวิต,การรักษาแบบประคับประคอง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study anxiety after making a living will of terminally ill patients and their families The study was conducted in a sample group. namely, 29 terminally ill patients and 32 of their caregivers The tools used to collect data include a Questionnaire for general information about the sample group**,** the Department of Mental Health's GAD7 Anxiety Assessment Scale, and satisfaction assessment of palliative treatment. The validity of the instruments was confirmed with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00. while the satisfaction assessment instrument exhibited a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.84. Conduct research using counseling processes and living wills. between April - June 2024. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative with pair t-test statistics.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
[2] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
[3] ผู้ช่วยศาตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Author : Email noya2599@bcnu.ac.th

The results of the research found that most terminally ill patients were 50 years of age or older, 82.8%, with terminal illness of less than 6 months, and 58.6%, with terminal illness for more than 6 months. 41.4% of them had never known about palliative treatment, and 75.9% never knew about making a living will. 100% of patients had a low level of anxiety before making a living will, averaging 2.52 points (SD.=2.26). After making a living will, 100 percent of patients had low anxiety scores, with an average score of 0.24 points (SD. =0.58), a statistically significant decrease ($p<0.05$). The 32 caregivers were mostly under 50 years old 75.0%. , and 90.6% of them had never known about making a life will, Before making a living will, the caregivers had a slight level of concern, 93.8%, and a moderate level, 6.2%**,** respectively, with an average score of 3.69 points (SD.=3.15). After making a living will they had a slight level of anxiety with 100 %. The average score was 0.44 points (SD.=0.72), Decreased with statistical significance ($p<0.05$) After the experiment, caregivers were satisfied with palliative treatment at a high level of 100 percent, with an average score of 4.71 points (SD.=0.36).
Keywords: Terminally ill patients, Anxiety. The living will, Palliative treatment

บทนำ

แพทย์สามารถรักษาโรคต่างๆให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นมากจากวิทยาการที่ก้าวหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังข้อมูลสถิติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของคนทั่วโลกที่มีจำนวนมากขึ้นด้วยทุกๆปีพบผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคน[1] ปัญหาที่ตามมาของผู้ป่วยเหล่านี้คือการต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ครอบครัวและญาติก็ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยเช่นกัน และยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและประคับประคองจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตอีกด้วย[2]

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองเกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิตหรือสามารถเลือกการเสียชีวิตแบบสงบได้ด้วยตัวเองแล้วก็ตาม แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13 เท่านั้นที่เข้าสู่การรักษาแบบประคับประคองหรือ จากการสำรวจโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์ในภาคอีสานจำนวน 14 แห่ง พบว่าร้อยละ 18 ของผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่จัดอยู่ในระยะท้ายของชีวิตแล้วซึ่งถือว่ามีจานวนมากและพบต่อไปว่าในICU มีผู้ป่วยระยะท้ายถึงร้อยละ 50 และในหอผู้ป่วยทั่วไปพบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและนอนรอความตายมีถึงร้อยละ 20 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหล่านี้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองน้อยมากซึ่งส่งผลถึงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติอย่างมาก นอกจากนั้นยังส่งผลต่อการบริหารทรัพยากรและงบประมาณของโรงพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาแบบปกติ ใช้เครื่องช่วยหายใจใช้ยาและทรัพยากรสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากทั้งที่โรคหรืออาการไม่อาจรักษาให้หายขาดได้แล้ว 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต (ทั้งค่ารักษา พยาบาล ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้เสียชีวิต) มีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคิดเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีครัวเรือนที่อาจจัดได้ว่าอยู่ใน 'สภาวะล้มละลาย' โดยที่มีค่าใช้จ่ายภายใน 1 ปี ก่อนเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ตลอดทั้งปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนที่มีฐานะยากจน[3] มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการรบกวนเฉลี่ยนาน 5 วัน มีต้นทุนค่าใช้จ่ายจากกิจกรรมการพยาบาลที่ให้บริการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ

31,051.65 บาทต่อรายค่าใช้จ่ายในการเข้ารับรักษาของผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ตลอดระยะเวลาการรักษา 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตมีมูลค่าถึง 80,780 บาทต่อรายจากจำนวนวันนอนเฉลี่ย 29.5 วันต่อคน[4]

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนรักษาอาการรบกวนในโรงพยาบาลแล้วจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีต้นทุนในการรักษาและจำนวนวันนอนน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นการดูแลแบบประคับประคองยังครอบคลุมไปถึงการดูแลญาติพี่น้องของผู้ป่วยไม่ให้เศร้าโศกเสียใจจากการตายของผู้ป่วยด้วย ในประเทศแถบตะวันตก การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับการรักษาบริการสาธารณสุขนั้นมีใช้กันอย่างแพร่หลายมานานแล้ว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง (patient autonomy) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เมื่อต้องอยู่ในวาระท้ายของชีวิตโดยให้สิทธิ์แก่บุคคลในการเลือกที่จะตายโดยวิธีธรรมชาติไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือหรือเทคโนโลยีต่างๆ สิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงการยืดการตายในวาระท้ายของชีวิต และมีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์จากแพทย์และพยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีและถูกต้องในเรื่องสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม[5] [6] ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความต้องการให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้แจ้งข้อมูลและเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะท้ายของตน เนื่องจากแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ที่รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยังเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ[7] ปัจจุบันประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 มาตราที่ 12[8] มีการกำหนดให้บุคคลมีสิทธิที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงการยืดการตายในวาระท้ายของการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคอง รองศาสตราจารย์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล กล่าวไว้ว่า การดูแลแบบประคับประคองคือรูปแบบองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ผสมผสานความรู้ทางสังคม วัฒนธรรม เพื่อดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหรืออาการที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้แล้ว ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่อาการของผู้ป่วยและสภาพร่างกายจะเอื้ออำนวยเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ในการรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวยังสามารถวางแผนการตายหรือการมีชีวิตก่อนตายที่สงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือที่เรียกว่าพินัยกรรมชีวิต (Living will) และยังสามารถตัดสินใจเองได้ว่าจะยอมรับการหรือปฏิเสธการรักษาจากแพทย์เพื่อเพียงแค่ยื้อชีวิตออกไปโดยที่ไม่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย ในประเทศไทยได้กำหนดเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีการบังคับใช้มามากว่า 10 ปีแล้ว ในมาตรา 12 กล่าวไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิ์ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

โรงพยาบาลโพนพิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 120 เตียง เป็นแม่ข่ายการบริการสุขภาพ

ให้แก่พื้นที่ใกล้เคียง ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) ได้ดำเนินการให้บริการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกโรค พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวสู่การตายดีอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ลดความทรมานทางร่างกายและมีความสงบทางจิตใจเป็นอย่างมาก ในขณะที่โรงพยาบาลโพนพิสัยได้มีการเริ่มดำเนินการการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในพินัยกรรมชีวิตเพื่อให้มีการดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตโดยให้มีผู้ให้คำปรึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องเป็นผู้ประสานงานในการให้คำปรึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตทั้งผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้านด้วยความสมัครใจ [9] ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลประคับประคองและศูนย์ดูแลต่อเนื่องจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการนำกระบวนการทำพินัยกรรมชีวิตมาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปแบบเพื่อให้เกิดความสุขและสงบทางจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และลดปัญหาการแบกรับค่าใช้จ่ายของประเทศชาติและภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนและหลังการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในเขตบริการของโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One Group Pretest – Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยทุกโรคทุกโรคและผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองในศูนย์ชีวาภิบาลของโรงพยาบาลโพนพิสัยช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน 2567 ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากคำนวณจากสูตร G*power เลือกใช้สถิติเปรียบเทียบ T test โดยกำหนดค่า Effect size 0.5 ความคลาดเคลื่อน 0.05 ค่า power 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างขนาด 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย 30 คน แต่ผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะดำเนินการวิจัยจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย 29 คน และทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า ญาติมีบทบาทอย่างงมากต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายและยิ่งผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้วโอกาสที่จะเขียนพินัยกรรมชีวิตก็ยิ่งน้อยลง [10] ซึ่งในจำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้มีผู้ดูแลที่ใกล้ชิดและสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยอีก 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) กิจกรรมการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย การแจ้งข่าวร้าย การแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การแจ้งวิธีการรักษาและการปฏิบัติตัว 2) การให้คำปรึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตซึ่งหมายถึงการทำหนังสือแสดงความประสงค์ที่จะรับหรือไม่รับการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิตเท่านั้น โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การรักษา การรับรู้เรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต

2. แบบประเมินความวิตกกังวล (GAD7) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ (1)

รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย (2) ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้ (3) กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ (4) ทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก (5) รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ได้ (6) กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย และ (7) รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน บางวัน เท่ากับ 1 คะแนน เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา เท่ากับ 2 คะแนน และเกือบทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน เมื่อนำคะแนนทุกข้อมารวมกันแล้ว มีการให้ค่าค่าแนนดังนี้

0-9 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเพียงเล็กน้อย

10-14 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และควรทำแบบประเมินซ้ำในอีก

1-2 สัปดาห์

15-21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง ควรได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ

3 .แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ ประกอบด้วย พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีการให้คะแนน เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และแปลผลค่าคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)[11]

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ 1.) แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลของกรมสุขภาพจิตกังวล (GAD7) มาใช้ในการเก็บข้อมูลเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผ่านมาตรฐาน 2) แบบประเมินความพึงพอใจ 3) กระบวนการให้คำปรึกษาโดยผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความชำนาญ ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาและหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลต่อเนื่องมาเป็นเวลา 5 ปี 4) เอกสารแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษา หรือพินัยกรรมชีวิต ผู้วิจัยใช้พินัยกรรมชีวิตของกระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบความสอดคล้อง โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านระเบียบวิจัย 1 คน แพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 คน รวม 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง (IOC) 0.67 - 1.00 แบบประเมินความพึงพอใจนำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลเฝ้าไร่ได้ค่าความเชื่อมั่น อัลฟ่าครอนบราค .84

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความวิตกกังวลใช้สถิติ paired t test ความพึงพอใจวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 37/2567 เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่าในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้เสียชีวิตลง 1 รายจึงได้นำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่อยู่จนครบตลอดเวลาศึกษามาวิเคราะห์มีผลการวิจัยดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 16 คน ร้อยละ 55.2 เพศหญิง 13 คน ร้อยละ 44.8 ส่วนใหญ่อายุ 50 ปีขึ้นไปจำนวน 24 คน ร้อยละ 82.8 อายุไม่เกิน 50 ปีจำนวน 5 คน ร้อยละ17.2 สถานภาพส่วนใหญ่สมรสจำนวน 24 คน ร้อยละ 82.8 รองลงมาคือหม้ายจำนวน 4 คน ร้อยละ13.8 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 23 คน ร้อยละ 79.3 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน4 คน ร้อยละ13.8 การวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับจำนวน 7 คน ร้อยละ 24.1 รองลงมาคือมะเร็งปอดจำนวน6 คน

ร้อยละ 20.7 ระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 6 เดือนจำนวน 17 คนร้อยละ 58.6 น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 12 คน ร้อยละ 41.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 22 คน ร้อยละ75.9 รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน7คน ร้อยละ 24.1 ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 29 คน ไม่รู้จักการทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ100

การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวก่อนและหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิต ผลการวิจัย พบว่า ก่อนให้คำปรึกษา ทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.52 คะแนน (SD.=2.26) ต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 7 คะแนน และหลังให้คำปรึกษา ทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.24 คะแนน (SD.=0.58) ต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 2 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่1 ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการให้คำปรึกษาการทำพินัยกรรมชีวิต (n=29)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (0-9 คะแนน)	29	100.0	29	100.0
มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (10-14 คะแนน)	-	-	-	-
มีความวิตกกังวลในระดับสูง (15-21 คะแนน)	-	-	-	-
Mean SD., Min, Max	2.52, 2.26, 0, 7		0.24, 0.58, 0, 2	

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำพินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 ; 95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่าง = 1.49 ถึง 3.06) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำพินัยกรรมชีวิตก่อนและหลังให้คำปรึกษา

คะแนน ความวิตกกังวล	n	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผลต่างค่าเฉลี่ย	95%CI	t-test	P-value
ก่อนให้คำปรึกษาฯ	29	2.52	2.26	2.28	1.49 ถึง 3.06	5.925	< 0.001
หลังให้คำปรึกษาฯ	29	0.24	0.58				

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ส่วนผลการศึกษาในผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน ร้อยละ 81.3 เพศชาย 6 คน ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่อายุไม่เกิน 50 ปี จำนวน 24 คน ร้อยละ75.0 อายุ 50 ปีขึ้นไปจำนวน 8 คน ร้อยละ 25.0 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส จำนวน 25 คน ร้อยละ 78.1 รองลงมาคือโสด จำนวน 5 คน ร้อยละ 15.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 13 คน ร้อยละ 40.6 รองลงมา คือประถมศึกษาจำนวน 12 คนร้อยละ 37.5 ผู้ดูแลหลักไม่รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 16 คน ร้อยละ50.0 รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 16 คน ร้อยละ5 0.0 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่รู้จักการทำ

พินัยกรรมชีวิต จำนวน 29 คน ร้อยละ 90.6 รู้จักการทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน 3 คน ร้อยละ 9.4 ผลการประเมินความวิตกกังวล พบว่า ก่อนให้คำปรึกษามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 93.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 3.69 คะแนน (SD.=3.15) ต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 11 คะแนน และหลังให้คำปรึกษาทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.44 คะแนน (SD.=0.72) ต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 2 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ผู้ดูแลหลัก (n=32)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (0-9 คะแนน)	30	93.8	32	100.0
มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (10-14 คะแนน)	2	6.2	-	-
มีความวิตกกังวลในระดับสูง (15-21 คะแนน)	-	-	-	-
Mean, SD., Min , Max	3.69, 3.15, 0, 11		0.44, 0.72, 0, 2	

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแลหลัก พบว่า ก่อนให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล 3.69 คะแนน (S.D.=3.15) และหลังให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล 0.44 คะแนน (S.D.=0.72) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิต พบว่า หลังการได้รับคำปรึกษา ผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 ; 95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่าง = 2.18 ถึง 4.32) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนน ความวิตกกังวล	n	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	95%CI	t-test	P-value
ก่อนให้คำปรึกษาฯ	32	3.69	3.15	3.25	2.18 ถึง 4.32	6.207	0.007*
หลังให้คำปรึกษาฯ	32	0.44	0.72				

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การประเมินความความพึงพอใจหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแลหลัก การประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาการทำพินัยกรรมชีวิต ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ ประกอบด้วย พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด โดยมีการให้คะแนน เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ และแปลผลค่าคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ผลการวิจัย พบว่า ทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.71 คะแนน (SD.=0.36) คะแนนความพึงพอใจต่ำสุด 4.00 คะแนน และสูงสุด 5.00 คะแนน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแลหลัก (n=32)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.66)	-	-
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.67-3.66)	-	-
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)	32	100.0
Mean, SD.., Min , Max	4.71, 0.36, 4.00, 5.00	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษานี้พบว่าการให้คำปรึกษาและการทำพินัยกรรมชีวิต สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการรักษาแบบประคับประคองและการให้คำปรึกษาพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับมาก ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวก่อนกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ประกอบด้วยกระบวนการสื่อสารแจ้งข่าวร้ายแบบละมุนละม่อม โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย บอกให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ผู้ป่วยต้องได้เจอในอนาคต การรักษาที่สามารถกระทำได้รวมทั้งการพยากรณ์โรคที่ชัดเจนว่าสามารถรักษาได้หรือไม่ ตลอดจนระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ได้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและยอมรับสภาวะเจ็บป่วยของตนเอง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทำให้พวกเขายอมรับผลที่จะเกิดขึ้นตามมาและวางแผนการใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาการให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กระบวนการรักษาตลอดจนเห็นถึงประโยชน์ของการทำพินัยกรรมชีวิตก็จะช่วยเพิ่มโอกาส ในการตัดสินใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและการเขียนพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Glick KL และคณะ[12] ที่ทบทวนวรรณกรรมมากกว่า15 เรื่องและพบว่าอุปสรรคต่อการทำหนังสือสั่งการรักษาล่วงหน้าคือผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ การให้คำปรึกษาและให้ความรู้ที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจทำภารกิจที่คั่งค้างและที่ยังห่วงกังวลอยู่ ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาเหล่านี้ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติลดลงได้ และลดความขัดแย้งหรือไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวหรือตัวแทนและผู้ให้ข้อมูลและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Barbara B.ott[13] ที่พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตแก่กลุ่มตัวอย่างจะนำสู่การตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิตได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้การทำพินัยกรรมชีวิตนั้นเป็นการแสดงเจตจำนงทั้งที่เป็นเอกสารหรือด้วยวาจาในการรักษาไว้ล่วงหน้าในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เป็นการตัดสินใจในการใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายด้วยตัวผู้ป่วยเองจึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้การปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยยังทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดเกี่ยวกับการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยน้อยลงและยังเป็นการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วยจึงทำให้ความวิตกกังวลของญาติหรือผู้ดูแลหลักลดลงอย่างชัดเจนเช่นกัน สอดคล้องกับลักษณา สุวรรณิน[14] ที่พบว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ความเครียดจากการไม่สามารถคาดการณ์ว่าจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก็จะลดลง นอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยและญาติหลายคนที่เปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับความต้องการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย หลังจากได้รับข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับโอกาสการรอดชีวิต โดยญาติและผู้ป่วยไม่ขอให้ช่วยฟื้นคืนชีพ ถ้าผลของการช่วยชีวิตมีผลทำให้

สมองถูกทำลายและสูญเสียความทรงจำ[15] เช่นเดียวกับ วราภรณ์ อ่อนอนงค์ ในปี 2561[16] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบาบัด กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายอย่างสงบภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การตายอย่างสงบและลดความทุกข์ทรมานช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในระยะท้าย ดังนั้นเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย บรรเทาความทุกข์ ทรมานและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด การให้การดูแลให้คำปรึกษาการบอกความจริงและแนวทางในการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติและช่วยเหลือในสิ่งที่ค้างคาใจซึ่งหมายถึงพินัยกรรมชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลสามารถจะนำไปสู่วาระสุดท้ายที่สงบในที่สุด

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ควรมีการเพิ่มพูนทักษะการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้เรื่องพินัยกรรมชีวิตแก่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลทุกแผนกหรือหอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลแช่วยเหลือผู้ป่วย ในการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายต่อไป และควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่การแสดงเจตนาล่วงหน้าการรักษาพยาบาลในวาระท้ายของชีวิต และจากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ควรให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลระยะท้ายและกาทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยและญาติทุกคนที่มารับบริการในศูนย์ชีวาภิบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงคุรภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหลังการทำพินัยกรรมชีวิตและติดตามลกระทบในผู้ป่วยที่ได้มีการทำพินัยกรรมชีวิตแล้วมีอัตราการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการรบกวนมากน้อยเพียงใดเพื่อประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาในระยะสุดท้ายและมีอัตราการตายอย่างสงบที่แท้จริงมากน้อยเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization (2002). National cancer control programs: Policies and managerial guidelines, WHO definition of palliative care.2nd ed [Cited 2024 March 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

2.เทพภูวิศค์ เตชะสมบูรณะกิจ และคณะ. การศึกษาแนวคิดการสร้างการรับรู้และการทำพินัยกรรมชีวิต (Living will). สถาบันพระปกเกล้า. เอกสารวิชาการกลุ่ม (หลักสูตรการบริหารงานภาครัฐและกฎหมายมหาชน) ; รุ่นที่ 20 (2564) [Cited 2024 March 10]. Available from: https://kpi-lib.com/library/books/kpibook-28793/

3.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, มติชนออนไลน์, 3/12/2560) [Cited 2024 March 10]. Available from: https://www.tcijthai.com/news/2018/01/scoop/8109

4.ปิยวดี ศุภสารและวาสินี วิเศษฤทธิ์. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์, วารสารทหารบก. 2561 กันยายน – ธันวาคม; 19 (ฉบับพิเศษ): 158-165.

5.Yun, Y. H., Lee, C. G., Kim, S. Y., Lee, S. W., Heo, D. S., Kim, J. S., ... & You, C. H. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. Journal of Clinical Oncology. 2004; 22(2): 307-314.

6.Sittisombut, S., & Inthong, S.. Surrogate decision-maker for End-of-Life care in terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. International Journal of Nursing Practice, 2009; 15(2): 119-125.

7.Zhou, D. N. P., Jill, C., Parks, M. D., & Susan, M. (2010). Knowledge, attitudes, and practice behaviors of oncology advanced practice nurses regarding advanced care planning for patients with cancer. Oncology Nursing Forum. 2010; 37(6): E400-E410.

8.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดสิทธิการตายอย่างธรรมชาติ กรณีกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ. ศ.2550. กรุงเทพฯ: 3 ดีพริ๊นติงอีควิปเมนท์, 2558.

9.สรุปข้อมูลศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโรงพยาบาลโพนพิสัย. เอกสารอัดสำเนา.หนองคาย, 2566.

10. พศิน ภูริธรรมโชติ. ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2560 ตุลาคม- มีนาคม; 1(1): 39-50.

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

12.Glick KL. Advance directives: barriers to completion. The Journal of the New York State Nurses' Association. 1998 Mar; 29(1): 4-8

13.Ott BB. Views of African American Nursing Home residents about living wills. Geriatric Nursing (New York, N.Y.). 2008 Mar-Apr; 29(2): 117-24

14.ลักษณา สุวรรณนิล. ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.

15.พัชรี ชูทิพย์, การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. · บัณฑิตวิทยาลัย; คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2547. [Cited 2024 March 10]. Available from: https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/860/simple-search?filterquery29&filtername=subject&filtertype=equals

16.วราภรณ์ อ่อนอนงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบาบัด.วิ ทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561. [Cited 2024 March 10]. Available from: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5914032080_7795_10425.pdf

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

Developing a model for caring for multidrug-resistant tuberculosis patients in the community: A case study in Chumphonburi district, Surin province.

(Received: August 3,2024 ; Revised: August 17,2024 ; Accepted: August 18,2024)

นพดล พิมพ์จันทร์[1]
Noppadol Pimchan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และMcTaggart เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) กลุ่มเป้าหมายในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และการพัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่จะทดลองใช้รูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ดูแลผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 6 คน ดำเนินการวิจัยที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – สิงหาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชนและการส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน 2) การรักษาด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจและมีจำนวนมากกว่า 1 คน และใช้ระบบรายงานผ่านแอพลิเคชันไลน์ 3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน จะดำเนินการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วยและในชุมชนตามบริบท และ 5) การมีระบบการนัดหมายบริการ การเยี่ยมบ้านโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามการรักษา ผลจากการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วย MDR-TB มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ผลการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน มีผลการเพาะเชื้อเชื้อเป็นลบติดต่อกัน 2 ครั้ง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =13.66, SD =1.05)

คำสำคัญ: วัณโรคดื้อยาหลายขนาน รูปแบบการรักษา ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

This action research was conducted according to the ideas of Kemmis and McTaggart in order to develop a care model for MDR-TB patients in the community. The target groups were; 1) the target group for collecting qualitative data and development of the model, totaling 15 people and 2) a sample group that will try out the model, purposefully selected from caregivers of 6 MDR-TB patients. Research was conducted in Chumphon Buri District, Surin Province between October 2023 – August 2024. Quantitative data were collected from questionnaires, interviews and medical records. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis for qualitative data.

The results found that the model for caring for MDR-TB patients in the community has 5 steps: as follows: 1) developing the potential of public health officials and caregivers in terms of continuing patient care in the community and forwarding information both in the service facility and in the community 2) Directly observed therapy must be someone the patient trusts and has more than 1 person and use a reporting system through the LINE application. 3) Supporting patients and families, specially in cases where there are difficult and complex problems. It will be carried out using a case management model by multidisciplinary professionals and network partners in the community. 4) Managing the patient's household environment and in the community according to the context and 5) having a service appointment system; home visits using individual care plans and referring patients for treatment monitoring. Results from

[1] ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์), Ph.D.(Public health) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

the model trial revealed that MDR-TB patients had good self-care behaviors. The treatment results after 6 months have passed with negative culture results 2 consecutive times. The overall caregiver's behavior for MDR-TB patients care is at a good level ($\bar{x}$ =13.66, SD =1.05).

Keywords; Multidrug resistant tuberculosis, Treatment model, Community participation

บทนำ

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant Tuberculosis; MDR-TB) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคดื้อต่อยาทั้ง Isoniazid (INH) และ Rifampicin (R) พร้อมกัน โดยอาจดื้อต่อยารักษาวัณโรคขนานอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้[1, 2]มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากการได้รับยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ซึ่งมักเกิดจากปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมีความยากกว่าวัณโรคชนิดไม่ดื้อยาและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงกว่าหลายเท่า ทำให้เกิดความกังวลมากขึ้นเกี่ยวกับการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและผลกระทบด้านลบต่อระบบสุขภาพและอนามัยของประชากร จึงเป็นเรื่องสำคัญและได้รับความสนใจมากขึ้น[3] มีรายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า MDR-TB มีการแพร่เชื้อมีความเชื่อมโยงกับสายการวิวัฒนาการของเชื้อวัณโรคและผู้ป่วย การสอบสวนหาวงของผู้สัมผัสติดต่อจึงเป็นวิธีที่ใช้วัดการระบาดของวัณโรค และนำมาใช้เป็นแนวทางในการสอบสวนเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มเติมในกรณีที่เกิดการระบาดของวัณโรคและนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยเร็ว เพื่อควบคุมและป้องกันการระบาดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว วัณโรคดื้อยายังคงเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุข การดื้อต่อยา INH และ R ซึ่งเป็นยากลุ่มแรก ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด 2 ชนิด เป็นเรื่องที่น่ากังวลมากที่สุดเพราะต้องได้รับการรักษาด้วยยาทางเลือกที่สอง ซึ่งต้องใช้ยาหลายชนิดที่มีราคาแพงและผลกระทบต่อร่างกายสูง[4] ภาระของ MDR-TB ทั่วโลกค่อนข้างจะคงที่เป็นเวลากว่า 10 ปีมาแล้ว และการประมาณการการวินิจฉัยว่าเป็น MDR-TB ครั้งแรกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3–4 และผู้ที่เคยรักษาวัณโรคก่อนหน้านี้อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 18–21[5]

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่า ในปี 2562 ทั่วโลกมีผู้ป่วย MDR-TB หรือดื้อยา Rifampicin (RR-TB) 465,000 คน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.2 ล้านคน[6] และได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิด เป็น 150 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวนผู้ป่วย หรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดประมาณว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน[7] สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานในจังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561- 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 11 12 และ 17 ราย ตามลำดับ (อัตราป่วย 0.78, 0.86 และ 1.45 ต่อประชากรแสนคน)(1) และ ในปี 2564- 2566 พบผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 14 13 และ 6 ราย ตามลำดับ (อัตราป่วย 1.01, 0.94 และ 0.43 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ประกอบกับเป็นช่วงที่ทุกพื้นที่ได้เผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด – 19 อย่างหนัก จึงมีกิจกรรมการคัดกรองวัณโรคน้อยลง ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบผู้ป่วย MDR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR -TB) และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) อย่างต่อเนื่อง[8] และในต้นปี 2566 มีรายงานผู้ป่วย MDR-TB ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่อง 3 ราย และเสียชีวิตระหว่างการรักษา 1 ราย เป็นผู้ป่วย MDR-TB ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ยากต่อการติดตาม

การรักษา เพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาจน เกิดการเสียชีวิตขึ้น[9] ผู้ป่วย MDR-TB ทุกรายที่พบเป็นวัยทำงานและถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดมาก่อนแล้ว แต่ขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ย้ายถิ่นฐานบ่อย ส่งผลให้การติดตามเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาหรือการเป็นไปด้วยความยากลำบาก จนนำไปสู่การป่วยเป็น MDR-TB และบางรายขาดติดตามเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษา จนพัฒนาเป็น Pre XDR -TB และ XDR-TB หรือเสียชีวิตในระหว่างการรักษา[1]

การรักษา MDR-TB นั้นต้องใช้ระยะเวลานาน โดยเฉพาะการรักษาแบบระยะยาวจะใช้เวลาในการรักษาอย่างน้อย 18 เดือน ต้องใช้ยาต้านวัณโรคที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย 5 ชนิดในช่วงระยะเข้มข้น (Intensive phase) และอย่างน้อย 4 ชนิดในช่วงระยะต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ให้การรักษา ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและผู้ใกล้ชิด ดังนั้น การดูแลรักษาวัณโรคดื้อยาทุกชนิดจะต้องเริ่มต้นจากตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะหากกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตรจะทำให้เชื้อดื้อยาพัฒนาไปมากขึ้น จึงจำเป็นต้องต้องมีผู้ทำหน้าที่กำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าทุกวัน (Directly observed treatment; DOT) ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลจะขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลในระยะแรก เพื่อสังเกตการกินยา ผลข้างเคียงของยาอย่างน้อย 1 เดือนและจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1สัปดาห์[10] และดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคในพื้นที่ไปพร้อมกัน การทำความเข้าใจกับชุมชนไม่ให้เกิดการตีตรากับผู้ป่วยและความตื่นตระหนก นอกจากนี้ชุมชนก็อาจเข้ามามีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน เช่นการดูแลทางด้านจิตใจ ซึ่งสำคัญไม่แพ้การรักษาทางด้านร่างกาย รวมถึงการช่วยเหลือทางสังคม เช่น การสร้างรายได้ การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผลการรักษา MDR-TB ในพื้นที่ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น

ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทุกชนิดขึ้นทะเบียนรักษาอย่างต่อเนื่องมากว่า 6 ปี (2561-2566) อีกทั้งยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน โดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม หรือสร้างแบบแผนที่จะชักนำให้ผู้ป่วย MDR-TB ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชนของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาและไม่มีการเสียชีวิตเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis และ McTaggart[11] ดำเนินการวิจัยที่ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามขั้นตอนการวิจัยได้ดังนี้

1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค 1 คน แพทย์ประจำคลินิกวัณโรค 1 คน พยาบาลคลินิกวัณโรค 1 คน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 คน ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลชุมพลบุรี 1 คน สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอชุมพลบุรี 1 คน ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2 คนผู้นำชุมชน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน

2) การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกคนและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย MDR-TB เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 6 คน ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย 2) เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือเป็นผู้สัมผัสใกล้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยMDR-TB และ3) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึก ข้อมูลบริบทชุมชน แบบบันทึกและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย MDR-TB แบบลิเคิร์ท 3 ระดับ จำนวน 14 ข้อ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB แบบลิเคิร์ท 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ข้อมูลด้านการรักษาและผลลัพธ์ได้จากโปรแกรมเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย MDR-TB และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่เดียวกับพื้นที่วิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาร์คเท่ากับ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566- สิงหาคม 2567 มีขั้นตอนในการดำเนินการการกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดของโรงพยาบาลชุมพลบุรี สังเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา คัดเลือกชุมชนที่พบผู้ป่วย MDR-TB เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาลชุมพลบุรี รพ.สต.ไพรขลา รพ.สต.ยะวึก ตัวอย่าง (กลุ่มที่ 1) ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรคเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย ระยะเวลา 6 สัปดาห์

2. ระยะการดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผนมีดังนี้ การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และระดับชุมชน การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วย การกำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม วางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน โดยเน้นกิจกรรมการดูแลในครอบครัวและชุมชนที่พบผู้ป่วย MDR-TB เป็นหลัก ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และ จัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

ขั้นตอนที่2 การปฏิบัติการ(A) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 6 สัปดาห์เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน โดยใช้องค์ประกอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพื่อปรับใช้ในในระดับชุมชน โดยมุ่งเน้นในด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ข้อปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือของ

ชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยผ่านเวทีสนทนากลุ่มย่อย ตามประเด็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ ในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความขัดแย้ง และให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ซึ่งในการจัดประชุมกลุ่มย่อย ได้จัดขึ้นทั้งหมด 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 การพัฒนารูปแบบเลือกรูปแบบ และเตรียมความพร้อมการทดลองใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 นำเสนอการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสำหรับกลุ่มผู้ดูแล/DOT)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์(O) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 6 เดือน เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน โดยทดลองใช้กับตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ในพื้นที่ตำบลไพรขลา และตำบลยะวึก ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ข้อปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยและการให้ความร่วมมือของชุมชน ในช่วงการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่พัฒนาขึ้น ติดตามผลการรักษาระยะต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน สรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ(R) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เป็นกิจกรรม ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ให้เหมะสมตามแต่ละบริบทพื้นที่

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงประมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพร้อมที่จะดำเนินการวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมพื้นฐานอย่างเคร่งครัด โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.15/2567

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2565 โรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่มากที่สุดคือ วัณโรค พบผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 81 71 63 69 และ 86 รายตามลำดับ (อัตราป่วย 114.17 100.07 88.80 97.15 และ 121.22 ต่อประชากรแสนคน) ในปี 2564-2565 ในพื้นที่ได้ประสบกับปัญหาโรคโควิด-19 อย่างรุนแรง ทำให้กระบวนการค้นหาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย วัณโรคในช่วงดังกล่าวลดความเข้มข้นลง ในด้านสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกัน MDR-TB และ Pre XDR-TB ในพื้นที่ ตั้งแต่ปี 2561-2564 มีรานงานพบผู้ป่วย MDR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR -TB) และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) อย่างต่อเนื่อง[8] และในต้นปี 2566 มีรายงานผู้ป่วย MDR-TB ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่อง 3 ราย และเสียชีวิตระหว่างการรักษา 1 ราย โดยเป็นผู้ป่วย MDR-TB ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งยากต่อการติดตามการรักษา[9] คงเหลือผู้ป่วยผู้ป่วย MDR-TB ที่ยังรักษาอยู่ 2 ราย โดยผู้ป่วยทุกรายเป็นวัยทำงานและถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดมาก่อนแล้ว แต่ขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ย้ายถิ่นฐานบ่อย ส่งผลให้

การติดตามเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา หรือการเป็นไปด้วยความยากลำบาก จนนำไปสู่การป่วยเป็น MDR-TB และบางรายขาดติดตามเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษา จนพัฒนาเป็น Pre XDR -TB และ XDR-TB หรือเสียชีวิตในระหว่างการรักษา[1] ในด้านปัญหาการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน จากการสนทนากลุ่มและการทบทวนสถานการณ์วัณโรคและวัณโรคดื้อยาในพื้นที่ สรุปได้ว่า MDR-TB ยังคงพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาด้านผู้ป่วย (การปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ ขาดรายได้ การเข้าถึงบริการ) ปัญหาด้านหน่วยงานให้บริการ (บุคลากรขาดองค์ความรู้ด้าน MDR-TB ระบบการดูแลแบบ DOT ไม่มีประสทธิภาพ ขาดการติดตามประเมินผล) ด้านชุมชนและสังคม (ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB โดยเฉพาะ แรงสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือจากสังคม และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน) จึงเกิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน คือ

1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านวิชาการ องค์ความรู้เรื่อง MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทุกชนิดอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 6 ปี ประกอบกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาได้มีการปรับปรุงตามความเหมาะสม อีกทั้งบุคลากรสาธารณสุขบางหน่วยงานมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะการทำ DOT แบบออนไลน์ การส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน การติดตามการรักษา MDR-TB อย่างใกล้ชิดจนกว่าการรักษาจะครบตามระยะเวลา โดยโรงพยาบาลชุมพลบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี เป็นหน่วยงานดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 วัน กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การควบคุมกำกับการกินยา การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน การประเมินตรวจจับสถานการณ์เมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ และการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน ดำเนินการโดย รพ.สต.ในพื้นที่

2) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารรูปแบบแอพลิเคชันไลน์ เพื่อสนับสนุนการทำ DOT ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านระบบวีดีโอสื่อสาร ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นญาติผู้ป่วยแต่ต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ ที่มีโทรศัพท์แบบสมาร์โฟน และใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ ซึ่งอาจมีจำนวนมากกว่า 1 คน และในการปฏิบัติจริงผู้ป่วย MDR-TB แต่ละคนมีผู้ดูแล 3 คน คือ ญาติที่ไว้ใจ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้การสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ และมีพยาบาลคลินิกวัณโรคคอยร่วมตรวจสอบ

3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะรายกรณีที่เป็นผู้ป่วย MDR-TB มีปัญหายุ่งยากและมีความซับซ้อน ทั้งด้านสุขภาพกาย ใจ เศรษฐกิจครัวเรือนและทางสังคม จะดำเนินการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน จึงใช้กระบวนการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ จิตใจ จากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มูลนิธิโรงพยาบาลชุมพลบุรี กองทุนในชุมชน และการระดมทุนช่วยเหลือจากชุมชน ทั้งการสนับสนุนเงินทุนเพื่อดำรงชีพ โดยในเบื้องต้นเป็นการสนับสนุนเงินคนละ 3,000 บาท มีการจ้างงานเพื่อให้ผู้ป่วยหารายได้ ในการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว จะดำเนินการด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง หากพบปัญหาที่ต้องการแก้ไขเร่งด่วน จะเป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพดำเนินการร่วมกัน

4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วยและในชุมชนตามบริบท โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยและชุมชนเป็นสำคัญ ได้แก่ การจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือที่ทำงานในสะอาด โปร่ง โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก การนำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด เสมอ ๆ และ รักษาบ้านเรือน/ที่ทำงานให้สะอาด และพยายามให้แสงแดดส่องถึง นอกจากนี้ชุมชนยังมีการจัดกิจกรรมการทำความสะอาดบ้าน อาคาร หรือสถานที่อื่นๆ ครั้งใหญ่ประจำเดือน หรือในวันสำคัญเป็นประจำ

5) การมีระบบการนัดหมายบริการ พร้อมระบบการแจ้งเตือนการนัดหมายบริการ ซึ่งงานคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมพลบุรีจะประสานงานโดยตรงกับผู้ป่วยและ รพ.สต. ในพื้นที่ ช่วยติดตาม ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามการรักษา โดยมีการส่งต่อผู้ป่วย MDR-TB ไปที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งทางโรงพยาบาลชุมพลบุรีจะเป็นหน่วยที่นำส่งทุกครั้ง โดยกำหนดขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อ การโอนออกหรือการรับโอนเข้าผู้ป่วยMDR-TB และบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วย โดยคลินิกวัณโรคจะเป็นผู้ประสานทั้งภายในหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยMDR-TB ที่ได้พัฒนาขึ้นทั้ง 5 ขั้นตอน ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่วิจัยตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ พบว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชน ได้จัดขึ้น 1 ครั้ง กลุ่มเป้าหมายทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุม มีการประชุมกลุ่มย่อย 2 ครั้ง ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่พัฒนาขึ้น ทั้งในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นชอบและตกลงใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วย 2 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย 6 ราย ในพื้นที่ตำบลไพรขลาและตำบลยะวึก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วย MDR-TB อยู่ระหว่างการรักษาในระยะเข้มข้น และการประเมินผลการดำเนินการจะประเมินเมื่อการผู้ป่วยได้รับการรักษาครบ 6 เดือน ซึ่งพบว่า ส่วนผลการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน ผู้ป่วย MDR-TB มีผลการเพาะเชื้อเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง จาการสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย MDR-TB พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ มาพบแพทย์ตามนัดหมายทุกครั้ง เลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่ สวมหน้ากากอนามัยใช้ผ้าปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม จัดการเรื่องบ้วนเสมหะ น้ำลายได้ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ล้างมือบ่อยๆก่อนกินข้าว หรือ หลังจากเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การออกกำลังกายยังมีอาการนอนไม่หลับ และมีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย การเป็นภาระกับครอบครับและขาดรายได้ ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ของผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำคือ การให้กำลังใจให้ผู้ป่วยกินยาครบตามกำหนดการรักษา และการจัดสถานที่ในบ้านผู้ป่วยให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก แดดส่องถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งคือ การตรวจสอบความถูกต้องของยาตามกำหนด และสามารถเป็นธุระในการไปรับยาของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยคือ ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาทุกเม็ดทุกมื้อ ทำการบันทึกการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคทุกวัน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 83.33) ($\bar{X}$ =13.66, SD =1.05) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้งตามแผนปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ร่วมการวางแผนการการดูแล การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

ร่วมกัน และยังมีการระดมทุนจากมูลนิธิ กลุ่มภาคีเครือข่าย และกองทุนในชุมชน มาช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ และเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย MDR-TB และครอบครัวมีกำลังใจในการรักษาและใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ ไม่มีการตีตราทางสังคม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ การคืนข้อมูลให้ชุมชน ผู้วิจัยได้มีการประชุมในชุมชน และนำเสนอการวิจัยให้กับประชาชนในพื้นที่ทราบ นอกจากนี้ยังมีการคืนข้อมูลการวิจัยใน การประชุมเครือข่ายระบาดวิทยาระดับอำเภอชุมพลบุรี ในประเด็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยชุมชนมีส่วนร่วม

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ MDR-TB ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ตั้งแต่ปี 2560-2565 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาอย่างต่อเนื่อง ทั้ง MDR-TB Pre XDR-TB และ XDR -TB ในปี 2565-2566 มีผู้ป่วย MDR-TB ถูกวินิจฉัยและรักษาจำนวน 3 คน และเสียชีวิตระหว่างรักษา 1 คน ยังรักษาอยู่ 2 คน ปัญหาที่พบในด้านการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน คือ ปัญหาด้านการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ ขาดรายได้ การเข้าถึงบริการ บุคลากรขาดองค์ความรู้ด้าน MDR-TB ระบบการดูแลแบบ DOT ยังไม่ต่อเนื่องและประสทธิภาพ ขาดการติดตามประเมินผล ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB โดยเฉพาะ แรงสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือจากสังคม และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[1,12]โดยบทบาทการดูแลรักษาในชุมชน ยังเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. เป็นหลัก ชุมชนยังให้ความร่วมมือน้อย กลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีเพียงการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่แพทย์สั่งการไว้เมื่อผู้ป่วยกลับมาพักรักษาต่อที่บ้าน โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวัณโรคเป็นผู้ประสานงาน ส่วนใหญ่เป็นการโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยในด้านการติดตามเยี่ยมและควบคุมกำกับการกินยา ซึ่งยังมีผู้ป่วย MDR-TB บางรายยังปฏิเสธการเข้าเยี่ยมในหมู่บ้าน ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่พบก่อนหน้านี้แล้ว[1] การดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ในกรณีที่มีผู้ป่วยถูกวินิจฉัยวัณโรคหรือ MDR-TB และมีการรักษาในระยะเข้มข้นแล้ว จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ปัญหาที่พบในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาที่บ้านในระยะเข้มข้นหรือระยะต่อเนื่องจนครบตามระยะเวลามีหลากหลายปัญหา ที่สำคัญคือปัญหาที่ผู้ป่วย MDR-TB เสียชีวิตระหว่างการรักษา ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยMDR-TB ในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมานี้ จึงมุ่งเน้นการจัดหารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อดูแล MDR-TB ในชุมชน โดยกระบวนการต่างๆ เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. อปท. และประชาชนในชุมชน เป็นระบบตามขั้นตอน PAOR จึงเกิดรูปแบบการดูแล MDR-TB ในชุมชน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านวิชาการ องค์ความรู้เรื่อง MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นที่การทำ DOT แบบออนไลน์ รวมทั้งพัฒนาการส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน การติดตามการรักษา MDR-TB อย่างใกล้ชิดจนกว่าการรักษาจะครบตามระยะเวลา ซึ่งการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานมีความจำเป็นเนื่องจากวิทยาการด้านการรักษา MDR-TB มีการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัย อีกทั้งในพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรคอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและทำความเข้าในในแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง 2) การรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า เน้นที่การทำ DOT ออนไลน์ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีผู้ดูแล 3 คนและ จึงเลือกใช้แอพลิเคชันไลน์ ผ่านระบบวีดีโอสื่อสาร ทุกครั้งที่มีการเตรียมยา นับเม็ดยาและรับประทานยาเสร็จสิ้น ซึ่งวิธีนี้สะดวก แก่การติดตาม และผู้ป่วยรับประทานยาได้ครบทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[13]ซึ่งการติดตามการรักษาด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ไม่จำเป็นต้องเป็นญาติผู้ป่วยแต่ต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. หรือเพื่อนบ้าน 3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะรายกรณีที่เป็นผู้ป่วย MDR-TB มีปัญหายุ่งยากและมีความซับซ้อน ด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้กินยารักษาต่อเนื่องจนหายป่วยจากวัณโรคนั้น จำเป็นต้องอาศัยการดูแลรักษาทั้งทางด้านมิติทางการแพทย์ จิตใจและสังคม จากการศึกษานี้ พบผู้ป่วย MDR-TB ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และมีฐานะยากจน ไม่มีงานทำเป็นประจำ มีรายได้พอเลี้ยงชีพวันต่อวัน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยในการมารักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อน และแตกต่างกันในรายกรณี ซึ่งกิจกรรมนี้ต้องอาศัยความร่วมและความจริงใจจากทุกภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหา เป็นไปตามแนวทางการช่วยเหลือทางด้านสังคม เศรษฐกิจสำหรับผู้ป่วยวัณโรค[14] ที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมคือการะดมทุนจากทุกภาคส่วน การบริจาคสิ่งของเพื่อการดำรงชีพ และการเยียมเยียนให้กำลังใจ 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วยและในชุมชนตามบริบท โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยและชุมชนเป็นสำคัญ กิจกรรมนี้จะช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน ลดการแพร่เชื้อ[15] และ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขวิทยาที่ดี ส่งผลต่อผลการรักษา และ 5) การมีระบบการนัดหมายบริการ พร้อมระบบการแจ้งเตือนการนัดหมายบริการ รวมทั้งในส่วนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบการนัดหมายยังคงใช้หลายช่องทาง เช่น ไลน์กลุ่ม โทรศัพท์ การประสานผ่านผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตรงตามนัดหมาย โรงพยาบาลสามารถจัดระบบบริการทั้งยานพาหนะรับส่ง บุคลากรยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างพร้อมและเพียงพอ หลังจากได้นำรูปแบบที่ ไปทดลองใช้ พบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน ผู้ป่วย MDR-TB มีผลการเพาะเชื้อเป็นลบติดต่อกัน 2 ครั้ง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การออกกำลังกาย ยังมีอาการนอนไม่หลับ และมีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย การเป็นภาระกับครอบครับและขาดรายได้ ซึ่งทางทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้พยายามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จนครบกำหนด ระยะเวลาการรักษา ซึ่งเป็นความร่วมมือที่ดีจากทุกภาคส่วน และในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า โดยรวมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =13.66, SD =1.05) จึงส่งผลต่อผลการรักษาเบื้องต้นที่ประเมินจากการเพาะเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง อย่างไรก็ตามกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ จะต้องปฏิบัติไปควบคู่กับความร่วมมือของชุมชน และมีความต่อเนื่องจึงจะก่อให้เกิดผลการรักษา MDR-TB ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ที่พัฒนาได้ไปใช้ ยังเป็นเพียงกิจกรรมในวงรอบที่ 1 แต่ในการดูแลรักษายังคงใช้เวลาต่อเนื่องอีกยาวนาน ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องให้ความร่วมมือกันอย่างจริงจัง มีการทบทวนแนวปฏิบัติอยู่เสมอ หากมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการทดแทนหรือหมุนเวียนบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ทดแทนทันที ดังนั้นจึง

มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวัณโรค ทุกระดับ ให้มีความพร้อมเสมอ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชนเป็นรูปแบบที่นำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดในชุมชนได้ และสามารถปรับลดขั้นตอนต่างๆ ตามความเหมาะสมในแต่ละบริบทชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุลวงได้ด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณ นพ.กฤษดา วันดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี แพทย์หญิงธมลวรรณ เปลี่ยนมะณี และพยาบาลประจำคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลชุมพลบุรี ที่ให้การอนุเคราะห์บุคลากร การเข้าถึงข้อมูล และปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.โสภิต ชาลี, สุวรรณี สิริเศรษฐภักดี, เกรียงชัย เอกา. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564;28(3):109-20.

2.มนวิภา ริยาพันธ์, สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด : การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):4-16.

3.World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

4.Nahid P, Mase SR, Migliori GB, Sotgiu G, Bothamley GH, Brozek JL, et al. Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis. An Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2019;200(10):e93-e142.

5.World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.

6.World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva, Switzerland: WHO; 2020.

7.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant TB:XDR-TB) นนทบุรี: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2564 [15 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://tbcmthailand.ddc.moph.go.th/

8.มุกดา วิเศษ, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;27(2):1-11.

9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB, MDR–TB, Pre-XDR, XDR-TB) จังหวัดสุรินทร์ ปี 2562-2566 สุรินทร์: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ; 2566 [เข้าถึงได้จาก: https://surin.moph.go.th/SPHO_Meeting_sys/upload/Files/59_1226_983_698395.pdf.

10.World Health Organization. WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2019.

11.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.

12.อรทัย ศรีทองธรรม, อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ, อุบลศรี ทาบุดดา, ศิริวรรณ อุทธา, ชุติมา ผลานันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดยาและการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;16:S289-S98.

13.Ağca FD, Süer Aİ, Beyaz GÇ. DOT-VOT Implementation of Tuberculosis Patients between 2012-2018. 2019;54(suppl 63):PA5281.

14.พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. การรักษาวัณโรค: DOT vs. VOT. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2561;12(1):43-7.

15.พาขวัญ วิชชุตเวส, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563;3(3):64-77.

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of mothers with premature labor : Study of 2 Cases

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

พัชชรี เกษแก้ว[1]
Phatcharee Ketkaew[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 รายที่มารับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยศึกษาในมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามาคลอดในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 – 2 มีนาคม 2566 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ที่เข้ามาคลอดในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ระหว่างวันที่ 20 กันยายน 2566 - 22 กันยายน 2566 การเก็บข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนด

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มารดาครรภ์แรกอายุครรภ์ 35^{+5} สัปดาห์ มีประวัติใช้สารเสพติด มาด้วยอาการเจ็บท้องมดลูกหดรัดตัว มีน้ำเดิน มีมูกเลือดทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด 10 cm คลอดปกติทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มารดาครรภ์ที่ 4 เคยคลอด 1 ครั้ง แท้ง 2 ครั้งอายุครรภ์ 35^{+6} สัปดาห์ มีประวัติน้ำหนักเพิ่มน้อยขณะตั้งครรภ์ มาด้วยอาการเจ็บท้องมดลูกหดรัดตัว มีน้ำเดินไม่มีมูกเลือด ปากมดลูกเปิด 8 cm คลอดปกติทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่ได้ยายับยั้งการคลอดเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดปากมดลูกเปิดหมด

คำสำคัญ : เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; การพยาบาล

Abstract

This research is a comparison of 2 case studies. The objective is to study and compare the nursing care of 2 mothers with preterm labor who receive services at Chaturaphat Phiman Hospital. The study was conducted on 2 mothers who went into labor prematurely. The study was on the first case study patient who came to give birth at Chaturaphakpiman Hospital. Between 28 February 2023 - 2 March 2023 and studied in the second case study patient who came to give birth at Chaturaphakphiman Hospital. Between 20 September 2023 - 22 September 2023, data collection using the concept of assessing patient health status according to Gordon's 11 health plans. and nursing process concepts applied in nursing care of premature births

Result : Case study patient 1, a first-time mother at 35^{+5} week pregnant had a history of drug use. Came with abdominal pain, uterine contractions, membrane rupture, vaginal mucus and blood, cervix dilate 10 cm, normal labour of the baby. no complications. Case study patient number 2. A mother in her 4 th pregnancy, had given birth once.had 2 Abortion, was 35^{+6}week pregnant and a history of slight weight gain during pregnancy. Came with abdominal pain, uterine contraction, membrane rupture, no mucus, blood, cervix dilate 8 cm, normal labour of the baby. no complications.Both patients did not receive birth control medication due to labor pains.After giving birth,the cervix is completely open.

Keywords : Labor pain; Premature birth; Nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดก่อนกำหนด ประเทศไทยพบอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี[1] จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี ในประเทศไทยพบอัตราหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564-2566 ร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.42 ตามลำดับ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นภาวะที่สตรีมีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์และก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ สำหรับในประเทศที่พัฒนาแล้วให้ความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดว่า เป็นอาการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์[2] ส่วนการคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery) เป็นการคลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสูติกรรมในประเทศไทยและเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายสูงและใช้ทรัพยากรจำนวนมาก สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีกระบวนการ 4 ประการที่น่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นเอง (Idiopathic processes) กระบวนการติดเชื้อ (Inflammatory processes) กระบวนการกลไกการทำงานของร่างกาย (Mechanical processes) กระบวนการทางจิตสังคม (Psychosocial processes)[3]และมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างอาจมีผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เช่น ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก เช่น LEEP, Conization เคยได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง มดลูกผิดปกติ (Uterine anomalies) อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปีระดับการศึกษาต่ำหรือมีเศรษฐานะต่ำ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น เช่นน้อยกว่า 18 เดือน โภชนาการไม่ดี (Poor nutritional status) ปัญหาด้านจิตใจ/ภาวะเครียด การใช้สารเสพติด การติดเชื้อทางช่องคลอด

จากสถิติมารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด[4]ระหว่างปี พ.ศ.2564-2567 มารดามาคลอดจำนวน 28, 38, 43 และ24 รายตามลำดับ พบว่า มารดาคลอดก่อนกำหนด 3 ,3, 3 และ 0 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 10.71 ส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนดมีภาวะ RDS ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.66 ทำให้ทารกเพิ่มการเกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องนอนโรงพยาบาลนานและเพิ่มค่าใช้จ่ายของ ครอบครัวทำให้มารดาเกิดภาวะเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ต้องห่างครอบครัว ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางและระบบการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญคือการประเมินและรวบรวมข้อมูลของมารดาและสภาวะของทารกในครรภ์ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบและนำมาวางแผนดูแลร่วมกันตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกนอกโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อาการ อาการแสดง การรักษาและการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อเสนอแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อยืดอายุครรภ์และลดอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการศึกษา

เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 2 มีนาคม 2566 และวันที่ 20 กันยายน 2566 ถึง วันที่ 22 กันยายน 2566

1. เลือกเรื่องที่ทำการศึกษาจากมารดาที่มารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 2 ราย เพื่อนำมาเปรียบเทียบ

2. ทำบันทึกข้อความเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย

3. รวบรวมข้อมูล ประวัติผู้คลอด อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการ คลอด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์จากเวชระเบียน

4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ เว็บไซต์ บทความ งานวิจัย สำหรับปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ ของโรค อาการและอาการแสดง การประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[5] เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และ ปฏิบัติการพยาบาล

5. รวบรวมข้อมูลนำมาวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและครอบครัว วางแผนจำหน่าย และให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

7. สรุปผลการดำเนินการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

8. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน ตรวจสอบคุณภาพผลงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม เผยแพร่ทางเว็บไซต์

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลมารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกรณีศึกษา 2 ราย ผลศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีการใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นร้อยละ 25 และพบว่าน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ก่อนตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อย 41 กิโลกรัมมีผลทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาเพราะเคยมีประวัติแท้งบุตร 2 ครั้งและมีอายุมากกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 7.7 สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง[6]

การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 มีแบบแผนทางด้านสุขภาพข้อ 1, 7 และข้อ 10 ที่นำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมินสภาพการตรวจร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 พบว่า การตรวจร่างกายผู้ป่วยทั้ง 2 รายมดลูกมีการหดรัดตัว ปากมดลูกเปิด มีอาการปวดซึ่งแสดงระยะก่อนคลอดจะเข้าสู่ระยะคลอด และพบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเพียง 5.3 กิโลกรัมผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความวิตกกังวลระดับคะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพการตรวจร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทางคลินิก	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
การตรวจร่างกายทั่วไป		
ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างผอมไม่สูง ท่าทางอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างสมส่วน เหนื่อยอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส
น้ำหนัก/ส่วนสูง	ก่อนตั้งครรภ์ 41 กก/149 ซม. ก่อนคลอด 55 กก.น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 14 กิโลกรัม	ก่อนตั้งครรภ์ 64 กก./155 ซม. ก่อนคลอด 69.3 กก.น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 5.3 กิโลกรัม
ผิวหนัง	ผิวหนังอุ่นชื้น ไม่มีแผล ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น	ผิวหนังอุ่นแห้ง ไม่มีแผล ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น
ศีรษะและใบหน้า	ใบหน้าสมมาตร ไม่มีบวม ไม่เบี้ยว	ใบหน้าสมมาตร ไม่มีบวม ไม่เบี้ยว
ตา	ตาสมมาตรดีทั้งสองข้าง pupil 3 มิลลิเมตร reaction to light both eyes เยื่อบุตาไม่ซีด	ตาสมมาตรดีทั้งสองข้าง pupil 3 มิลลิเมตร reaction to light both eyes เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย
หู	ทั้งสองข้างสมมาตรดี การได้ยินชัดเจน	ทั้งสองข้างสมมาตรดี การได้ยินชัดเจน
จมูกและช่องปาก	จมูกสมมาตรดี ไม่มีน้ำมูก ปากสมมาตรดี ลิ้นปกติ ฟันกรามครบทุกซี่ ความสามารถในการบดเคี้ยวปกติ	จมูกสมมาตรดี ไม่มีน้ำมูก ปากสมมาตรดี ลิ้นปกติ ฟันบางซี่ผุ การบดเคี้ยวอาหารแข็งลำบาก
การหายใจ ทรวงอกและปอด	ทรวงอกไม่ผิดปกติสมมาตรกันทั้งสองด้าน หายใจเหนื่อย O2 sat 98 % อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที	ทรวงอกไม่ผิดปกติสมมาตรกันทั้งสองด้าน หายใจเหนื่อย O2 sat 99 % อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
หัวใจและหลอดเลือด	ไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีเส้นเลือด ขอดหรือโป่งพอง ผู้ป่วยนอนราบได้ไม่หอบ ฟังเสียงหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอความดันโลหิต 140/70 mmHg	ไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีเส้นเลือดขอดหรือโป่งพอง ผู้ป่วยนอนราบได้ ฟังเสียงหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอความดันโลหิต 137/76 mmHg
ท้อง	ท้องปั้นแข็ง ยอดมดลูก ¾ > ระดับสะดือ ท่า LOA Head engage FHS 140 ครั้งต่อนาที NST มีUt.contraction I=2,D=45	ท้องปั้นแข็งยอดมดลูก ¾ > ระดับสะดือ ท่า ROA Head engage FHS 140 ครั้งต่อนาทีNSTมี Ut.contractionI=2,D=45
อวัยวะขับถ่ายและสืบพันธ์	ปัสสาวะสีเหลืองใส มีมูกเลือดทางช่องคลอด PV พบ Cx dilate 10 cm. Effacement 100% station =+ 2 Membrane= MR	ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีมูกเลือดทางช่องคลอด PV พบ Cx dilate 8 cm. Effacement 100% station= 0 Membrane= MR
การตรวจด้านจิตใจและอารมณ์		
ความวิตกกังวล	ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล วัดระดับความ กังวลด้วยวิธีการให้คะแนน ผู้ป่วยให้ คะแนนความวิตกกังวลระดับคะแนน 10ญาติให้คะแนนความวิตกกังวลระดับ10	ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล วัดระดับความกังวลด้วยวิธีการให้คะแนนผู้ป่วยให้คะแนนความวิตกกังวลระดับคะแนน 10 ญาติให้คะแนนความวิตกกังวลระดับคะแนน 8

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นด้านต่างๆเช่น 1)ปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) อาการ/อาการแสดงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) การรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ครรภ์แรกและอายุน้อย 20 ปี และพบมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มารดาอายุมากกว่า 30 ปีมีประวัติการแท้งและทุพโภชนาการ, ส่วนอาการ/อาการแสดงผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการเหมือนกันไม่สามารถใช้ยายับยั้งการการหดรัดตัวมดลูกได้ ,การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายอายุครรภ์ 35^{+5-6} สัปดาห์ ,การรักษายึดตาม

Standing order for preterm ของ MCH จังหวัด
ร้อยเอ็ด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	1. ครรภ์แรก 2. อายุ 20 ปี 3. ภาวะเครียด 4. เสพยาบ้า	1. ครรภ์ที่ 4 อายุ 31 ปี 2. แท้ง 2 ครั้งขูดมดลูก 3. ภาวะเครียด 4.น้ำหนักตัวเพิ่มน้อย	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่อายุน้อย 20 ปีและอายุมากกว่า 30 ปี, ครรภ์แรก, มีภาวะทุพโภชนาการ,สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด,มีภาวะเครียด,มีประวัติการแท้งบุตร เป็นต้น
2.อาการ/อาการแสดงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	1.ปวดท้องปั้นท้องแข็ง 2.มีมูกเลือดออก 3.ปากมดลูกเปิด 4.ถุงน้ำครำแตก 5.มีการหดรัดตัวของมดลูก	1.ปวดท้องปั้นท้องแข็ง 2.ไม่มีมูกเลือดออก 3.ปากมดลูกเปิด 4.ถุงน้ำครำแตก 5.มีการหดรัดตัวของมดลูก	อาการและอาการแสดงจะมีความแตกต่างกันในแต่ละรายโดยทั่วไปมีอาการดังนี้ 1.มีการหดรัดตัวของมดลูก(Uterine contraction)ทุก 10 นาทีหรือถี่กว่านี้และคงอยู่อย่างน้อย 1 ชั่วโมง 2.มีอาการเจ็บครรภ์เช่นปวดเกร็งท้องปวดหลังปวดหัวหน่าว 3.มีสิ่งคัดหลั่งออกทางช่องคลอดโดยเปลี่ยนจากมูกเป็นเลือดและมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น
3.การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	-G1P0A0 อายุครรภ์ 35^{+5} สัปดาห์ -ปากมดลูกเปิด 10 cm -Effacement 100% -regular Uterine contraction -มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด	-G4P1A2 Last child 15 ปี อายุครรภ์ 35^{+6}สัปดาห์ -ปากมดลูกเปิด 8 cm -Effacement 100% -regular Uterine contraction	ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมายถึงการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์$24^{0/7}$สัปดาห์(สำหรับในกรณีมีอายุครรภ์ไม่ชัดเจนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500กรัมขึ้นไป)ถึงอายุครรภ์ $36^{6/7}$สัปดาห์อาศัยลักษณะทางคลินิกดังนี้ 1.มดลูกมีการหดรัดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน20 นาทีหรือ8ครั้งใน60นาทีร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง 2.ปากมดลูกเปิดเท่ากับ1 cmหรือมากกว่า 3.ปากมดลูกบางตัวลงเท่ากับร้อยละ 80หรือมากกว่า
4.การรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	-การเจ็บครรภ์เข้าสู่ระยะ Active -ถุงน้ำครำแตก	-การเจ็บครรภ์เข้าสู่ระยะ Active -ถุงน้ำครำแตก	-ให้การดูแลรักษาตาม Standing order for preterm ของ MCH จังหวัดร้อยเอ็ด -เฝ้าระวังสุขภาพของทารกในครรภ์

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนคลอด		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มารดาขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน**	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** มารดาขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** มารดาถามว่า “ลูกในท้องจะตายมั้ย”	1. ประเมินความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บคลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. อธิบายอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
มารดาถามว่า “ต้องนอนรักษาตัว ที่โรงพยาบาลนานไหม ลูกในท้องจะพิการหรือตายมั้ย” **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด **เกณฑ์ประเมินผล** สามารถบอกอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอะไรบ้าง และการดูแลรักษาอย่างไร **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาสามารถบอกอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวและการประเมินการหดตัวของมดลูกได้	**วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด **เกณฑ์ประเมินผล** สามารถบอกอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอะไรบ้าง และการดูแลรักษาอย่างไร **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาสามารถบอกอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวและการประเมินการหดตัวของมดลูกได้	รักษาแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3. ให้เอกสารความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้มารดาทราบถึงอาการและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 4. สอนและสาธิตวิธีการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกให้มารดาทราบ เพื่อให้มีทักษะในการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกได้ด้วยตนเอง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **ข้อมูลสนับสนุน** มารดาเจ็บท้องมีท้องแข็ง หน้านิ่วคิ้วขมวดเอามือจับท้อง มีcontraction I=2 นาที D=45 วินาที **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม **การประเมินผลการพยาบาล** มารดามีความสุขสบายเพิ่มขึ้น	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **ข้อมูลสนับสนุน** มารดาเจ็บพุงมีท้องแข็ง มีcontraction I=2 นาที D=45 วินาที **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม **การประเมินผลการพยาบาล** มารดามีความสุขสบายเพิ่มขึ้น	1.ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย 2.แจ้งผลการตรวจแนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวและพูดคุยให้กำลังใจสัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3.ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐานถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4.สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์/ดูแลความสุขสบายทั่วๆไป 5.ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนคลอด		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** มารดาถามว่า “ ลูกในท้องจะพิการหรือตายมั้ย” **วัตถุประสงค์** เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ **ประเมินผลการพยาบาล** มารดามีความมั่นใจในการดูแลตนเองมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** มารดากลัวแท้งเหมือนท้องก่อนๆ **วัตถุประสงค์** เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ **ประเมินผลการพยาบาล** มารดามีความมั่นใจในการดูแลตนเองมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส	1.ช่วยเหลือมารดาตามความต้องการ 2.สร้างสัมพันธภาพเปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยซักถามและให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 3.แจ้งมารดาก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล 4.ดูแลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้ปัญหาเพื่อหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะคลอด		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด **ข้อมูลสนับสนุน**	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด **ข้อมูลสนับสนุน**	1.ดูแลให้ได้รับยา Oxytocin 10 Unit IM. ทันทีหลังไหล่หน้าคลอด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
S :" เจ็บคักเบ่งได้บ่" O : G1P0 GA 35^{+5} wk. แรกรับ PV.Cx.10 cm.ความบาง100 % station+2 MR มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที Duration 45 วินาที **วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาไม่มีภาวะตกเลือด	S :" ท้องปั้นแข็งตลอด" O : G4P1A2 GA 35^{+6} wk. แรกรับ PV.Cx. 8 cm.ความบาง100 % station 0 MR มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที Duration 45 วินาที **วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาไม่มีภาวะตกเลือด	2.ทำคลอดรกอย่างนุ่มนวลถูกวิธีและตรวจสอบรก 3. ดูแลเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บและดูแลใส่ผ้าอนามัยไว้ เพื่อสังเกตลักษณะและปริมาตรเลือดที่ออกมา 4.สอนมารดานวดคลึงมดลูก 5.ให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงแก่มารดาเพื่อแจ้งพยาบาลได้ทันที 6. ดูแลให้ได้รับ RLS 1000 ml+ Oxytocin 20 Unit drip 100ml/hr.ตามแผนการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก ออกซิเจนไปยังรกลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** S :“เจ็บหลายจนสิบได้หยุดพัก” มารดายังเสพยา	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก ออกซิเจนไปยังรกลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** S :“เหนื่อยลูกใกล้คลอดยัง”	1. ดูแลมารดาได้รับ O2 mask with bag 10 LPM 2. ON EFM ไว้ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 3. ประสานทีมให้มารอรับทารกเมื่อแรกคลอด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะคลอด		
O : FHS 118 -168 ครั้งนาที ไม่สม่ำเสมอ มารดาร้องและกลั้นหายใจขณะเบ่งคลอด มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที Duration 45 วินาที **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ **การประเมินผลการพยาบาล** FHS 140-148 bpm.สม่ำเสมอชัดเจนดี ทารกแรกคลอด APGAR SCORE = 9 ,10,10	O : FHS 120 -170 ครั้งนาที ไม่สม่ำเสมอ มารดากลั้นหายใจขณะเบ่งคลอด มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที Duration 45 วินาที **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ **การประเมินผลการพยาบาล** FHS 140-148 bpm.สม่ำเสมอชัดเจนดี ทารกแรกคลอด APGAR SCORE = 9 ,10,10	4.เมื่อทารกคลอดให้เช็ดตัวทารกให้แห้งและวางทารกอยู่ใต้เครื่อง radiant warmer ดูดน้ำคร่ำในปากและจมูก ประเมิน APGAR SCORE ให้ออกซิเจนเมื่อทารกเขียวและห่อตัวทารกไปให้ดูดนมมารดา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังคลอด		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี **ข้อมูลสนับสนุน** O : G1P0 GA 35^{+5} wk. O : คลอดปกติถึง รพ.เวลา 09.20 คลอดเวลา 09.36 น. **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด **การประเมินผลการพยาบาล** หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดีมี เลือดออก 170 ml. ไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง น้ำคาวปลาออกปกติ	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี **ข้อมูลสนับสนุน** O : G4P1A2 GA 35^{+6} wk. O : คลอดปกติถึง รพ.เวลา 02.55 คลอดเวลา 03.03 น. **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด **การประเมินผลการพยาบาล** หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดีมี เลือดออก 100 ml. ไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง น้ำคาวปลาออกปกติ	1. คลึงมดลูกตรวจสอบแผลฝีเย็บและซ่อมแซมให้ดีตรวจสอบรกรายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 2.สอนมารดาให้คลึงมดลูกตนเองบ่อยๆและให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดเพื่อให้แจ้งพยาบาลทันที 3.ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัยไว้เพื่อสังเกตปริมาตรเลือดที่ออก 4.บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4ครั้ง ,30 นาทีx 2ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ แล้ววัดทุก 4ชั่วโมง 5.ตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูกแผลฝีเย็บและกระเพาะปัสสาวะใน 2ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุกเวรรายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 6.ดูแลให้มารดาให้นมบุตรบ่อยๆเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
		7.ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่ สูญเสียไปในระหว่างการคลอด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังคลอด		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน** S : "ปวดแผลกับมดลูกความปวด = 8 " O :มารดา G1P0 GA 35^{+5}wk. คลอดปกติมีแผลตัดฝีเย็บ RML with suture all catgut 2/0 **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูก **การประเมินผลการพยาบาล** มารดาปวดบริเวณแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูกทุเลาลง pain score 3 แผลฝีเย็บไม่อักเสบ	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน** S : "ปวดแผลกับมดลูกความปวด = 7 " O : มารดา G1P0 GA 35^{+6}wk. คลอดปกติมีแผลตัดฝีเย็บ RML with suture all catgut 2/0 **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูก **การประเมินผลการพยาบาล** มารดาปวดบริเวณแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูกทุเลาลง pain score 3 แผลฝีเย็บไม่อักเสบ	1.วัดสัญญาณชีพทุก 4ชั่วโมง 2.แนะนำมารดารักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และฝีเย็บ ใส่ ผ้าอนามัยไว้และเปลี่ยนบ่อยๆ 3. แนะนำให้นอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ 4.สอนนวดคลึงมดลูกเพื่อลดอาการปวดมดลูก 5.พูดคุยปลอบโยนจิตใจ 6.สังเกตลักษณะของแผลฝีเย็บ ถ้ามีการอักเสบให้รายงานแพทย์ 7.ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากให้ยาแก้ปวด Paracetamol (500 mg)ตามแผนการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีปัญหาการให้นมบุตรเนื่องจากไม่มีน้ำนมและอุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง **ข้อมูลสนับสนุน** S : "น้ำนมบ่มีเลย...ลูกบ่ดูดนม " O : อุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง Latch Score = 7 **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและอุ้มให้นมบุตรถูกต้อง **การประเมินผลการพยาบาล** น้ำนมไหลดี ประเมิน Latch Score =10 อุ้มให้นมบุตรได้ถูกต้อง	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8** มีปัญหาการให้นมบุตรเนื่องจากไม่มีน้ำนมและอุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง **ข้อมูลสนับสนุน** S : "น้ำนมไม่ไหลลูกดูดไม่เก่ง " O : ทารกงอแง Latch Score = 7 **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและอุ้มให้นมบุตรถูกต้อง **การประเมินผลการพยาบาล** น้ำนมไหลดี ประเมิน Latch Score =10 อุ้มให้นมบุตรได้ถูกต้อง	1. ช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตร 2. ให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องนมแม่และสอน/สาธิตการอุ้มให้นมบุตร 3. ดูแลให้มารดาได้รับอาหารครบ 5 หมู่ 4. นวดประคบเต้านมประเมิน Latch score ทุกเวร

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 รายโดยวิเคราะห์ข้อมูลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและกระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีความครอบคลุม มีความเหมาะสมตามที่กรมการแพทย์ได้เสนอและรับรองเพื่อให้มารดาได้รับการดูแลลดปัจจัยเสี่ยงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและการดูแลมารดาระยะคลอดจนถึงหลังคลอด กรณีศึกษารายที่ 1 มารดาไทยอายุ 20 ปีประวัติตั้งครรภ์ G1P0A0 อายุครรภ์ 35^{+5} สัปดาห์ประวัติใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 9.20 น.ด้วยอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมามีมูกเลือดทางช่องคลอดท้องปั้นแข็ง ปวดท้อง น้ำเดินเวลา 07.00 น.ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจำนวน 12 ครั้ง ผลเลือดปกติเด็กท่า LOA ย้ายเข้าห้องคลอด

เวลา 09.25 น.คลอดเวลา 09.36 น.เพศหญิง น้ำหนัก 2,190 กรัม AS= 9,10,10 รกคลอดเวลา 09.41 น TBL= 170 ml perineum RML ได้รับยา Oxytocin 10 Unit IM หลังทารกคลอดไหล่หน้า หลังคลอดมารดาและทารกปกติดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนน้ำนมแม่มาวันที่ 2 หลังคลอดพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วันแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ กรณีศึกษารายที่ 2 มารดาไทยอายุ 31 ปี ประวัติการตั้งครรภ์ G4P1A2 last child 15 ปี อายุครรภ์ 35^{+6} สัปดาห์รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 20 กันยายน 2566 เวลา 02.40 น.ด้วยอาการ 2 ชั่วโมงก่อนมามีน้ำเดินท้องแข็ง ปวดท้องไม่มีมูกเลือด น้ำเดินเวลา 01.00 น. ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจำนวน 13 ครั้ง เคยมีประวัติแท้งบุตร 2 ครั้งขูดมดลูก 1 ครั้งและท้องครั้งนี้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 5.3 กิโลกรัม ผลเลือดปกติเด็กท่า ROA ย้ายเข้าห้องคลอดเวลา 02.55 น.คลอดเวลา 03.03 น.เพศหญิง น้ำหนัก 2,410 กรัม AS=9,10,10 รกคลอดเวลา 03.10 น. TBL=100 ml perineum RML ได้รับยา Oxytocin 10 Unit IM หลังทารกคลอดไหล่หน้า หลังคลอดมารดาและทารกปกติดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนน้ำนมแม่มาวันที่ 3 หลังคลอดพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วันแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายไม่ได้ยายับยั้งการคลอดเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดปากมดลูกเปิดหมด อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลล่าช้าอาจมีโอกาสที่ทารกจะคลอดระหว่างนำส่งมารดามาโรงพยาบาลได้ เนื่องจากมีการคลอดเฉียบพลัน (Precipitate Labour) ทารกอาจติดเชื้อขาดออกซิเจนขณะคลอดจนเสียชีวิตได้เช่นเดียวกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ 1) มารดาได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการทันทีอย่างถูกต้องครบถ้วนตามแบบประเมินภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์และแนวทางการดูแลรักษางานห้องคลอดโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน สามารถรับมารดาเพื่อดูแลได้ทันทีที่ห้องคลอด 2) มารดาได้รับการจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจด้วยบริบทของงานห้องคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน คือ สามารถรับมารดาเข้ารับการดูแลได้ทันที หน่วยงานตั้งอยู่ด้านหน้าติดงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เข้าถึงง่ายมีเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลที่สามารถให้บริการได้ทันที 3) มารดาได้รับการดูแลความปลอดภัยโดยมีมาตรฐานการคลอดคุณภาพซึ่งกำหนดทั้งด้านบุคลากร อาคารสถานที่ และอุปกรณ์อย่างถูกต้องเหมาะสม 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีการใช้แนวทางการดูแลมารดา (CPG) จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งเป็นแม่ข่ายผ่านทางคณะกรรมการ MCH ระดับจังหวัดร้อยเอ็ดมีระบบการปรึกษา การส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ 5) มารดาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการประสานงานเพื่อติดตามมารดาตลอดการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด 6) มารดาได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการมีส่วนร่วมเนื่องจากห้องคลอดมีนโยบายให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาตลอดการรักษา 7) การสร้างความพึงพอใจแก่มารดาได้รับการดูแลอย่างเป็นมิตร อบอุ่น ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพมีความเหมาะสมมีความครอบคลุมในการดูแลมารดาและทารกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี ช่วยบำรุง[7] ลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อยืดอายุครรภ์จนครบกำหนดและสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสมะ จารูและคณะ[8] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่าการดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงการ

ติดตามดูแลมารดาตลอดการตั้งครรภ์และยังดูแลรวมถึงหลังคลอด จึงควรส่งเสริมทักษะต่างๆและการประสานความร่วมมือของเครือข่ายในการดูแลมารดา ดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอดควรมีความรู้ ความสามารถในการให้การพยาบาลทั้งแก่มารดาและทารกที่ครอบคลุม ทักษะการให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้มารดาได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานการคลอดคุณภาพและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรวมถึงการประสานงานในชุมชน

2. ผู้คลอดควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิโดยเน้นการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. หน่วยงานควรมีแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษามารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการประชุมทบทวนความรู้ทางวิชาการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงฝึกปฏิบัติหรือการซ้อมแผนรองรับในการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆอย่างสม่ำเสมอ

4. เพื่อพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลผู้คลอด และควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลที่แตกต่างกันมาใช้ในการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. HDC. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564-2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/
2. บุศรินทร์ เขียนแม้น, เยาวเรศ ก้านมะลิ, วรรณวิมล ทุมมี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):286-300.
3. ศิริวรรณ แสงอินทร์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557;22(1):27-38.
4. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. เวชสถิติ. สถิติห้องคลอด ปี 2564-2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2566.
5. Gordon M. Functional Health Patterns [Internet]. Nursing Theory open access articles onarticles on nursing treories and models; 2020 [cited 2024 Mar 31]. Available from: https://www.kknursingcollege.com/post_rn/notes/semester
6. เพลินพร กาญจนะ. การพยาบาลมารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://srth.go.th/research/file/20240430155503-60_2567
7. มยุรี ช่วยบำรุง. การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย.[อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://skho.moph.go.th.
8. อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(1):79-92.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา

Nursing Care of Traumatic brain Injury Patients Post-Craniectomy: case study.

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

รุ่งตะวัน แสนยะบุตร[1]
Rongtawan Saenyabut[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง แผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ กรณีศึกษา 2 ราย และเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่ามีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่ากรณีรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 15 ปี มีอาการสำคัญ มาด้วยขณะขับมอเตอร์ไซค์ถูกรถกระบะเชี่ยวชน สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Acute Subdural hemorrhage and Epidural hemorrhage at Left Fronto-Parietal-temporal Lobe with Acute Respiratory failure เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด Left Craniectomy with Remove Clot หลังการรักษาผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการดูแลเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายโดยส่งต่อกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน รวมระยะเวลาในการรักษาทั้งหมด 12 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 62 ปี มีประวัติโรคประจำตัวคือ เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง อาการสำคัญ มาด้วยขับมอเตอร์ไซค์ชนเสา หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Acute Subdural hemorrhage at Right Fronto-Parietal-temporal Lobe เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด Craniectomy with Remove Clot หลังการรักษาผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการดูแลเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต มีอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์ได้จำหน่าย กลับบ้านและนัดมาตรวจตามนัดอีก 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการรักษาทั้งหมด 7 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ABSTRACT

This study was case study aimed at comparing the history of illness, symptoms and clinical signs, treatment plans, complications, and nursing care of patients with traumatic brain injuries underwent craniectomy. The study includes two cases and proposes nursing guidelines for patients with traumatic brain injuries underwent craniectomy at Kalasin Hospital. The sample was selected specifically from patients diagnosed with traumatic brain injuries by doctors and treated in the surgical intensive care unit at Kalasin Hospital.

The results showed that in Case 1, a 15-year-old Thai female presented with a significant condition after being struck by a pickup truck while riding a motorcycle. She was unconscious and could not recall the incident. She was diagnosed with acute subdural hemorrhage and epidural hemorrhage at the left fronto-parietal-temporal lobe with acute respiratory failure. She underwent left craniectomy with with clot removal. After the critical phase was managed, she received close monitoring for complications in the intensive care unit. Her condition gradually improved, and she was discharged to continue treatment at a nearby community hospital, with a total treatment duration of 12 days. In Case 2, a 62-year-old female with a history of type 2 diabetes and hypertension presented after a motorcycle accident where she hit a pole and lost consciousness. She was diagnosed with acute subdural hemorrhage at the right fronto-parietal-temporal lobe. She underwent craniectomy with clot removal. After managing the critical phase, she received close monitoring for complications in the intensive care unit. Her condition

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

gradually improved, and she was discharged to return home with a follow-up appointment scheduled in one week, with a total treatment duration of 7 days.

Keywords: Nursing care, traumatic brain injury, craniectomy

บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ทำให้เสียชีวิตและทุพลภาพอย่างถาวร โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากอุบัติเหตุทางจราจร จากการรายงานความปลอดภัยทางทองถนนขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 2018 พบประชากรโลกเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรถึง 1.35 ล้านคน และในทุก ๆ 1 ชั่วโมง มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรถึง 155 คน ซึ่งอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บมากที่สุดคือ ศีรษะคิดเป็นร้อยละ 30 และเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 29[1] จากข้อมูลผู้บาดเจ็บสะสมและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบผู้บาดเจ็บสะสมจำนวน 914,879, 883,475, 924,799 และ 1,002,193 รายตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตจำนวน 17,831, 13,485, 14,737 และ 14,050 รายตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC, 2566) รวมทั้งข้อมูลการเข้ารับบริการการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2563 - 2566 มีจำนวน 1,722, 2,009, 2,134 และ 2,851 รายตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีจำนวน 90, 113, 119 และ 149 รายตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำนวน มีจำนวนผู้ป่วย 84, 102, 108 และ 138 รายตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดสมอง จำนวน 5, 6, 5 และ 9 รายตามลำดับ[2] จากข้อมูลที่ผ่านมาพบจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมองจากการมีแรงหรือวัตถุมากระทำต่อศีรษะทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมอง เซลล์ประสาทและหลอดเลือดฝอยภายในสมองฉีกขาดหรือหดตัว ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดภายในสมอง (cerebral blood flow) ลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกตัวหรือสับสนในทันที มีความผิดปกติของการรับรู้และหมดสติ[3] การบาดเจ็บของสมองในระยะปฐมภูมิอาจส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บสมองในระยะทุตติยภูมิตามมาได้ ซึ่งมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะเซลล์เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ภาวะความดัน โลหิตต่ำ ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะชัก การเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ และภาวะไข้จากการบาดเจ็บ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำภายใน 48 ชั่วโมงแรกในหอผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็นปัจจัยทำนายการเสียชีวิตที่สำคัญที่ทำให้โอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการดังกล่าวประมาณ 8 เท่า พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง[4]

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในสมองในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การให้ยาลดสมองบวมและการผ่าตัดสมองตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อจัดการภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง (intracranial pressure; ICP) ถือเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากหลังการบาดเจ็บปริมาณของเนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะมักจะเพิ่มขึ้นจากเลือดออกสมอง, สมองบวมน้ำ และมีน้ำในโพรงสมอง (hydrocephalus) ทำให้เกิดการเคลื่อนที่ของสมองอย่างรุนแรง (herniation) ทำให้ค่า ICP สูงไปกดเบียดสมอง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ (ischemia) มีความพิการหรือเสียชีวิตในที่สุด[5] ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดสมองหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และเกิดขึ้นได้สูงสุดภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ถ้าค่า ICP สูงมากกว่า 20 mmHg. จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 17 - 47[6] หากได้รับการรักษาล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและมีความพิการ

หลงเหลือมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาระดับความพิการหลงเหลือ (Disability Rating Scale; DRS) ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงหลังการรักษา 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นร้อยละ 41 และมีความพิการหลงเหลือระดับปานกลางหรือรุนแรงขึ้น (DRS ≥ 4 คะแนน) มากกว่าร้อยละ 78.6[7] ซึ่งความพิการดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย[8]

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองในระยะทุติยภูมิที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาหลังการผ่าตัด การวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ จากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การระบุปัญหาที่ชัดเจน นำปัญหามาวางแผนการพยาบาลที่เร่งด่วนและสำคัญ พร้อมทั้งให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และมีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติ อาการเจ็บป่วย แผนการรักษา การเกิด ภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ กรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทและสมองว่ามีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 2 ราย และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ศึกษาในระหว่างเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม 2567 ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษากรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ผู้ทำการศึกษาได้ทำการขออนุญาตทำการศึกษาประวัติและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ โดยขอความยินยอมด้วยวาจา และลงลายมือชื่อยินยอมเพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้ พร้อมทั้งได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ ไม่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและญาติ และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาแล้วข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกทำลาย ไม่เปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย และการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ระยะแรกรับ	1. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง	1. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง	1.1 ประเมินสัญญาณชีพ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วให้อยู่ในระดับ ≥ 95% ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ 1.2 สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก และฟังเสียงลมเข้าปอด ทั้งสองข้าง ถ้าหายใจเร็วมากกว่า 24 ครั้งต่อนาทีกระสับกระส่าย เหงื่อออกริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำรายงานแพทย์ 1.3 จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายได้อย่างเต็มที่

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			1.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ 1.5 ถ้าผู้ป่วยมีไข้ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาและเช็ดตัวลดไข้เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจน 1.6 ติดตามผล ABG และรายงานแพทย์ **<u>การวิเคราะห์</u>** ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีลักษณะการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีลักษณะเหมือนกันคือ Acute Subdural Hemorrhage at Frontotemporal Lobe แตกต่างกันที่รายที่ 1 การเจ็บพบที่ด้านซ้าย GCS GCS E1VTM1 pupil ด้านขวา 3 mm Normal React to light และด้านซ้าย 5 mm Fixed dilatation Motor Power grade 1 และรายที่ 2 การบาดเจ็บพบที่ด้านขวา GCS E1VTM5 pupil ด้านขวาและซ้าย ขนาด 3 mm Normal React to light Motor Power grade 5 ซึ่งทั้งสองรายมีโอกาสเกิดภาวะสมองบวมจากการบาดเจ็บส่งผลให้การกำซาบของเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงได้ **<u>การประเมินผล</u>** กรณีศึกษารายที่ 1 พบมีอาการหอบเหนื่อยหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง no cyanosis O2 sat=95-100% ตรวจ ABG พบมีปัญหา Respiratory Alkalosis สัญญาณชีพปกติและไม่มีชักเกร็ง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีอาการหอบเหนื่อย no cyanosis O2 sat 100% สัญญาณชีพปกติและไม่มีชักเกร็ง
	2. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	2. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตนเองอธิบายเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด สภาพหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายระบายของเหลวจากกระเพาะอาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ 2.3 เตรียมด้านร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย งดน้ำงดอาหารทุกชนิด โกนศีรษะ และใส่สายสวนปัสสาวะ 2.4 เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การจองเลือดและส่วนประกอบของเลือด 2.5 เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ได้แก่ ใบยินยอมการผ่าตัด ฟิล์มเอกซเรย์ ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา เช็คป้ายข้อมือ การบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท และประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี 2.6 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย **<u>การวิเคราะห์</u>** กรณีศึกษาทั้งสองรายญาติผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลค่อนข้างสูง สอบถามอาการและแผนการรักษาบ่อยครั้ง เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างสูง **<u>การประเมินผล</u>** ญาติมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการเซ็นต์ยินยอมทำการผ่าตัด ญาติบอกว่าคลายความกลัวและวิตกกังวลลดลงเข้าใจแนวทางการรักษาและยอมรับสภาพอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัด	3. เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด	3. มีภาวะชีดเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง	3.1 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา On PAC mode RR=20, PIP=16, FiO2=0.8, PEEP=5, TI 1.0 3.2 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วยจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ (ความถี่ต่างกัน)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			3.3 ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้าออกมากกว่า 100 ml/hr. ให้เจาะ Hct พร้อมรายงานแพทย์ 3.4 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ BP < 90/60 mmHg., MAP < 65 mmHg., HR > 100 ครั้ง/นาที, Hct <30% หรือลดลงจากเดิม 3%, ผู้ป่วยเหงื่อออกตัวเย็น, ปัสสาวะออก < 0.5 ml/kg/hr. และ CVP < 8 CmH_2O 3.5 ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษา 3.6 บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง 3.7 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาTransamine 500 mg iv ทุก 6hr. 3.8 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา และ Hct ทุก 6 hr. Keep 30 vol% **<u>การวิเคราะห์</u>** ผู้ป่วยกรณีที่ 1 เสียเลือดระหว่างผ่าตัดสมอง 800 ml. มีอาการหัวใจเต้นเร็ว 130-140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 108/62 mmHg. และ Hct= 25.5 vol% ซึ่งมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด Class II จึงเสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีไปเลี้ยงส่วนต่างๆในร่างกายลดลง ส่วนรายที่ 2 มีภาวะซีดจากโลหิตจาง Hct 27.1 vol% Hb=8.8 สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 100 ml **<u>การประเมินผล</u>** กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับเลือด PRC 2 unit unit Hct หลังให้เลือด=30 vol% และรายที่ 2 ได้รับเลือด 1 unit Hct หลังให้เลือด=32 vol%
	4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	4.1 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที4 ครั้ง ทุก 30 นาที2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ (ความถี่ต่างกัน) และประเมินระดับความรู้สึกตัวโดย GCS พร้อมประเมินลักษณะของม่านตาปฏิกิริยายาต่อแสง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที 4.2 ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้าออก ≥ 200 ml/hr. ติดตาม Hct และ CBC พร้อมรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ 4.3 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ MAP < 65, mmHg SBP < 140 mmHg. หรือ > 200 mmHg., HR > 100 ครั้ง/นาที, Hct <30% หรือลดลงจากเดิม 3% 4.4 สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Early warning sigs) และรายงานแพทย์เมื่อพบ อาการดังต่อไปนี้ 1)ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่งโดยไม่มีอาการคลื่นไส้นำ 2)systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressureจะต่ำลงเล็กน้อยไม่ได้สัดส่วนกับ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้น 3)อัตราการหายใจเริ่มเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ และ 4)ระดับความรู้สึกตัวลดลง ≥ 2 คะแนน 4.5 จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลำคอตรง สะโพกไม่งอมากกว่า 90 องศา 4.6 ประเมินความปวด พร้อมบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสุขสบาย และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Mo 3 mg iv prn ทุก 8 hr. หรือ fentanyl 50 mcg iv prn ทุก 4 hr. 4.7 ดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบายให้ไหลสะดวกไม่ดึงรั้ง พร้อมทั้งลงบันทึกลักษณะสีและจำนวน กรณีขวดรองรับไม่เป็นสุญญากาศ ให้รายงานแพทย์ 4.8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาชักแผนการรักษา ได้แก่ Dilantin 100 mg iv ทุก 8 hr. หรือ Keppra 500 mg. IV ทุก 12 hr. 4.9 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ก่อนและหลังดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ รวมทั้งสังเกตและบันทึกค่า O2 sat ให้ ≥ 95 %

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			4.10 ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส โดยการประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม. เมื่อมีไข้เช็ดตัวลดไข้และให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษา 4.11 ดูแลให้ได้รับยาลดสมองบวมตามแผนการรักษา เช่น Dexamethasone 4 mg IV ทุก 6 hr. และยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา เช่น Nicardipine 20 mg + NSS 80 ml iv drip 5-60 ml/hr. Keep SBP 110 - ≤ 210 mmHg.พร้อมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 4.12 ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้นได้แก่ การออกแรงลุกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรงๆ การพลิกตะแคงตัว รวมทั้งการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจ (PEEP) ไม่ควรมากกว่า 5-10 cmH2O **<u>การวิเคราะห์</u>** กรณีศึกษาทั้งสองรายหลังผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดสมองหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมาก ในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีโอกาสเกิดได้สูงสุดภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หากมีค่าความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงมากกว่า 20 mmHg จะพบอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 17-47 (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) **<u>การประเมินผล</u>** - กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสมองผู้ป่วย GCS E1VTM5 pupil Rt. 3 mm RTL, Lt. 4 mm. Slowly Motor Power ซ้าย grade 5 และขวา grade 3 มีไข้อยู่ในช่วง 38-38.5 องศา- เซลเซียส ชีพจร 138 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/63 มิลลิเมตรปรอท -กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสมองผู้ป่วย GCS E1VTM5 pupil 3 mm RTL BE Motor Power ด้านซ้าย grade 4 และด้านขวา grade 5 ไม่มีไข้อยู่ในช่วง 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 161/92 มิลลิเมตรปรอท
	5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งออกจากสมอง	5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งออกจากสมอง	5.1 ติดตามสัญญาณชีพ Monitor EKG และ O2 sat ทุก 1 ชั่วโมง 5.2 ประเมินเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อโดยประเมิน (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) ถ้าผู้ป่วยจะต้องมีอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ให้รายงานแพทย์ทันที ได้แก่ 1) อุณหภูมิกายมากกว่า 38° C หรือน้อยกว่า 36° C 2) อัตราเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO2 น้อยกว่า 32 mmHg 4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 cell/mm^3 หรือน้อยกว่า 4,000 cell/mm^3 หรือมีเม็ดเลือดขาวชนิด Band form มากกว่าร้อยละ 10 5.3 ประเมินอาการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ได้แก่ สภาพแผล ปวด บวม แดง ร้อน แผลมี discharge ซึมมากขึ้นหรือมีกลิ่นเหม็นมากขึ้น และดูแล Jackson drain ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ระวังไม่ให้สายหักพับงอ หรือรั่วซึม 5.4 ติดตามผล CBC ตามแผนการรักษา 5.5 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) อย่างเคร่งครัด 5.6 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังการแพ้ยา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			<u>การวิเคราะห์</u> ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ซึ่งเป็นทางเปิดของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากการผ่าตัดใส่สายระบายที่ศีรษะ จึงทำให้เชื้อโรคมีช่องทางแทรกซึมเข้าไปสู่ร่างกายได้ง่ายก่อให้เกิดการติดเชื้อต่าง ๆตามมา **<u>การประเมินผล</u>** ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 หลังผ่าตัดสมองใส่สายระบาย Jackson drain ขวด ไว้ที่ศีรษะ content ออกสีแดงจาง ๆ ประมาณ 50-100 ml. แผลไม่มี discharge ซึม และไม่มีบวม แดง ร้อน สัญญาชีพปกติมีไข้สูง = 37.5-38 องศาเซลเซียส Pulse= 108 ครั้ง/นาที RR= V22 ครั้ง/นาที BP= 110/62 mmHg. MAP= 67 mmHg. ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 หลังผ่าตัดสมองใส่สายระบาย Jackson drain 1 ขวด ไว้ที่ศีรษะ content ออกสีแดงจาง ๆ ประมาณ 50-80 ml. แผลไม่มี discharge ซึม และไม่มีบวม แดง ร้อน สัญญาชีพปกติไม่มีไข้ = 36-37.5 องศาเซลเซียส Pulse= 98 ครั้ง/นาที RR= V20 ครั้ง/นาที BP= 161/89 mmHg. MAP= 110 mmHg.
ระยะฟื้นฟู วางแผน จำหน่าย	6. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง	6. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง	6.1 ประเมิน Activities of Daily Living (ADL) เพื่อนำมาวางแผนการช่วยเหลือและฟื้นฟูการทำกิจกรรมของผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล 6.2 ดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากขึ้นในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เช่น การนั่งพลิกตะแคงตัว หรือขยับแขนขาบนเตียง 6.3 ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 6.4 สอนและช่วยญาติผู้ดูแลทำกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและข้อให้ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้บ้าง เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติด 6.5 ใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ควรพยายามพูดช้า ๆ ชัดๆ มีน้ำเสียงที่ปกติ 6.6 ในรายที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงส่งปรึกษากายภาพบำบัดทำ Active exercise และ Passive exercise **<u>การวิเคราะห์</u>** หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดผู้ป่วยยังมีความพิการหลงเหลือที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูต่อที่บ้านหลังการจำหน่าย กรณีศึกษารายที่ 1 หลังการรักษา GCS E4V2M5 มีแขนขาอ่อนแรงซีกขวา และกรณีศึกษารายที่ 2 หลังการรักษา GCS E4V3M5 มีแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย **<u>การประเมิน</u>** กรณีศึกษารายที่ 1 ประเมิน ADL= 8 คะแนน ต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมบางส่วน แขนขาอ่อนแรงด้านขวา กรณีศึกษารายที่ 2 ประเมิน ADL= 10 คะแนน ยังแขนขาอ่อนแรงด้านซ้ายต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมบางส่วน ทั้งสองรายได้รับการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนผู้ป่วยและญาติทำ Active Exercise และ Passive Exercise เมื่อกลับบ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นการสื่อสาร
ระยะฟื้นฟู วางแผน จำหน่าย (ต่อ)	7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	7.1 ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลเมื่อกลับบ้าน 7.2 ให้คำแนะนำในการเตรียมสถานที่อุปกรณ์ให้เหมาะสม ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน เช่น ห้องน้ำมีราวจับ เตียงนอนสามารถปรับหัวเตียงและมีราวจับยึด พื้นทางเดินไม่ลื่น ไม่มีของวางเกะกะ ห้องนอนควรอยู่ชั้นล่าง มีอุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น 7.3 การเตรียมหาผู้ดูแล อาจเป็นญาติหรือเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ 7.4 สอนการทำกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและข้อให้ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้บ้าง เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติด 7.5 แนะนำการดูแลในเรื่องอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ควรจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ งดอาหารไขมันสูง อาหารเค็มจัด หวานจัด ให้เหมาะกับโรคประจำตัวของ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			ผู้ป่วย หากมีปัญหากลืนลำบากควรเตรียมอาหารชิ้นเล็ก ๆ อาหารนิ่มๆ อาหารเหลว เช่น โจ๊ก ผลไม้สุก นม เป็นต้น 7.6 แนะนำการดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7.7 แนะนำและสอนวิธีการทำความสะอาดร่างกาย การดูแลความสะอาดเมื่อขับถ่าย และการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน 7.8 แนะนำใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ควรพยายามพูดช้า ๆ ชัดๆ หรือหาวิธีสื่อสารอื่นๆ เช่น ชี้รูปภาพ ให้เขียนหากเขียนได้ 7.9 แนะนำการดูแลการรับประทานยา ด้วยการเตรียมยาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง 7.10 แจ้งการมาพบแพทย์ตามนัด หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ปัสสาวะขุ่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น หรือซึมลง ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
ระยะฟื้นฟู วางแผน จำหน่าย (ต่อ)	7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	7.11 พูดคุยให้ทราบถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ครอบครัวจะต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ไม่แสดงความรู้สึกโกรธ เคร่งเครียดต่อหน้าผู้ป่วย พยายามปรับอารมณ์ของตนเอง ยอมรับสภาพที่ผู้ป่วยเป็น ให้กำลังใจผู้ป่วย จะช่วยให้การฟื้นฟูมีประสิทธิภาพ **<u>การวิเคราะห์</u>** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลได้อย่างถูกต้อง **<u>การประเมินผล</u>** กรณีศึกษาทั้งสองรายยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และมีแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและบอกความต้องการของตนเองได้ จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือดจากญาติผู้ดูแลในการกระตุ้นการสื่อสารและทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่บ้าน และโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

สรุปการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับ	1. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่อง จากระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	1. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่อง จากระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
ระยะหลังการผ่าตัด	3. เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด 4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งออกจากสมอง	3. มีภาวะชีดเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง 4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งออกจากสมอง
ระยะฟื้นฟู วางแผน จำหน่าย	6. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง 7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	6. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง 7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุจราจรเหมือนกัน รักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดที่กดเบียดสมองออกเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันด้านพยาธิกำเนิดตำแหน่งของเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับบาดเจ็บและมีเลือดออก และการดำเนินโรคที่แตกต่างกันจากปัจจัยด้าน อายุ โรคประจำตัว ขนาดและความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะทำการรักษา และการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายพบว่าการให้การพยาบาลในผู้ป่วยการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะการบาดเจ็บปฐมภูมิ และทุติยภูมิมีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บในระยะปฐมภูมิ ซึ่งจะมุ่งเน้นให้การดูแลในการป้องกันและลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บที่จะทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองบกพร่องจากความดันเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง และสมองขาดเลือดที่จะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บในระยะทุตติยภูมิในระยะต่อไปได้ และการพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บในระยะทุตติยภูมิ การดูแลรักษามุ่งเน้นไปที่การดูแลระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด การป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ การจัดการการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยให้ยาลดสมองบวมและการผ่าตัด รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การมีเลือดออกซ้ำ สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง และการติดเชื้อ ซึ่งมีเป้าหมายไม่ให้สมองได้รับความเสียหายเพิ่มขึ้น มีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุด และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[6]

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในทุกระยะ มีการวางแผนการพยาบาลได้ตรงกับอาการเจ็บป่วยในแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล และให้การพยาบาลครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ จากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การระบุปัญหาที่ชัดเจนสามารถนำปัญหามาวางแผนการพยาบาลที่เร่งด่วนและสำคัญได้ พร้อมทั้งให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และมีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป[3,4]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้เป็นมาตรฐานการดูแลรักษาโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบ

2. ควรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยและผนวกเข้าโปรแกรมการ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

3. ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาในหน่วยงานเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพให้มีความตระหนักในการเฝ้าระวังในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

4. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล แนวทางการพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพปราศจากความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือ ชี้แนะ สอนสาธิตและให้คำปรึกษา สามารถแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Global status report on road safety 2018. ค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2567, จาก https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf?ua=1
2. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC. (2566). สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิตสะสมประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563-2566. https://www.thairsc.com/
3. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทยแหงประเทศไทย. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. บริษัทพรอสเพอรัสพลัส จำกัด.
4. รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ และชดช้อย วัฒนะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(1), 129-139
5. Hawryluk, G. W. J., Rubiano, A. M., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Bratton, S. L., Chesnut, R. M., Kissoon, N., Shutter, L., Tasker, R. C., Vavilala, M. S., Wilberger, J., Wright, D. W., Lumba-Brown, A., & Ghajar, J. (2020). Guidelines for the management of severe traumatic brain injury: 2020 update of the decompressive craniectomy recommendations. Neurosurgery, 87(3), 427-434.
6. ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล, 33(2),15-28
7. McCrea, M. A., Giacino, J. T., & Barber, J. (2021). Functional outcomes over the first year after moderate to severe traumatic brain injury in the prospective, longitudinal TRACK-TBI study. JAMA Neurology, 78(8), 982-992.
8. ปราณี นิพัทธกุศลกิจ, ภินวนันทน์ นิมิตรพันธ์ และประณีต ส่งวัฒนา. (2559). ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(1), 135-152.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน แผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a surveillance model for warning signs of a crisis in patients with community-acquired pneumonia. Female inpatient department, Khao Wong Hospital, Kalasin Province.

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

นิ่มนวล หาญสิทธิ์[1] กนกวรรณ พลหงษ์[1]
Nimnuan Hansit[1] Kanokwan Polhong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มิถุนายน พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนการศึกษา 3 กระบวนการ ดังนี้ (1) กระบวนการพัฒนา (2) กระบวนการนำรูปแบบไปใช้ และ (3) กระบวนการการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน จำนวน 30 ราย และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 13 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน แบบบันทึกสัญญาณเตือน (MEWS Scores) แบบรายงานแพทย์ SBAR แบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนหลังจากใช้รูปแบบฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต มีภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลง และไม่พบการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ (M= 3.79, SD= .33) และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ (M= 3.73, SD= .38) อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแล โรคปอดอักเสบชุมชน โรงพยาบาลชุมชน สัญญาณเตือน (MEWS Scores)

ABSTRACT

Action research to develop and evaluate the development of a critical warning signal monitoring model for community-acquired pneumonia patients in the female inpatient department of Khao Wong Hospital, Kalasin Province, was conducted between October 2023 and March 2024. The study involved 3 processes: (1) development process, (2) model implementation process, and (3) model evaluation process. The sample group consisted of 30 community-acquired pneumonia patients and 13 nurses working in the female inpatient department of Khao Wong Hospital. The samples were purposively selected. The instruments used were a critical warning signal monitoring model for community-acquired pneumonia patients, a warning signal recording form (MEWS Scores), a SBAR physician report form, and a questionnaire on the feasibility and satisfaction of professional nurses with the model. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including means, percentages, and standard deviations. The t-test was used, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that community-acquired pneumonia patients after using the model had a reduced incidence of bloodstream infections, organ failure, and no deaths. which was significantly different from the control group before using the model at a statistical level of .05. Professional nurses had opinions on the feasibility (M = 3.79, SD = .33) and satisfaction with using the guidelines (M = 3.73, SD = .38) at a high level.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Keywords: Development of a care model, community-acquired pneumonia, community hospital, warning signs (MEWS Scores)

บทนำ

ปอดอักเสบชุมชน (Community-Acquired Pneumonia; CAP) คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อนอกโรงพยาบาล เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกติด 1 ใน 5 อันดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังเนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อทั้งหมด รวมทั้งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรัง แม้ในปัจจุบันจะมีการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น และมียาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพสำคัญที่ดูแลประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกรับไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยใน การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตั้งแต่แรก (early detection) อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งพัฒนาแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจ ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การป้องกันการเกิด sepsis และระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนั้นจะนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงอย่างรวดเร็ว ได้แก่การไหลเวียนเลือดล้มเหลวระบบหายใจล้มเหลว นำไปสู่ภาวะช็อคภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตในสุด การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด นำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์[14]

กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพประกอบด้วยการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลังรวมถึงการดูแลต่อเนื่อง[6] เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก สอดคล้องในการนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย (Assessment) ที่เป็นขั้นตอนแรกมาใช้พบว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 70[14] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Van Galen และคณะ. (2016) ที่พบว่าการใช้ MEWS ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในอาการของผู้ป่วยและสามารถให้การดูแล จัดการช่วยเหลือพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังเป็นช่องทางในการสื่อสารกับแพทย์ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจหยุดเต้นเกิดขึ้น

แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤ (Modified Early Warning Scores System (MEWS)[7] เป็นเครื่องมือในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วย นำไปสู่การการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด[9] ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Modified Early Warning Sign)[8] เป็นเครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) ความดันโลหิต 4) อุณหภูมิกาย 5) จำนวนปัสสาวะ(มล./กก/ชม.) 6) ระดับความรู้สึกตัวเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ปิ่นน้อย, พรนภา บุญชูเชิด, นภารัตน์ บัวลาด และจินตนา ทองเพชร (2564) ที่ศึกษาการประเมินผลลัพธ์หลังการใช้ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน พระจอมเกล้ามิวสกอร์ (Phachomklao Modified Early Warning Sign Scores (PCK MEWS Scores) ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ร้อยละของการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนลดลงจากร้อยละ 27.28 ในกลุ่มควบคุมเป็นร้อยละ 9.09 ในกลุ่มทดลองและจากการศึกษาการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS)

ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 2,000 คน พบว่า แบบประเมิน MEWS มีประสิทธิภาพในการทำนายอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมขณะเข้ารับการรักษา ที่หน่วยงานฉุกเฉิน โดยค่าเฉลี่ยคะแนน MEWS มีความสัมพันธ์ในระดับสูงเป็นไปในทางเดียวกัน[10] ดังนั้น ในการนำแนวทางการประเมินผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตมาใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยทีมการพยาบาล ในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้เหมาะสมทันท่วงที

โรงพยาบาลเขาวงมีขนาด 60 เตียง จากข้อมูลของแผนกผู้ป่วยในหญิงระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า โรคปอดอักเสบเป็น 1 ใน 10 โรคที่มักจะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยปี พ.ศ. 2565แผนกผู้ป่วยในหญิง มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนเข้านอนรักษาตัว จำนวน 725 ราย เกิดภาวะวิกฤตจำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.10 ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (PCT)และตึกผู้ป่วยในหญิง มีการทบทวนระบบคุณภาพบริการ พบว่า เกิดจากการประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยเน้นการประเมินสัญญาณชีพ ไม่มีการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตและพยาบาลระดับปฏิบัติการ ส่วนใหญ่มีสมรรถนะจำกัดในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องพัฒนาการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วนประกอบกับมีข้อเสนอแนะจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่โรงพยาบาลต้องพัฒนา คือ การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และการปรับระบบประเมินสมรรถนะบุคลากร ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด หากสามารถประเมินความเสี่ยงหรือตรวจจับสัญญาณก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้

ผู้วิจัยในฐานะบริหารพยาบาลเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้สนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยหวังว่าจะสามารถตรวจพบความผิดปกติเพื่อนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลระดับปฏิบัติให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์ทรุดลงและเสียชีวิตที่ไม่คาดคิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ขั้นตอนการดำเนินกานวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมวิจัยดำเนินงาน ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเตรียมการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) ผู้วิจัยทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การดำเนินงาน และประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 10 คน รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิงที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 20 ตุลาคม –31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 30 คน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ได้แก่ การประเมินสภาพ

การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ตามรูปแบบ C3THER ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำนวน 28 ราย

2) วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root cause analysis) โดยร่วมประชุมกับทีมดูแลรักษาในประเด็นการประเมินปัญหาผลกระทบการจัดการการดูแล การประเมินสภาพ การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนร่วมกับสังเกตการณ์ปฏิบัติการพยาบาล และทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่ใช้ในโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ จากนั้นสรุปข้อมูลทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และสรุปปัญหาทางคลินิกอื่นๆ รวมทั้งความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน แผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

3) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน แผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดย

3.1) ตั้งทีมพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

4) ทดสอบการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน รอบที่ 1 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน
จำนวน 30 คน

3.3) วิเคราะห์ผลนำมาปรับปรุงรูปแบบแล้วนำไปทดลองรอบที่ 2 จากนั้นปรับรูปแบบฯ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง

4) การประชุมทีมการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์และทีมนำเพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่พัฒนาขึ้นมา รวมทั้งประชุมชี้แจงเรื่องการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ตั้งแต่ผู้ป่วยรับไว้ในแผนกผู้ป่วยในหญิง มีการปฏิบัติตามรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนในแผนกผู้ป่วยในหญิง โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดการดูแลและประสานงานกับทีมนำนิเทศน์ทางการพยาบาล เพื่อสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การประยุกต์ใช้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1) การบริหารจัดการแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง สู่การปฏิบัติ ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมภายในทีมพยาบาล โดยจัดให้มีพยาบาลผู้นิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลง สื่อสารนโยบายและเป้าหมาย การส่งเสริมให้ทีมมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นในการสร้างเครื่องมือต่าง ๆ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน และเรื่องแบบบันทึกสัญญาณเตือน (MEWS Scores) แบบรายงานแพทย์ SBAR ให้มีความเข้าใจเพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน

2) การติดตามสะท้อนกลับ ระหว่างดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง ร่วมกับทีมการพยาบาล โดยการสังเกตและให้ข้อมูลย้อนกลับการปฏิบัติตามรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิงอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทาง การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลติดตามผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและรวบรวม จัดส่งผู้วิจัยภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป หลังจากนั้นนำข้อมูลมาประชุมปรึกษากับทีมพยาบาลวิชาชีพทุกวันพุธสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน เพื่อทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแผนกผู้ป่วยในหญิง และวิเคราะห์สาเหตุที่ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ร่วมกับการสนทนากลุ่มและระดมสมองหาแนวทางแก้ไขขณะดำเนินการ

ระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปผลการวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน พ.ศ. 2567 กลุ่มผู้ร่วมการศึกษาในระยะนี้ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคปอดอักเสบจากชุมชนจำนวน 30 คน

2) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน แผนกผู้ป่วยในหญิง โดยใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ จำนวน 19 คน

3) ทีมผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน แบบมีส่วนร่วมในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. และรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้อง

4) สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่พัฒนาขึ้นใหม่และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฯ และประเมินผลในภาพรวม

5) จัดประชุมพยาบาลจากแผนกผู้ป่วยในหญิง เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ระบบการดูแลรักษา ทบทวนตรวจสอบระบบการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตามรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนแล้วสะท้อนผลการปฏิบัติงาน สาเหตุ ปัญหาอุปสรรค เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะโรคปอดอักเสบจากชุมชน

2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ เป็นต้น 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายโรงพยาบาลหรือได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบฯ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้รับการดูแลก่อนมีการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม –30 กันยายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่างหลังใช้รูปแบบฯ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่

ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยการจับคู่(Matched pairs) เพื่อให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

2. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ แผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกคนจำนวนทั้งสิ้น 13 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน อย่างน้อย 1ครั้ง 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างย้ายหน่วยงานหรือลาออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ซึ่งดัดแปลงมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ[3] และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ เมื่อรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนเข้าสู่หอผู้ป่วยในแล้ว พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน (MEWS Scores) โดยการให้คะแนนบันทึก และปฏิบัติการพยาบาลตามระดับคะแนนที่กำหนดไว้ใน คือ รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนร่วมกับติดตามประเมินผลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นแบบเติมคำและตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และแบบบันทึกค่าทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือน ได้แก่ ความดันโลหิตอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิกาย ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือดวัดจากปลายนิ้ว ระดับความรู้สึกตัว

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 6 ข้อ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบฯ น้อยที่สุด จนถึงคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบฯ มากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 12 ข้อ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ระดับต่ำมาก ถึงคะแนนมากที่สุดคือ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ระดับสูงมาก

2.4 แบบสอบถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนจากปฏิบัติการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์อายุรกรรม อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .60 -1.00 จากนั้นเมื่อนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

(Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน และพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะช็อก อวัยวะล้มเหลวหลายระบบและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขจริยธรรม KLS.REC 91/2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.66 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.20

สำหรับกลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ที่มีการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ร้อยละ 60.00 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.50 ร้อยละ 88.66 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 33.30 ปี วุฒิการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยในมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 84.61 และร้อยละ 41.70 เคยได้รับการอบรม/ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

2. ผลการเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน มีอัตราการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลง และไม่พบอัตราการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้รูปแบบฯ

รายการ	กลุ่มควบคุม =30		กลุ่มทดลอง=30		χ^2	p
	กลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ		กลุ่มทดลองหลังใช้แนวปฏิบัติ			
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
การเกิดภาวะช็อกฯ	12	40.00	5	16.77	8.756*	.001
การเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว	14	46.77	6	20.00	9.136*	.015
การเสียชีวิต	3	10.00	0	0.00	0.044*	.043

* $p < .05$

3. ความเป็นไปได้และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัย พบว่า โดยรวมมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบฯ ในระดับมาก (M= 3.79, SD= .33) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามี

ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน (M= 3.88; SD= .34) และมีประโยชน์ต่อหน่วยงานและองค์กร (M= 3.88; SD= .34) รองลงมา คือ เนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความชัดเจนเข้าใจง่าย (M=3.83, SD= .56) สามารถนำไปใช้ได้ง่าย (M= 3.83, SD= .56) และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์ (M= 3.67, SD= .65) รายละเอียด

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก(M= 3.73, SD = .38) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (M= 3.92, SD= .50) รองลงมา คือ การนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติจริง (M= 3.88, SD= .45) และข้อต่ำสุด คือ ความยาก-ง่ายในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ (M= 3.50, SD = .51)

สรุปและอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในกลุ่มควบคุม จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนก่อนการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน และหลังจากการทดลองใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้รูปแบบฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 86.70 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 36.77 แสดงว่ารูปแบบฯ ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง โดยภาวะช็อกลดลงจากร้อยละ 40.00 เป็นร้อยละ 16.77 และภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลงจากร้อยละ 46.77 เหลือเพียงร้อยละ 20.00 อีกทั้งก่อนใช้รูปแบบฯ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.00 แต่ไม่พบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบแล้วพบว่าทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น เช่น งานวิจัย พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนลดลง ไม่พบการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว หรือกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน[13] และงานวิจัยการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงในผู้ใหญ่ พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังพัฒนาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผู้ใหญ่ปอดอักเสบรุนแรงลดลง[12] แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลสามารถทำให้มีการปฏิบัติได้ตามมาตรฐานส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เท่าที่ค้นคว้ายังไม่มีงานวิจัยที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดใกล้เคียงกัน

2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบฯ ตามความความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (M= 3.79, SD= .33) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรดา ทวีวัน[5] ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมากแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพเห็นประโยชน์ในการใช้รูปแบบฯ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ตอเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็น เกิดการปรับปรุงคุณภาพการบริการ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น เช่น ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อีกทั้งในการใช้รูปแบบฯ

ผู้วิจัยได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ อธิบายทำความเข้าใจขั้นตอนการใช้รูปแบบฯ เปิดโอกาสให้

สอบถามประเด็นสงสัยหรือไม่แน่ใจ และเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ นิเทศการใช้รูปแบบฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อพบข้อสงสัย ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบฯ มีการรับรู้ มั่นใจและมีทัศนคติเชิงบวกกอปรกับรูปแบบฯ มีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลรับรู้ถึงความเป็นไปได้เกี่ยวกับรูปแบบฯ ว่าทำให้เกิดผลดีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M= 3.73, SD= .38) อภิปรายได้ว่า เป็นผลมาจากรูปแบบฯ สร้างขึ้นจากทีมปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทีมผู้พัฒนาได้เห็นจุดเด่น/จุดด้อย ได้รับการประเมินและปรับปรุงให้สอดคล้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถใช้ปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามขั้นตอนของสภาการวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย[11] ที่กล่าวว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีกระบวนการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ ส่งผลให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ นี้ มีความน่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับ รวมทั้งนำขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการใช้ผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญของหน่วยงาน บุคลากรจึงมีส่วนร่วมในการแก้ไขเพื่อป้องกันปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ความสำคัญของปัญหา ความจำเป็นที่ต้องนำมาใช้ในหน่วยงาน ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนัก นอกจากนี้การทดลองใช้เพื่อสร้างความคุ้นเคยเป็นการเสริมสร้างทักษะส่งผลให้ผู้ใช้มีทัศนคติที่ดี เกิดความร่วมมือในการพัฒนา ผู้วิจัยมีการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีกระบวนการติดตาม แก้ปัญหาได้ทันต่อเหตุการณ์ ช่วยให้ได้ผลงานตามความมุ่งหวัง ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้พยาบาลพึงพอใจและภาคภูมิใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของมัณฑนา จิระกังวาน และคณะ (2558)[2] กล่าวว่าแนวปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานตนเอง รวมทั้งการฝึกทักษะจนบุคลากรทุกคนสามารถใช้เครื่องมือประเมินต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องจะทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำใช้รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนไปใช้ในหน่วยการพยาบาลอื่นๆ เช่น แผนกอื่น ๆ

2. ควรจนจัดอบรมให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้เข้าใจรายละเอียดรูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน รวมทั้งมีการปรับปรุงพัฒนาจัดทำคู่มือให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์

3. ควรทำการวิจัยและพัฒนาการใช้ระบบสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยจำแนกโรคหรืออาการทางคลินิกอื่น ๆ ตลอดจนศึกษาผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายและระยะเวลานอนโรงพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ดาวเรือง บุญจันทร์. (2556). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

2. มัณฑนา จิระกังวาล,ชลิดา จันเทพา, และเพ็ญนภา บุปผา.(2558).การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง(Severe sepsis)ในโรงพยาบาลศีรษะเกษ. วารสารกองการพยาบาล, 42(3), 9-33

3. รัฐภูมิ ชามพูนท, สมบูรณ์ ตันสุภสวัสดิกุล, นาตยา คำสว่าง, ปัญญา เถื่อนด้วง, ดวงรัตน์ ทิมศรี. การประยุกต์แบบวินิจฉัย Search Out Severity (SOS) Score ในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงในตึกผู้ป่วยสามัญ. พุทธชินราชเวชสาร 2559; 33(3): 313-25.
4. รุจา ปิ่นน้อย, พรนภา บุญชูเชิด, นภารัตน์ บัวลาดและจินตนา ทองเพชร. (2564).การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน พระจอมเกล้ามิวสกอร์ ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง.วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 1(3), 72-88.
5. ศิรดา ทวีวัน. (2561). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 26(3), 153 -163.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 Hospital and healthcare standards5thedition. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์เทียนกวง จำกัด
7. Baines, E.& Kanagasundaram, N.S. (2008). Early Warning Scores. British Medical Journal,16(7), 294-336.
8. Chuaychang, S. (2018). Effects of using the assessment of the modified early warning signs (SEARCH OUT SEVERITY SCORE (SOS SCORE)) in the assessment and monitoring change symptom of patients in cardiac catheterization lab, Trang hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursin,29(1), 72-83.
9. Gardner- Thorpe, J., etal. (2006). The Value of Modified Early Warning score (SEARCH OUT SEVERITY SCORE (SOS SCORE)) in surgical In-patients: A prospective observational study. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 88, 571-575.
10. Mehtap B, etal. (2013). The comparison of modified early warning score with rapidEmergency medicine score: a prospective multicenter observational cohort studyon medical and surgical patients presenting to emergency department. Emergency Medicine Journal, 31(6), 476-481.
11. National Health and Medical Research Council. A guideline to the developmental, implementation and evaluation f clinical practice guidelines [Internet]. 1999 [Cited 2023 Aug 9. Available from: http:// www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf.
12. Putsa, B., Prommasaka Na Sakonnakhon, N., & Kaewkerd, O. (2022). Development of a Care Model for Severe Pneumonia in Adults by the FASTHUG and SAR Assessment in the Respiratory Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital. Journal of Sakon Nakhon Hospital, 25(3), 85-98. (in Thai)
13. Seanpook, W., Srisong, S., & Sansuriwong, P. (2020). The Development of the care model for children with pneumonia. Journal of Nursing Division, 47(1), 153-172. (in Thai)
14. World Health Organization. (2020). Cardiovascular Diseases. Retrieved January 19, 2023 fromhttp://www.who.int/topics/ cardiovascular diseases/en/.

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

DEVELOPMENT OF A SELF-CARE MODEL FOR UNCONTROLLED HYPERTENSIVE PATIENTS IN BUNG MALANG SUBDISTRICT, SAWANG WIRAWONG DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE.

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

ชลธาร ทองแสง[1] อารี บุตรสอน[2] อนันต์ ไชยกุลวัฒนา[3]
Chonlathar Thongsaeng[1] Aree Butsorn[2] Anun Chaikoolvatana[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 201 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ KPSCC Model ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ (Knowledge Enhancement) 2) ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Promotion of Healthy Behaviors) 3) สร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการสุขภาพ (Strengthening Healthcare Services) 4) สร้างความร่วมมือ (Collaboration) 5) ตรวจสอบและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Monitoring and Improvement) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : รูปแบบ การดูแลระยะยาว ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to develop a self-care model for uncontrolled hypertensive patients in Bung Malang Subdistrict, Sawang Wirawong District, Ubon Ratchathani Province. Data was collected from 201 uncontrolled hypertensive patients in Bung Malang Subdistrict over a period of 20 weeks, from December 2023 to May 2024. The researcher-developed questionnaire facilitated comprehensive data collection, allowing for a detailed analysis. The analysis involved compiling the data, categorizing it, performing content analysis, and comparing the mean scores before and after implementing the developed model. Paired t-tests were used to assess the significance of the differences, with a significance level set at 0.05.

The results of the study revealed that the developed self-care model, referred to as the KPSCC Model, was effective. This model comprises five key components: Knowledge Enhancement, Promotion of Healthy Behaviors, Strengthening Healthcare Services, Collaboration, and Continuous Monitoring and Improvement. After the implementation of this model, there were significant improvements in participants' knowledge about hypertension,

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[3] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
*Corresponding author: E-mail: phanunch@gmail.com

perceived risk and severity of hypertension, perceived benefits and barriers to hypertension prevention, social support, and self-care behaviors. In conclusion, the KPSCC Model successfully enhanced self-care behaviors among uncontrolled hypertensive patients in Bung Malang Subdistrict. The statistically significant improvements in various aspects of hypertension management demonstrate that this model is effective and can be applied to achieve the desired health outcomes in similar populations.

Keyword : Development of a model, Self-care, Uncontrolled hypertension

บทนำ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เผยสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโลก ปี 2565 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยองค์การอนามัยโลก พบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1,300 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 14 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ จากรายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ปี 2562-2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 คิดเป็นประมาณ 13.8 ล้านคน และผลการรายงานข้อมูล Health Data Center; HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2564 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนจำนวน 6,629,285 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ได้รับการรักษา จำนวน 3,314,302 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียน สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี จำนวน 3,109,350 คน หรือประมาณร้อยละ 46.9[1] โดยร้อยละ 45 ไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ทราบว่า ตนเองป่วย มีเพียงร้อยละ 30 ที่มีอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ปัจจุบันการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และป้องกันการเกิดโรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในอัตราที่สูง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ปกติได้[2]

แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หากได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พร้อมติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และจะลดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี ประชาชนสามารถปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยใช้หลัก 3อ. 2ส. คือ อ.1 อาหาร ควรเลือกกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ ไม่หวานจัด อ.2 ออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30 นาที อ.3 ทำจิตใจให้สงบเพื่อจัดการความเครียด ส.1 คือไม่สูบบุหรี่ ส.2 คือไม่ดื่มสุรา และจากการศึกษาของ เพ็ญศิริ สิริกุล ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม และเสริม ทัศศรี[3] พบว่า รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา 2 วิธี คือ การชักจูงด้วยคำพูด และประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วย ผลของรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองจาก

การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการรับรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ[4] พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี คือ 1) กิจกรรมป้องกัน ประกอบด้วย การหยุดสูบบุรี่ การหยุดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น 2) กิจกรรมบรรเทา ประกอบด้วย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รับรู้วิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี และ 3) กิจกรรมการสร้างภูมิคุ้มกัน ประกอบด้วย การเตรียมการ สร้างแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์แนวทางและวิธีการเพื่อนำเข้าสู่การพัฒนารูปแบบในการวิจัยครั้งนี้

จาการสำรวจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตสุขภาพที่ 10 ตั้งแต่ปี 2560-2564 พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในปี 2560 พบร้อยละ 25.47 ในปี 2561 พบร้อยละ 22.54 ในปี 2562 พบร้อยละ 20.45 ในปี 2563 พบร้อยละ 21.88 และในปี 2564 พบร้อยละ 26.87 ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2565) จากสถิติที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 186,456 คน ในพื้นที่ตำบลบุ่งมะแลง มีประชากรทั้งหมด 4,998 คน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่อยู่ในระบบการรักษาปัจจุบัน จำนวน 626 คน คิดเป็นร้อยละ 12.53 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในตำบลบุ่งมะแลง จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 32.10 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิตคือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติสุข ผลที่เกิดกับร่างกาย พบผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ และพบผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 24.92[5,6] จากปัญหาการเพิ่มของโรคความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว ผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ความยากลำบากในการดูแลของญาติ และการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่อย่างรวดเร็วพร้อม ๆ กับผลกระทบที่ตามมา ประกอบกับการขาดแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิดประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1เพื่อศึกษาบริบทของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2.2เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยการวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงาน

2.3เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 20 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้จนถึงขั้นประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบในเขตตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1. ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยนำข้อมูลบริบท แนวทาง และนโยบายการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกระทรวงสาธารณสุขมาออกแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ ดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2.1.2 ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาคืนสู่ชุมชนผ่านการประชาคม

2.2 การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี แนวทาง ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรเอกชน นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 วงรอบ (ครั้งที่ 1 วันที่ 9 มกราคม 2567 ครั้งที่ 2 วันที่ 14 มีนาคม 2567)

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ทุกคน จำนวน 201 คน ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ทำการศึกษา ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวนมาก

2. กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ 1) ตัวแทนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 13 คน 2) ตัวแทนญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 13 คน 3) ผู้นำชุมชน 6 คน 4) ตัวแทนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน 5) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน (ที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้) 6) ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน รวม 41 คน

2.2 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด จำนวน 201 คน

2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.2 แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีการสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

1.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ผู้ดูแลหลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นลักษณะคำถามแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และบริบททั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การบันทึกเสียง และเก็บข้อมูลผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการแบบสอบถามการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ประกอบด้วย เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-117/2566 ลงวันที่ 26 กันยายน 2566

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. บริบทและสถานการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตำบลบุ่งมะแลง มี

ประชากรทั้งหมด 4,998 คน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่อยู่ในระบบการรักษาปัจจุบัน จำนวน 626 คน คิดเป็นร้อยละ 12.53 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในตำบลบุ่งมะแลง จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 32.10 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิตคือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติสุข ผลที่เกิดกับร่างกาย พบผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ และพบผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 24.92

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการ์ดร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

2.1การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ (Knowledge Enhancement) หมายถึง การอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีการสื่อสารผ่านช่องทางหลากหลาย ที่ใช้สื่อที่เข้าถึงง่ายและหลากหลาย เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ สื่อโซเชียลมีเดีย คลิปวิดีโอ หรือละคร/ภาพยนตร์สั้น เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น รวมถึงการจัดทำสื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และจัดตั้งชมรม/กลุ่มสนับสนุน สร้างพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ และเรียนรู้จากกันและกัน เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การจัดกิจกรรมพบปะพูดคุย หรือการจัดตั้งกลุ่มออนไลน์

2.2 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Promotion of Healthy Behaviors) หมายถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกายกลุ่ม การทำอาหารเพื่อสุขภาพ การฝึกสมาธิ/ผ่อนคลาย โยคะ หรือการทำกิจกรรมสันทนาการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่สนุกและเข้าถึงได้ง่าย มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น จัดหาอาหารสุขภาพในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน สร้างพื้นที่ออกกำลังกายสาธารณะ จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย และให้คำปรึกษาส่วนบุคคล โดยมีการจัดให้มีนักโภชนาการหรือนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น รวมถึงการให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อความดันโลหิต

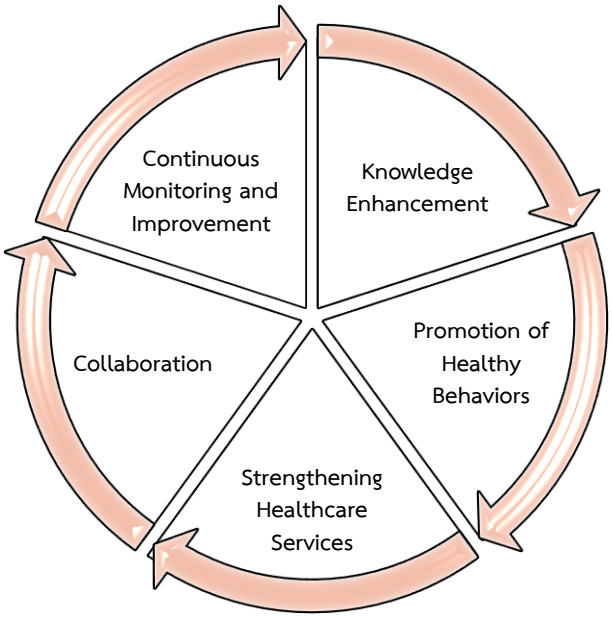
2.3 สร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการสุขภาพ (Strengthening Healthcare Services) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และแกนนำสุขภาพในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การอบรมการใช้เครื่องมือวัดความดัน การให้คำปรึกษา การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วย มีการปรับปรุงระบบส่งต่อ สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที โดยอาจมีการจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ และใช้เทคโนโลยี นำเทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามและดูแลผู้ป่วย เช่น

แอปพลิเคชันสุขภาพ หรือระบบ Telemedicine เพื่ออำนวยความสะดวกในการติดตามอาการและการรักษา

2.4 สร้างความร่วมมือ (Collaboration) หมายถึง การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน สร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การจัดกิจกรรมร่วมกัน บวกกับการสนับสนุนงบประมาณ หรือการแบ่งปันทรัพยากร มีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เชื่อมโยงผู้ป่วย ญาติ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล ร้านขายยา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2.5 การตรวจสอบและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Monitoring and Improvement) หมายถึง การติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย ติดตามและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น แบบบันทึกความดันโลหิต การตรวจสุขภาพ หรือการสัมภาษณ์ มีการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมให้ดียิ่งขึ้น โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ หรือ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาปรับใช้ นำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและประเมินผลมาใช้ในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในตำบลบุ่งมะแลง

จากการการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 วงรอบ ได้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 7.08 คะแนน (95%CI=6.69-7.46) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 7.46 คะแนน (95%CI= 7.23-7.67) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 11.07 คะแนน (95%CI=10.75-11.38) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 10.18 คะแนน (95%CI=9.96-10.39) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 6.07 คะแนน (95%CI=5.99-6.13) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 15.00 คะแนน (95%CI=14.10-15.89) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพิ่มขึ้น 23.42 คะแนน (95%CI=22.71-24.12) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด[7] ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คุณค่าออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบที่ประกอบด้วย 1) เสริมสร้างความรู้ อบรมเชิงปฏิบัติการ, สื่อสารผ่านช่องทางหลากหลาย, จัดตั้งกลุ่มสนับสนุน 2) ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, ให้คำปรึกษาส่วนบุคคล 3) สร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากร, ปรับปรุงระบบส่งต่อ, ใช้เทคโนโลยี 4) สร้างความร่วมมือ ประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน, สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย, สร้างเครือข่ายความร่วมมือ 5) ตรวจสอบและปรับปรุง ติดตามความก้าวหน้าผู้ป่วย, ประเมินประสิทธิภาพโครงการ, นำข้อมูลมาปรับใช้ จากการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การรักษาพยาบาล การให้ความรู้ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ล้วนส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวม ช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรี พันธ์เถร และคณะ[8] ศึกษาการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย การจัดระบบการให้บริการโดยวิเคราะห์การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ที่มีระบบบริการที่พัฒนาขึ้นให้เกิดความสมบูรณ์และพัฒนาต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาจัดระบบบริการแบบวิถีใหม่ โดยการมีส่วนร่วมจากทีมบริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท มีประสิทธิภาพมากขึ้นกระบวนการพัฒนาระบบบริการครั้งนี้ เป็นผลสำเร็จจากการปรับพัฒนาระบบบริการแบบวิถีใหม่ที่เน้นกระบวนการกิจกรรมที่ครบวงจรทั้งระบบ เน้นการทำงานแบบเชื่อมโยงมีส่วนร่วมกับชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนที่ดีของหน่วยบริการและทีมผู้ดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ สมจิตต์ สินธุชัย และคณะ[9] ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความ

ดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า 1. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง 2) เข้าถึงและเข้าใจโรคของเรา 3) สื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ 4) กำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเอง และ 5) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี มัณฑริกา แพงบุดดี และคณะ[10] ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชนตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยระยะศึกษาสถานการณ์ พบว่า ได้แนวทางการให้บริการในคลินิกและการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงชุมชน ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยจัดการคูแลตนเองดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ ทำให้ค่าการทำงานของไตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 และลดลงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 นิตยา เพ็ญศิรินภา และคณะ[11] ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยระยะแรกได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ที่ใช้การอบรม 2 วัน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมพลัง และติดตามอีก 2 ครั้ง การประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในระยะที่สอง พบว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และน้ำตาลในเลือดดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ส่วนดัชนีมวลกายและความดันโลหิตไม่แตกต่างกันทางสถิติ การถอดบทเรียนพบว่าชุมชนได้เรียนรู้การบูรณาการในการทำงานกระบวนการดึงศักยภาพบุคคลจากกิจกรรมหรือเกมการเรียนรู้ที่น่าสนใจและสนุกสนาน รวมถึงการนำรูปแบบไปต่อยอด

รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งพบว่ามีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ มุงวงษา และคณะ[12] ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพันสาม จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้และความคาดหวังความสามารถตนเองในการควบคุมการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<0.00 1) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.00 1 และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05) ภูรดา ยังวิลัย[13] ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับแผนการชี้แนะเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการชี้แนะของแฮส (HASS) มาประยุกต์ใช้ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง และ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม โดยได้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) พิกุลทิพย์ ขุนศรษฐ, กีร

ถา ไกรนุวัตร และปียะธิถา นาคะเกษียน[14] ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 9.980, และ F = 5.448 df = 1, P < 0.05) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่าความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) ในส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 13.044, f = 1.695, P < 0.05) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ และก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกิจกรรมชุมชน การเสริมสร้างกำลังใจและการเยี่ยมเยียน การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ การสนับสนุน อสม. การดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงสุขภาวะของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการสร้างเครือข่ายที่หลากหลายและครอบคลุมเพื่อให้การดูแลตนเองมีความยั่งยืน

1.2การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองควรเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของความร่วมมือและการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1รูปแบบการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นนี้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การสนับสนุนจากชุมชน และความร่วมมือของทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการศึกษาในบริบทของตำบลบุ่งมะแลง จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อยืนยันผลลัพธ์และความเป็นไปได้ในการนำไปปรับใช้

2.2ควรมีการขยายผลรูปแบบการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นนี้ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในวงกว้างได้รับประโยชน์

2.3ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลนี้ในระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข,กรมควบคุมโรค,สำนักระบาดวิทยา.(2565). การควบคุมโรคไม่ติดต่อ. ค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2566, เข้าถึงได้จาก http://203.157.15.4/Annual/ANNUAL2550/ Part1/6650_Chronic.doc

2.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562.

3.เพ็ญศิริ สิริกุล;ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม ;เสริม ทัศศรี (2553)., การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, Volume 2, Issue 3, pp. 34-49.

4.ประทิน นาคชื่น ประจญ กิ่งมิ่งแฮ กฤตติกา แสนโภชน์ และธนกฤต ทุริสุทธิ์. (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. วารสารมหาจุฬามาครพรรศน์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม 2562).

5.สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2565). “การควบคุมความดันโลหิตได้ดี”, สถิติสุขภาพระดับพื้นที่. https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php? ma=1&pf=01818101&tm=2&tp=4408&type=1

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2565). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2565.

7.Kemmis, & McTaggart, R. (1988).The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia.

8.วัชรี พันธ์เถร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และจตุพร เหลืองอุบล. (2566). การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบวิถีใหม่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2566.

9.สมจิตต์ สินธุชัย และคณะ. (2565). รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2565.

10.มัณฑริกา แพงบุดดี และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2564). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชนตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564.

11.นิตยา เพ็ญศิรินภา, ธีระวุธ ธรรมกุล และขวัญทิพย์ เฮงไป. (2563). การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563.

12.อรวรรณ มุงวงษา และคณะ. (2564). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดี ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพันสาม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2564.

13.ภูรดา ยังวิลัย. (2563). การเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2563.

14.พิกุลทิพย์ ขุนศรษฐ, กีรถา ไกรนุวัตร และปียะธิถา นาคะเกษีย. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์ ปีที่ 34 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2559.

ผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Effects of a program that provides value and social support on changing the behavior of using emergency contraceptive pills among teenage girls in Khao Noi Subdistrict, Pranburi District, Prachuap Khiri Khan Province.

(Received: August 9,2024 ; Revised: August 19,2024 ; Accepted: August 20,2024)

วันวิสา บุญยืนมั่น[1]
Wanvisa Boonyuenman[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 24คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมปกติ จำนวน 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลองในช่วงเวลาเดียวกันระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม และพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การให้คุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน วัยรุ่นหญิง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a value and social support program on the behavior of emergency contraceptive pill (ECP) usage among female adolescents in Khao Noi Subdistrict, Pranburi District, Prachuap Khiri Khan Province. The participants were divided into an experimental group, which received the value and social support program (n=24), and a comparison group, which received the standard program (n=24). Data were collected from both groups before and after the intervention during the same period, from March 15, 2024, to June 30, 2024. The data were analyzed using paired t-tests to compare mean values within groups and independent t-tests to compare mean values between groups, with a significance level set at 0.05.

The findings revealed that, post-intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores than pre-intervention and higher than the comparison group in the following areas: knowledge about ECP usage, attitudes towards ECP usage, perceived risks of ECP usage, perceived severity of ECP usage, perceived benefits of not using ECP, perceived barriers to not using ECP, social support for appropriate ECP usage, and ECP usage behavior ($p < 0.05$).

Keywords: Value Giving, Social Support, Emergency Contraceptive Pill Usage, Female Adolescents

[1] โรงพยาบาลปราณบุรี อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

บทนำ

วัยรุ่นสมัยใหม่มีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับวัยรุ่นสมัยก่อน โดยเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนชั้นมัธยมศึกษา และมีแนวโน้มของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุที่น้อยลง การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมักจะส่งผลในทางลบ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ/ หรือการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์[1] ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อวัยรุ่น ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะวัยรุ่นจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ และสิ่งที่ตามมาคือการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งผิดกฎหมาย การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ เสียอนาคต ขาดความภูมิใจในตนเองเป็นต้น จากรายงานขององค์กรอนามัยโลก[1] พบว่า ในแต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 14 ล้านคน โดยประมาณ 12.8 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสังคมและสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก นอกจากนี้ ยังพบสถิติการทำแท้งเถื่อนหรือการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอีกด้วย พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในที่สุด โดยที่ผ่านมามีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องใน 3 ลักษณะ คือ ให้วัยรุ่นสามารถจัดการอารมณ์ทางเพศอย่างเหมาะสม สร้างปฏิสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามอย่างเหมาะสมและจัดการสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ การแต่งกายล่อแหลม การเปิดรับสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติด[2] และยังมีข้อค้นพบอีกว่าวัยรุ่นตอนต้นยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปัจจัยป้องกันเพศสัมพันธ์ประกอบด้วยปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยปัจจัยภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การควบคุมของผู้ปกครอง การรับรู้บรรทัดฐานเรื่องเพศของกลุ่มเพื่อน วัฒนธรรม ค่านิยมและขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม สภาพแวดล้อมที่เอื้ออานวย สื่อกระตุ้นทางเพศ ส่วนปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การมีคู่รัก ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ปัจจัยด้านความรู้เรื่องเพศ ด้านเจตคติ ความเชื่อ การตระหนักรู้ ความมีคุณค่าในตัวเอง ค่านิยมทางเพศ การรับรู้ภาวะเสี่ยง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และทักษะชีวิตด้านการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม[3]

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์เป็นจังหวัดที่มีอัตราหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด 10 ปีที่ผ่านมา โดยปี 2563 - 2565 อัตราหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงเป็นอันดับ 5, 14 และ 6 ของประเทศ (ข้อมูลจากกรมอนามัย ในการจัดอันดับข้อมูลจะตามหลังจากปีงบประมาณ 1ปี) สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และมีความเกี่ยวข้องรวมทั้งมีผลกระทบกับหลายฝ่าย ในการติดตามสถานการณ์การดำเนินงานของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ในระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่าสถิติจำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ 10-14 ปี มีอัตราคลอดตั้งแต่ปี 2564–2566 คิดเป็น 1.8, 1.2, 1.3 ต่อประชากรพันคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (อัตราอ้างอิงระดับประเทศปี 2566 เป็น 0.8 ต่อปชก. 1,000 คน) จำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ 15-19 ปี อัตราคลอดตั้งแต่ปี 2564–2566 คิดเป็น 33.7, 31.9, 22.3 ต่อพันประชากร ซึ่งมีแนวโน้มลดลงในบางปี แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (อัตราอ้างอิงระดับประเทศปี 2566 เป็น 23 ต่อปชก. 1,000 คน) ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (ไม่เกินร้อยละ 13.5) 11.8, 11.9, 11.5 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง[4]

อำเภอปราณบุรีในปี 2566 มีเด็กหญิงอายุ 10-19 ปี จำนวน 3,001 คน มีปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่นที่สำคัญสะสมหลายปัญหา เช่น ปัญหาติดเกม ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่าสถิติจำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ 10-14 ปี มีอัตราคลอดตั้งแต่ปี 2564-2566

คิดเป็น 1.9, 0, 2.1 ตามลำดับ (อัตราอ้างอิงระดับประเทศปี 2566 เป็น 0.8 ต่อปชก. 1,000 คน) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ 15-19 ปี อัตราคลอดตั้งแต่ปี 2564–2566 คิดเป็น 20.6, 20.0, 21.8 (อัตราอ้างอิงระดับประเทศปี 2566 เป็น 23 ต่อปชก. 1,000 คน) ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (ไม่เกินร้อยละ 13.5) ย้อนหลังปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 3.0, 8.3, 8.1 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง โดยสาเหตุของการตั้งครรภ์ปี 2564-2566 พบว่า ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์มีการคุมกำเนิดแต่การคุมกำเนิดผิดพลาดร้อยละ 45.5, 49.1 และ 58.0 ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดร้อยละ 33.3, 36.8 และ 29 และแม่วัยรุ่นมีสถานะก่อนการตั้งครรภ์เป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 45.5, 29.8 และ 30.4[5]

ตำบลเขาน้อย มีจำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ 10-19 ปี ตั้งแต่ปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 29.6, 36.84, 39.29 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยสาเหตุของการตั้งครรภ์ตำบลเขาน้อย ปี 2564-2566 พบว่าเกิดจากความไม่ตั้งใจตั้งครรภ์มีการคุมกำเนิดแต่การคุมกำเนิดผิดพลาดร้อยละ 16.7, 50.0, 91.7 ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดร้อยละ 66.7, 41.7, 8.3 และแม่วัยรุ่นมีสถานะก่อนการตั้งครรภ์เป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 33.3, 50.0, 33.3 โดยสาเหตุการไม่ตั้งใจตั้งครรภ์มีการคุมกำเนิดแต่การคุมกำเนิดผิดพลาด ช่วงปี2564–2566 พบว่าเกิดจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงสุด ร้อยละ 50, 26.67, 46.36 รองลงมาคือยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 50, 50, 27.27 และคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยร้อยละ 0, 16.67, 26.37 ตำบลปากน้ำปราณ มีจำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ 10-19 ปี ตั้งแต่ปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 21.43, 15, 30.77 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยสาเหตุของการตั้งครรภ์ตำบลปากน้ำปราณ ปี 2564-2566 พบว่าเกิดจากความไม่ตั้งใจตั้งครรภ์มีการคุมกำเนิดแต่การคุมกำเนิดผิดพลาดร้อยละ 46.2, 75.0, 72.2 ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดร้อยละ 38.46, 25.0, 16.7 และแม่วัยรุ่นมีสถานะก่อนการตั้งครรภ์เป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 7.7, 0 และ 27.8 โดยสาเหตุการไม่ตั้งใจตั้งครรภ์มีการคุมกำเนิดแต่การคุมกำเนิดผิดพลาดช่วงปี2564 – 2566 พบว่าเกิดจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสูงสุดร้อยละ 16.67, 100, 46.15 รองลงมาคือยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 50, 0, 38.46 และคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยร้อยละ 33.33, 0, 15.38 จากข้อมูลข้างต้นพบว่าตำบลเขาน้อยและตำบลปากน้ำปราณ มีสภาพปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการคุมกำเนิดผิดพลาดที่คล้ายคลึงกัน จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นหญิงในตำบลเขาน้อย ยังมีการตั้งครรภ์สูงต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้การคุมกำเนิดที่เหมาะสม การคุมกำเนิดไม่ถูกวิธี มีการคุมกำเนิดผิดพลาดจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่าการคุมกำเนิดผิดพลาดด้วยวิธีอื่น ขาดความยับยั้งชั่งใจและการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ไม่พร้อมและไม่ได้ป้องกัน ขาดความตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ขาดทักษะในการดำเนินชีวิต รวมถึงปัญหาด้านครอบครัวไม่ได้เตรียมบุตรหลานเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยรุ่น ไม่คุยเรื่องเพศกันในครอบครัว วัยรุ่นไม่กล้าปรึกษาเรื่องเพศกับครอบครัว สถานศึกษายังสอนเพศวิถีศึกษาไม่ครอบคลุมตามหลักสูตร นักเรียนไม่เข้าใจถึงการเลือกใช้การคุมกำเนิดที่เหมาะสมตามวัยได้อย่างแท้จริง และขาดการขอคำปรึกษาจากผู้ที่ชำนาญในสถานบริการสาธารณสุข ก่อให้เกิดปัญหาตามมาทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต อีกทั้งการมีทัศนคติและการยอมรับพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป รวมถึงสื่อต่างๆเข้ามาเป็นปัจจัยเสริมทำให้ปัญหาต่าง ๆ ยังคงอยู่ จากปัญหาผลกระทบและการไม่มีนวัตกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่เหมาะสม[5] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ

ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่มีประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม และพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม และพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ วัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow[6] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ วัยรุ่นหญิงที่มีประสบการณ์การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 24 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ วัยรุ่นหญิงที่มีประสบการณ์การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินตำบลปากน้ำปราณ อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประกอบด้วยกิจกรรมการเล่าประสบการณ์การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การสร้างคุณค่าโดยการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ การเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยา

เม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม และพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ คือแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพการมีแฟน รายได้ ครอบครัว การอยู่อาศัย ประวัติการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เป็นลักษณะคำถามแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เท่ากับ 0.802 ทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เท่ากับ 0.832 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เท่ากับ 0.847 การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เท่ากับ 0.786 การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เท่ากับ 0.787 การรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เท่ากับ 0.887 และ แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม เท่ากับ 0.864 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ COE NO 008-2567 ลงวันที่ 7 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 17.04 ปี (S.D. = 1.12 ปี) มีแฟนร้อยละ 91.7 มีมัธยฐานของรายได้ 10,000 บาท (P_{25} = 9,000 บาท : P_{75} = 15,000 บาท) พักอาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 79.2 เคยใช้ยาเม็ด

คุมกำเนิดฉุกเฉินทุกคน และมีจำนวนครั้งการใช้เฉลี่ย 2.2 ครั้ง (S.D. = 1.36 ครั้ง) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 15.75 ปี (S.D. = 1.35 ปี) มีแฟนร้อยละ 74.7 มีมัธยฐานของรายได้ 12,000 บาท (P_{25} = 9,000 บาท : P_{75} = 14,750 บาท) พักอาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 70.8 เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินทุกคน และมีจำนวนครั้งการใช้เฉลี่ย 1.2 ครั้ง (S.D. = 0.53 ครั้ง) ตามลำดับ

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.92 คะแนน (95% CI = 11.65-12.68)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0004) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.12 คะแนน (95% CI = 1.47-4.77)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.75 คะแนน (95% CI=1.55-3.94)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.25 คะแนน (95% CI=2.20-4.29)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value= 0.0009) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.87 คะแนน (95% CI=1.24-4.50)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.54 คะแนน (95% CI=1.41-3.67)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.70 คะแนน (95% CI=2.44-6.97)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.047) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.75 คะแนน (95% CI = 0.02-3.47)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทัศนคติต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การรับรู้อุปสรรคในการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม และพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยเริ่มต้นในการพัฒนาโปรแกรมจากการศึกษานโยบาย แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการศึกษาบริบทของข้อมูลพื้นที่และพัฒนาโปรแกรมโดยการเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาให้ข้อคิดข้อเสนอแนะในการออกแบบ ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทฤษฎีการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคม ออกแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ผ่านกิจกรรมการเล่าประสบการณ์ การเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน การสร้างคุณค่าโดยการไม่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ การเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เหมาะสม และการเยี่ยมเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ส่งผลให้

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ศรไชย และคณะ[7] ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในโรงเรียนชีทวนวิทยาสามัคคี ตำบลชีทวน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ด้านทักษะชีวิตและด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปิยะมาพร เลาหตีรานนท์ และคณะ[8] ศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคาสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นทั้งรายด้านและภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานได้แก่ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และสามี จากการประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองที่ส่งผลให้เกิดทักษะการเรียนรู้ และประสบการณ์ที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามได้ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เหมาะสม โสภิดา ต่อติด[9] ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบเพื่อเพิ่มการรับรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) บุษกร กนแกม[10] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิต และ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นตอนต้น ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และภาสิต ศิริเทศ และคณะ[11] ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ และความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีผลในการเพิ่มความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญ ควรมีการส่งเสริมและขยายผลโปรแกรมนี้ไปยังชุมชนอื่น ๆ เพื่อเพิ่มการรับรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสมในวัยรุ่นหญิงทั่วประเทศ

1.2 ควรมีการจัดอบรมหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมถึงการเน้นย้ำถึงความเสี่ยงและผลกระทบของการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของวัยรุ่นหญิงในการใช้ยา

1.3 แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ควรมีการเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อวัยรุ่นหญิง เพื่อให้การเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินเป็นไปอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงตำบลเขาน้อย อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์กับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุม มีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงแบบผสมผสาน และ และขยายพื้นที่ในการศึกษา

2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงเพิ่มเติมเพื่อนำปัจจัยดังกล่าวไปวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นหญิงให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพย์สุดา พุฒจร และคณะ. (2556), การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดการท่องเที่ยวโดยชุมชนเพื่อการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนกรณีศึกษาชุมชนสลักคอก จังหวัดตราด. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 5(2), 102-117.
2. ณฐาภพ ระวะใจ, 2554. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. นิพนธ์ปริญญาวท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
3. วารุณี สอนอินทร์, 2558. “พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นหญิงตอนต้น การตระหนักรู้ คุณค่าในตนเอง”. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 27(1) มกราคม ; หน้า 1-10.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. (2566). สรุปผลการดำเนินงานงานอนามัยแม่และเด็กปี 2566.
5. โรงพยาบาลปราณบุรี. (2566). สรุปผลการดำเนินงานงานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2566.
6. Lemeshow, S., Hosmer, D. W. Jr., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of sample size in health studies. Chichester, England: John Wiley & Sons for the World Health Organization.
7. นิตยา ศรไชย สุภาพร ใจการุณ และ กุลชญา ลอยหา. (2563). โปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในโรงเรียนชีทวนวิทยาสามัคคี ตำบลชีทวน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2563).
8. ปิยะมาพร เลาหตีรานนท์ สุมัทนา กลางคาร และเสถียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคาสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2562.
9. โสภิดา ต่อติด. (2558). ผลของการใช้ตัวแบบเพื่อเพิ่มการรับรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
10. บุษกร กนแกม. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตอนต้น. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
11. ภาสิต ศิริเทศ เชิดศักดิ์ เค้าศูนย์ และ จุลีรัตน์ กองสิน. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563.

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Model of care for pregnant women with diabetes in Kuchinarai Crown Prince Hospital.

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

พรรณีย์ โอษคลัง[1]
Pannee Oskklang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Quasi Experiment by one group pre – post design) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 46 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การดูแลหญิงตั้งครรภ์ โรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This study aimed to investigate care patterns for pregnant women with diabetes at Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital by examining their characteristics, problems, and the care model implemented. This was a quasi-experimental research with one-group pre-post design conducted from May to July 2024. The sample consisted of 46 pregnant women with diabetes at Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital, selected through purposive sampling. Data were collected from questionnaires and medical records and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The results of the study found that the health literacy of pregnant women with gestational diabetes Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital Before the operation Overall and each aspect is at a moderate level after operation Overall and each aspect at the highest level Comparison of health literacy among pregnant women with gestational diabetes. Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital Before and after operation There was a statistical significant difference at the .05 level. After the implementation of the health literacy of pregnant women with gestational diabetes, Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital Better before operation

Keywords: pregnant women, diabetes, health literacy, care patterns

บทนำ

โรคเบาหวาน คือ โรคที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดจากความผิดปกติในกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ซึ่งอาจเกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน (ภาวะที่เซลล์ในร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน) หรือขาดพร่องอินซูลิน (ภาวะที่ร่างกายผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ) ส่งผลให้ระดับ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี พ.ศ. 2560 ระบุว่า มีผู้หญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวานประมาณร้อยละ 1-7 ของทั้งหมด ขณะที่ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติในปี 2015 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกกว่า 20.9 ล้านคน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ประมาณร้อยละ 85) และส่วนน้อยเป็นเบาหวานชนิดอื่นที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ สำหรับประเทศไทย พบว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ประมาณร้อยละ 5-14[1]

ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์นั้นมีความเกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพได้มากมายหลายอย่างระหว่างการตั้งครรภ์และหลังการตั้งครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น ช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจทำให้แท้งบุตรและทารกมีความเสี่ยงที่จะมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจ โดยความเสี่ยงจะสูงที่สุดเมื่อระดับน้ำตาลสะสมสูงกว่า 7 % หรือระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระหว่างการตั้งครรภ์ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงในระยะนี้จะทำให้ทารกมีขนาดตัวที่ใหญ่ คลอดลำบาก ทารกที่ตัวใหญ่คือทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัมและร่างกายของแม่อาจได้รับบาดเจ็บเมื่อคลอดตามธรรมชาติ แม่ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะครรภ์แฝดน้ำเพิ่มมากขึ้น ช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด (ทารกถือกำเนิดออกมาก่อนที่จะมีอายุครบ 37 สัปดาห์) ภาวะตายคลอด และทำให้ทารกมีปัญหาสุขภาพ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ชักหลังคลอด หายใจเร็ว ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน[1]

สตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นเบาหวานต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญมากเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น การดูแลและการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งได้แก่ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ พบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินสุขภาพของแม่และทารก รวมถึงการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดินสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกาย การใช้ยาในบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์จะเป็นผู้กำหนดชนิดและปริมาณของยา ซึ่งการดูแลที่เหมาะสม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ส่งผลให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปตามปกติ ลดภาวะแทรกซ้อนและลดการความเจ็บป่วยของทารก อัตราตายปริกำเนิดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุฑารัตน์ ชูรส และคณะ[2] ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถป้องกันหรือลดผลกระทบเหล่านี้ได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง ทั้งนี้การที่สตรีตั้งครรภ์จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการดูแลตนเอง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับเบาหวานและความรุนแรงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การเข้าถึงบริการ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และบุคลากรในหน่วยบริการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน สามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ (Self-management) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยกระตุ้นให้เกิดความรู้ ทักษะ และ

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และวางแผนในการใช้บริการสุขภาพ ทั้งในประเด็นวัฒนธรรม ความคิดรวบยอด การฟัง การพูด การอ่านฉลากยาและโภชนาการ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การทำความเข้าใจการนัดหมาย ข้อมูลสุขศึกษาตลอดตจนการยินยอมรักษา[3]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีอุบัติการหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในปี 2563 – 2566 จำนวน 92 ราย เมื่อทำการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ปัญหาด้านโภชนากร หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การนัดเจาะเลือดหาค่าน้ำตาลและพบแพทย์ตามนัด ขาดแนวทางการติดต่อประสานพื้นที่และการติดตามเยี่ยมบ้าน อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปเน้นการนับลูกดิ้น และการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (NST) ทุกนัดจนครบกำหนดคลอด มีหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต้องรับยาแบบใช้ยาฉีดและยากิน จำนวน 22 ราย การนัด Admit เพื่อปรับการให้ insulin และส่งปรึกษาแพทย์ และโภชนากร และการจ่ายเครื่องและสอนวิธีการเจาะเลือดหาค่าน้ำตาลปลายนิ้วแก่หญิงตั้งครรภ์[4]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อเป็นการให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยกระตุ้นให้เกิดความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทของผู้ป่วย ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Quasi Experiment by one group pre – post design) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 46 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังต่อไปนี้

1. มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน อ้วนตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดก่อนกินอาหารเช้าสูง คลอเลส-เตอรอลในเลือดสูง มีประวัติเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์มาก่อน คุณแม่ตั้งครรภ์ที่มีอายุมากตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
2. สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ
3. ยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีกิจกรรมของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การรับฟังบรรยายอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ และความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน และการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติหากมีอาการเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.897

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

1.2 กำหนดกิจกรรมรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

1.3 การดำเนินการรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

1.4 สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 118/2567

ผลการวิจัย

1. ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัญหาโภชนากร การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ นัดเจาะเลือดหาค่าน้ำตาลและพบแพทย์ตามนัด ขาดการประสานพื้นที่และการติดตามเยี่ยมบ้าน อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปเน้นการนับลูกดิ้นและการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์(NST) ทุกนัดจนครบกำหนดคลอด มีหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต้องรับยาแบบใช้ยาฉีดและยากินจำนวน 22 ราย การนัด Admit เพื่อปรับการให้ insulin และส่งปรึกษาแพทย์ และโภชนากร การจ่ายเครื่องและสอนวิธีการเจาะเลือดหาค่าน้ำตาลปลายนิ้วแก่หญิงตั้งครรภ์

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ การฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ การกำหนดกิจกรรมในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

4. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

5. ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จากการศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 46 คน พบว่า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์	2.95	0.50	4.40	0.36	45	-13.601	.000	-1.66222	-1.23343
อันตรายต่อทารกในครรภ์	3.00	0.22	4.43	0.18	45	-32.653	.000	-1.51944	-1.34288
ความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน	2.96	0.44	4.46	0.21	45	-21.292	.000	-1.64529	-1.36092
การปฏิบัติหากมีอาการเบาหวานขณะตั้งครรภ์	3.03	0.30	4.47	0.17	45	-32.307	.000	-1.52808	-1.34873
รวม	2.98	0.19	4.44	0.11	45	-41.012	.000	-1.52659	-1.38366

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัญหาโภชนากร การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ นัดเจาะเลือดหาค่าน้ำตาลและพบแพทย์ตามนัด ขาดการประสานพื้นที่และการติดตามเยี่ยมบ้าน อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปเน้นการนับลูกดิ้น และการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (NST) ทุกนัดจนครบกำหนดคลอด มีหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต้องรับยาแบบใช้ยาฉีดและยากิน จำนวน 22 ราย การนัด Admit เพื่อปรับการให้ insulin และส่งปรึกษาแพทย์ และโภชนากร การจ่ายเครื่องและสอนวิธีการเจาะเลือดหาค่าน้ำตาลปลายนิ้วแก่หญิงตั้งครรภ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กนกอร ปัญญาโส และคณะ[1] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = .172, p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือด ($r = -.209, p < .05$) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ ($r = .438, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .414, p < .01$) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ การฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ การกำหนดกิจกรรมในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยอาศัยแนวคิด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นเบาหวาน[5,6,7] ส่งผลให้หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์[8,9]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ การฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ การกำหนดกิจกรรมในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ดีขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงควรส่งเสริมให้นำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไปใช้ในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาล ในระยะยาวเพื่อนำสู่การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กนกอร ปัญญาโส ศิริวรรณ แสงอินทร์ อุษา เชื้อหอม.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 28(3). 27-40

2. สุฑารัตน์ ชูรส, ปรีดาวรรณ กะสินัง, บุษกร แก้วเขียว.(2566). สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน: ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการดูแลตนเอง. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 32(2). A1-A16
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2555). การตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. RTCOG Clinical Practice Guideline Diabetes Mellitus Screening in Pregnancy, 29(2), 170-184.
4. นันทพร แสนศิริพันธ์. (2561). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 71-83). เชียงใหม่: สมาร์ท โคตรติ้ง แอน เซอร์วิส.
5. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด
6. ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2562). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน บังอรศุภวิฑิตพัฒนา, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บรรณาธิการ), การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน (พิมพ์ครั้งที่ 1, น. 101-215). เชียงใหม่: สมาร์ท โคตรติ้ง แอน เซอร์วิส.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี [สบท.]. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: Clinical practice guideline for diabetes 2017 (พิมพครั้งที่ 3). ปทุมธานี: รมเย็นมีเดีย.
8. สุภาวดี เนติเมธี สุเนตร บุบผามาลา.(2565). การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 28(1) 1-14
9. ประเสริฐ แสนแสง.(2565). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 6(12). 34-45

ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2567

Comprehensive palliative care system for patients with end-stage renal disease, Kuchinarai Crown Prince Hospital, 2024.

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

สุภัทรา สายันเกณะ[1]
Supattra Sayankena[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบ Case Control Study มีวัตถุประสงค์งานวิจัย เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองและศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2567 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 289 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2567 ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองมากกว่า ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” และความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

คำสำคัญ : ระบบการดูแล ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

Abstract

This study was an action research using a Case Control Study design, aimed at examining the health conditions of patients with end-stage renal failure in a holistic, palliative care context, as well as studying the care system for these patients. The research period is from May 2024 to August 2024, totaling 4 months. The sample group consists of 289 end-stage renal failure patients who received services at Kuchinarai Crown Prince Hospital. Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The results of the study indicated that after implementing the holistic palliative care system for end-stage renal failure patients at Kuchinarai Crown Prince Hospital in 2024, caregivers' understanding of holistic palliative care for these patients improved significantly. The overall understanding, as well as in each specific aspect, was at the highest level before and after the patients received treatment at the "Metta Rak Kidney Clinic." A statistically significant difference was found at the .05 level ($p < .05$), indicating that after receiving treatment at the "Metta Rak Kidney Clinic," caregivers had a higher average score in their understanding of holistic palliative care for patients with end-stage renal disease compared to before treatment. Additionally, caregivers' satisfaction with the holistic palliative care provided to patients with end-stage renal disease was also at the highest level overall and in each aspect.

Keywords: care system for patients with end-stage renal failure, holistic palliative care

[1] นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ เนื่องจากโรคนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั่วโลกมีการประมาณการว่าในปี 2020 มีผู้ป่วยประมาณ 2.6 ล้านคนที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดหรือการล้างไตทางหน้าท้อง นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรทั่วโลก สถานการณ์โรคไตวายในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากถึง 85,064 คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย และในปี 2567 พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกระยะ 1,402,038 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าทุกปี และมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 มากถึง 107,846 ราย[1]

เมื่อการทำงานของไตลดลงจนกระทั่งอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร จะจัดว่าเป็นไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease; ESRD) ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy; RRT) ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางหน้าท้อง (peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายนั้นมีสาเหตุเกิดจากการรุดหน้าของโรคไตเอง หรือเกิดจากโรคร่วมของผู้ป่วย โดยจากการศึกษาในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองพบว่ากลุ่มอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวด (pain) อาการเมื่อยล้า (fatigue) ปัญหาการนอน (sleep disturbances) อาการคัน (pruritus) ภาวะเบื่ออาหาร (anorexia) เป็นต้น[2]

การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care หรือ palliative medicine) เป็นแนวทางในการดูแลที่ให้ความสำคัญเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ครอบคลุมทั้งการดูแลจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญหน้า กับเสี้ยววินาทีสุดท้ายของชีวิตอย่างปราศจากความกลัวและกังวลอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่สำคัญ เป็นการคืนสิทธิการเลือกตายโดยผู้ป่วยเองคือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยในระยะรุนแรง โดยเป้าหมายของการรักษาคือการบรรเทาอาการเจ็บป่วยจากโรค และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การให้การรักษาแบบประคับประคองจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นต้น การรักษาแบบประคับประคองนี้จะเป็นการตัดสินใจและการวางเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งแนวทางการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วยบรรเทาอาการ การรักษาอาการที่เกิดจากโรค เช่น อาการปวด อาการเมื่อยล้า ปัญหาการนอน และอาการคัน โดยใช้ยาและวิธีการที่เหมาะสม การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ ทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อรับมือกับความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น การสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกัน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และการดูแลแบบองค์รวม การพิจารณาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลมีความครบถ้วนและตอบสนองต่อความต้องการที่

หลากหลาย[3] สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลปังหา โชสิวสกุล แสงทอง ธีระทองคำ[4] พบว่า โรคไตเรื้อรังระยะท้ายทำให้ไตสูญเสียความสามารถในการกรองและเกิดการสะสมของเสียในร่างกาย การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายทำให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะเผชิญกับอาการรบกวนและทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่เลือกรักษาแบบไม่ล้างไต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ซึ่งต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงออกแบบการดูแลอย่างเป็นระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัว ตามแนวทาง 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ผู้ป่วย2) การวางแผนการรักษาเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไต 3) การจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลง 4) การใช้กระบวนการตัดสินใจร่วมกัน และ 5) การดูแลแบบองค์รวม ก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบอย่างสมศักดิ์ศรี และครอบครัวรู้สึกภาคภูมิใจในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 1,190 ราย วินิจฉัยโรคหลักที่เป็นวินิจฉัยแรก คือ รหัส N185 (Chronic kidney disease stage 5;ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5) ร้อยละ 85.8 และ วินิจฉัยโรคร่วม คือ Z515 (Palliative Care; ดูแลประคับประคอง) ร้อยละ 18.0 รองลงมาซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนโลหิตจาง คือ D638 (Anemia in other chronic disease classified elsewhere) ร้อยละ 13.8 และ มีโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ 2 คือ E112 (Type 2 diabetes mellitus With renal complications; เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตแทรกซ้อน) ร้อยละ 11.4 ตามลำดับ สภาพปัญหา พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น ตามแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มากขึ้นและการเข้าถึงระบบการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองค่อนข้างช้าและไม่เป็นระบบ โดยเฉพาะส่วนใหญ่กลุ่มที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรังระยะท้าย (ระยะที่ 5) ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy; RRT) ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและนัดติดตามที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับยาที่มีปริมาณมาก ได้รับการเจาะเลือดบ่อยครั้งเพื่อติดตามค่าการกรองของไต และเกลือแร่ในเลือดเป็นระยะ ทั้งที่โรคไม่หายขาด รวมถึงในระยะสุดท้ายกลับได้รับการรักษาที่เกินจำเป็นโดยไม่ได้วางแผน ได้แก่ การใส่อุปกรณ์เครื่องพยุงชีพ ท่อช่วยหายใจ สายให้อาหาร การฟื้นคืนชีพระยะวิกฤติ หรือการทำหัตถการที่เกินจำเป็น ทำให้คุณภาพของการรักษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ทั้งอัตราการรอดชีวิต จำนวนวันของการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ความคุ้มค่าของการรักษาพยาบาล ตลอดจนธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการที่ไม่ได้คุณภาพเท่าที่ควร[5]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโดยมีเป้าหมายในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมชีวิตและการดูแลของตนเอง และมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดความทุกข์ทรมานในช่วงสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง
3. เพื่อศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

วิธีการวิจัย

การศึกษา ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบ Case Control Study มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2567 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 289 คน ที่เข้ารับบริการภายใต้การตรวจรักษาของแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว ในรายที่เริ่มมีอาการของโรคมากและใกล้เสียชีวิต การตรวจรักษาของแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ไต ในรายที่อาการของโรคยังคงที่และมีการปรับยาเฉพาะราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง กิจกรรม/ขั้นตอนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ประกอบด้วย การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2.2 แบบประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่า เท่ากับ .927

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่า เท่ากับ .927

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

3. การดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

4. การสรุปผลการดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมา สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2567 ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 87/2567

ผลการวิจัย

1. สภาวะสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 85.1 อายุเฉลี่ย 71.43 + 11.07 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 28 ปี อายุมากที่สุดคือ 94 ปี วินิจฉัยโรคหลักที่เป็นวินิจฉัยแรก คือ รหัส N185 (Chronic kidney disease stage 5;ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5) ร้อยละ 85.8 และ วินิจฉัยโรคร่วม คือ Z515 (Palliative Care; ดูแลประคับประคอง) ร้อยละ 18.0 รองลงมาซึ่งเป็น

ภาวะแทรกซ้อนโลหิตจาง คือ D638 (Anemia in other chronic disease classified elsewhere) ร้อยละ 13.8 และ มีโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ 2 คือ E112 (Type 2 diabetes mellitus With renal complications; เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตแทรกซ้อน) ร้อยละ 11.4 ตามลำดับ

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดแนวทางในการดูแลตามสภาวะสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง และการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลตามเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวถือ

3. ผลของระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

3.1 ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองมากกว่า ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต”

3.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3.4 ผลของระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ที่เสียชีวิต

3.4.1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย เสียชีวิต จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.3

3.4.2 ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

3.4.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
อาการไม่สุขกายและใจที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	2.90	0.28	4.41	0.18	81	-36.197	.000	-1.59317	-1.42715

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
องค์ประกอบและกระบวนการเตรียมการรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง	2.84	0.36	4.40	0.20	81	-31.709	.000	-1.65892	-1.46303
การปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาให้การดูแลเพิ่มเติม	2.93	0.37	4.41	0.23	81	-27.747	.000	-1.58703	-1.37465
รวม	2.89	0.28	4.41	0.16	81	-37.429	.000	-1.59798	-1.43667

จากตารางที่ 1 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05) โดยที่หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองมากกว่า ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต”

3.4.4 ความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 85.1 อายุเฉลี่ย 71.43 + 11.07 ปี min 28 ปี max 94 ปี First Diagnosis คือ รหัส N185 ร้อยละ 85.8 และวินิจฉัยโรคร่วม คือ Z515 (Palliative Care; ดูแลประคับประคอง) ร้อยละ 18.0 รองลงมาซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนโลหิตจาง คือ D638 (Anemia in other chronic disease classified elsewhere) ร้อยละ 13.8 และ มีโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ 2 คือ E112 (Type 2 diabetes mellitus With renal complications; เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตแทรกซ้อน) ร้อยละ 11.4 ตามลำดับ ดังนั้น จึงได้จัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดแนวทางในการดูแลตามสภาวะสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง และการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลตามเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกันกับ แนวทางการปฏิบัติของ Kidney Disease Improving Global Outcomes; KDIGO[6] และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังองค์รวมชนิดประคับประคอง[2] ส่งผลให้ ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ มากที่สุด ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05) โดยที่หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองมากกว่า ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” และความพึง

พอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลของระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ที่เสียชีวิต จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.3 มีความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด และความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคองมากกว่า ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” ความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของจินตนา อาจสันเทียะ และจุฑามาศ ติลภัทร[7]ได้ศึกษาผลของการพยาบาลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 57.14 มีอายุเฉลี่ย 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 77.1 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.7 เป็นผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทอง ส่วนอาการทางกายของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลังการพยาบาลแบบประคับประคอง พบว่า อาการคันตามตัวมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่า p-value ที่ 0.048 จากการเปรียบเทียบก่อนและหลังให้การพยาบาลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <.05) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน สรุปผลของการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชนด้วยเทคนิคอุ่นใจ เข้าใจ ทำใจและปลงใจ เป็นแนวทางให้การทำงานในชุมชนมีขั้นตอนที่นำไปสู่ความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวและนำไปสู่การ พัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในสิ่งแวดล้อมของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม สุพัตรา ยอดปัญญา วารินทร์ กลิ่นนาค เดชา ชุมภูอินทร์[5] ได้ศึกษาผลของการเสริมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีผลการศึกษาพบว่า การประเมินระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการดูแลแบบประคับประคองหลังการเสริมโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมและรายข้อมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองส่งผลต่ออาการทางร่างกายของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยมีความจำที่ดีขึ้นและเปิดใจยอมรับความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ไม่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ ผลจากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการยังพบว่าผู้ป่วยมีระดับอัลบูมินในเลือดดีขึ้นร่วมกับระดับฟอสฟอรัสในเลือดอยู่ในเกณฑ์มากขึ้น ซึ่งอาจบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นมีการควบคุมอาหารและรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อภาวะโรคไตได้ดีขึ้น ผลจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติเชิงบวกและเข้าใจในตัวโรค ตลอดจนมีการเตรียมความพร้อมในระยะสุดท้ายของชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยประเมินจากผู้ป่วยทุกรายให้การยินยอมในการเตรียมพินัยกรรมชีวิตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ หลังจากการเข้าร่วม

การเสริมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรส่งเสริมให้มีการระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การกำหนดแนวทางในการดูแลตามสภาวะสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง และการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลตามเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อมูลการวินิจฉัยในโรคหลักและโรคร่วมอาจได้รายละเอียดของโรคไม่ครบเนื่องจากเป็นชุดข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนในระบบ Hosxp ซึ่งบันทึกเป็นกลุ่มโรคในรูปแบบรหัส ICD10 ในระบบผู้ป่วยนอก อาจเกิด Human error จากผู้ที่วินิจฉัยได้ หากพิจารณาเพื่อให้เกิดข้อมูลที่แม่นยำควรมีการเก็บข้อมูลโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนอย่างละเอียดและเก็บข้อมูลในระบบผู้ป่วยในร่วมด้วย

2. งานวิจัยมีการประเมินความเข้าใจและความพึงพอใจของผู้ดูแลทั้งประเมินอาการกระบวนการของการรักษาและการเข้าถึงการปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ในบางประเด็นของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ยังมีมิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น ผลลัพธ์จากทีมผู้รักษา สถานพยาบาล ตัวผู้ป่วยเอง หรือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น หากได้ผลลัพธ์ในหลายมิติที่ครอบคลุมจะทำให้ระบบเกิดการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษา การพัฒนารูปแบบการวางแผนชีวิตล่วงหน้า เพื่อให้เป็นมาตรฐานสำหรับขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะประคับประคอง เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาและการวางแผนของผู้ป่วยและญาติ ควรมีการพัฒนาแบบบันทึกที่ชัดเจนมากขึ้นในแต่ละระยะของโรค

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข (HDC). ข้อมูล Service plan สาขาไต. จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (2567).
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ :บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).(2556). คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด
4. กัลปังหา โชสิวสกุล แสงทอง ธีระทองคำ.(2563). การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต : กรณีศึกษา. วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(4) 5-17
5. รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม สุพัตรา ยอดปัญญา วารินทร์ กลิ่นนาค เดชา ชุมภูอินทร์.(2567). ผลของการเสริมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย. วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 11ฉบับที่ 1. 52-65
6. Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, Murtagh FE, Naicker S, Ger-main MJ, O'Donoghue DJ, Morton RL. Kidney dis-ease: improving global outcomes. Executive sum-mary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: devel-oping a roadmap to improving quality care. Kid-ney Int. 2015 Sep;88(3):447-59.
7. จินตนา อาจสันเที๊ยะ, จุฑามาศ ติลภัทร.(2562). ผลของการพยาบาลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก ปี 2562, January-April ปีที่: 20 ฉบับที่ 1 หน้า 226-235

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

Development of community health system into a seamless health service system for the elderly at risk of stroke (STROKE), Kham Yai Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang Ubon Ratchathani District

(Received: August 9,2024 ; Revised: August 18,2024 ; Accepted: August 19,2024)

จิรวดี อำนาจบุดดี[1]
Jirawadee Amnartbuddee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลระบบ เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ดำเนินการเดือนกันยายน 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการตาม Candle Model 8 องค์ประกอบ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน 2) การแต่งตั้งคณะกรรมการ 3) การชี้แจงและถ่ายถอดแนวทางจัดระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด และการถ่ายทอดแนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุ 4) การจัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ 5) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (การค้นหากลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรค 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ 7) การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และ 8) ติดตามประเมินผล/ถอดบทเรียน

คำสำคัญ : ระบบสุขภาพชุมชน ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This action research aims to study the development of a seamless community health service system for elderly individuals at risk of stroke (STROKE) at Kham Yai Health Promoting Hospital, Mueang District, Ubon Ratchathani Province. Sample size were 50 elderly individuals for system evaluation. The research is conducted from September 2023 to June 2024. Data is collected through questionnaires and focus group discussions, and quantitative data is analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research findings indicate that the seamless community health service system for elderly individuals at risk of stroke (STROKE) at Kham Yai Health Promoting Hospital, Mueang District, Ubon Ratchathani Province, operates according to the Candle Model with 8 components: 1) Problem Situation Analysis of community health systems and health service systems for managing stroke risk groups, 2) Establishment of a Committee, 3) Clarification and transfer of guidelines for seamless health service systems for the elderly and stroke risk groups to understand all data collection tools and the transfer of community self-management guidelines for the elderly, 4) Development of an Action Plan according to the model, 5) Implementation of the Action Plan (identifying risk groups, promotion, prevention, and disease control), 6) Creation of a safe environment for the elderly, 7) Enhancement of stakeholders' capabilities, campaigns, public relations, and education, and 8) Monitoring, evaluation, and lesson learning.

Keyword: Community Health System, Seamless Health Service System, Elderly, Stroke

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤตในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสมจะส่งผลต่อชีวิตและความพิการ อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง ส่งผลกระทบหลายด้าน[1] อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีการคัดกรองภาวะเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จากผลการคัดกรอง CVD Risk score พบว่า มีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงอันตราย คิดเป็นร้อยละ 15.39 กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) มีความเสี่ยงร้อยละ 2.68 ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini - Cog มีความผิดปกติ ร้อยละ 0.94 และผลการคัดกรองภาวะหกล้ม มีความผิดปกติ ร้อยละ 8.54 ซึ่งกลุ่มที่มีความผิดปกติเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดโรค Stroke, STEMI และ Hip fracture ที่ผ่านมามีการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง เช่น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ การดำเนินงานดังกล่าวประสบความสำเร็จเพียงบางส่วน เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และขาดการเชื่อมโยงการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)[2] ถือเป็นระบบที่ต้องมีการพัฒนาเป็นอย่างยิ่ง ทั้งการส่งเสริมให้ความรู้ ในการดูแลกับผู้สูงอายุ การลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาช่องทางเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพรวดเร็ว ด้วยการเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพเข้าด้วยกันเพื่อมิให้มีรอยต่อ โดยการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่[3,4] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ ได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จึงได้ดำเนินงานตามนโยบายการจัดการระบบสุขภาพแบบบูรณาการอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุขึ้น โดยการส่งเสริมป้องกันควบคุมความเสี่ยงและโรคในผู้สูงอายุ การจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะฉุกเฉิน (การดูแลเบื้องต้นและร้องขอความช่วยเหลือเพื่อนำส่งผู้ป่วย) และการติดตาม ดูแล หลังผู้สูงอายุกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เป็นผู้บริหาร 6 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี 1 คน ผู้บริหารเทศบาลตำบลขามใหญ่ 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ 1 คน ประธาน อสม.ตำบลขามใหญ่ 1 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน

2) กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 20 คน ได้แก่ ผอ.รพ.สต.ขามใหญ่ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ CM รพ.สต.ขามใหญ่ 1 คน ประธาน อสม. ระดับตำบล/หมู่บ้าน 5 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 10 คน พนักงานกู้ชีพ จำนวน 1 คน และ ผู้นำชุมชน 2 คน

3) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 50 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แบบสอบถามความรู้และสัญญาณเตือน Stroke เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง (ค่าความเชื่อมั่น KR-20=0.82)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ[5]

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

ระยะ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานีดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) 4 ขั้นตอนดังนี้

1.ขั้นการวางแผน (Planning)

1.1ศึกษาบริบทของพื้นที่

1.2สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1.3สนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบฯ

1.4จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (การค้นหากลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้)

2.1ศึกษาบริบทความต้องการพัฒนาศักยภาพ อสม. พระภิกษุสงฆ์, Caregiver (CG), ผู้สูงอายุและญาติ

2.2เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ)

2.3อสม. ปักหมุดพิกัดไร้รอยต่อฯ

2.4พัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสารโดยติดโปสเตอร์ให้ความรู้ตามรูปแบบ 3 หมอ

2.5จัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามประเมินผล

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ระยะ 3 สรุป/ และถอดบทเรียน/การวัดผลหลังการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้โครงการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุฯ ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2566-109 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

1. บริบทผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีกองทุน LTC ระดับตำบล 1 แห่ง บุคลากร มี CM 1 คน CG 10 คน ขับเคลื่อนงาน ตำบล LTC การคัดกรองผ่าน Bluebook มอบแว่นตาผู้สูงอายุ ขับเคลื่อน LTC คุณภาพมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ การดำเนินงานดังกล่าว ประสบความสำเร็จเพียงบางส่วน เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และขาดการเชื่อมโยงการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

2. ระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการตาม Candle Model (ภาพที่ 1) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ

1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

3) ประชุมชี้แจงและถ่ายถอดแนวทางจัดระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด และการ

ถ่ายทอดแนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

4) จัดทำแผนปฏิบัติการ

5) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (การค้นหากลุ่มเสี่ยง การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค

6) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

7) การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้

8) ติดตามประเมินผล/ถอดบทเรียนและการวัดผลหลังการพัฒนาระบบ



ภาพที่ 1 Candle Model การดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อของอำเภอเมืองอุบลราชธานี

3. ประเมินผลหลังการพัฒนาระบบ

3.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (ตอบถูก 9 ข้อขึ้นไปจาก 12 ข้อ) คิดเป็นร้อยละ 88.00 ($\overline{X}$ =10.04, S.D.=1.18,คะแนนต่ำสุด=6, คะแนนสูงสุด=12)

3.2 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า หลังการพัฒนาระบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI =1.11-1.93, t = 7.43, P < 0.001) ดัง (ตารางที่ 1)

3.3 ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และทราบช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 96.00)

3.4 ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการคัดกรอง ADL (ตารางที่ 2)

3.5 ผลลัพธ์ของการจัดบริการ (ตารางที่ 3) พบว่า ผู้ป่วยติดเตียงประเภทเตียงที่ 3 ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 100

4. ผลลัพธ์เกิดขึ้น ระบบสุขภาพชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดนวัตกรรมในการพัฒนางานคือ นวัตกรรมการพัฒนารูปแบบระบุพิกัดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับบริการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบเคลื่อนที่ นวัตกรรมเชิงกระบวนการคือ การจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บัตรคำ รอบรู้ เร็วรอด ปลอดอัมพาต แผ่นติดสมุดผู้ป่วยเรื้อรังทุกคน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n=50)

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย	n	$\overline{X}$	S.D.	95%CL	t	p
ก่อนการพัฒนา	50	8.52	1.15	1.11-1.93	7.43	<0.001
หลังการพัฒนา	50	10.04	1.18			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุทั้งหมด	**ได้รับคัดกรอง ADL**	**ผลการคัดกรอง ADL (n=1,511)**			**ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (41 คน)**				
		ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	ได้รับการดูแล (คน)	ผลการดูแล			
						ดีขึ้น	คงที่	แย่ลง	เสียชีวิต
1,511	1,511	**1,422**	**41**	**7**	**48**	4	42	1	1

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดบริการ

ผลการดำเนินงาน	**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**	
		จำนวน	**ร้อยละ**
- ร้อยละผู้ป่วยติดเตียงประเภทเตียงที่ 3 ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	100%	7	100

สิ่งที่แตกต่างจากเดิม จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เกิดช่องทางสื่อสารความรู้เพิ่มขึ้น มีโปสเตอร์ หอกระจายข่าว ช่องทาง Online TikTok CPR **ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** ความเพียงพอและศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ ทรัพยากร และสิ่งสนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จ การสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนมาตรการและนโยบายการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งด้านสาธารณสุข สังคม การศึกษา เพื่อประสานการดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน **จุดอ่อน** ของระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายการดำเนินงาน 1) การเชื่อมข้อมูลโรคยังระบบเดี่ยวไม่เชื่อมกับ 43 แฟ้ม เช่น ข้อมูลใน HDC ต่ำกว่าข้อมูลจริง การคัดกรองการรักษา 2) การเข้าถึงระบบ EMS ยังไม่ครอบคลุม 3) คลินิกผู้สูงอายุ มีผู้มาใช้บริการจำนวนน้อย เนื่องจากคิดว่าเป็นโรคชราไม่เร่งด่วน

สรุปและอภิปรายผล

ระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่ ดำเนินการตาม Candle Model (ภาพที่ 1) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยการคัดกรองเชิงรุกในผู้สูงอายุ 2) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดหน้าที่การดำเนินงานในแต่ละคณะทำงาน 3) ประชุมชี้แจงและถ่ายถอดแนวทางจัดระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง Stroke เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด และการถ่ายทอดแนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุ สำหรับ 4) จัดทำแผนปฏิบัติการ 5) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (การค้นหากลุ่มเสี่ยง (เสี่ยงสูงและสูงอันตราย) นำมาวางแผนและจัดทำกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรค Stroke การส่งเสริมทำ Wellness Plan และคืนข้อมูลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกัน ควบคุมโรค) 6) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ 7)

การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ 8) ติดตามประเมินผล ถอดบทเรียน/การวัดผล หลังการพัฒนาระบบพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบฯ ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการคัดกรองและการดูแลเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุได้รับความรู้ ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวรรณี แสนสุขและคณะ[6] พบว่าผู้สูงอายุได้รับความรู้ ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value <0.05) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ระบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน 2) ระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 4) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 5) การดูแลแบบช่องทางด่วน 6) การดูแลรักษาเฉพาะทาง และ 7) การดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะผสมผสานและดูแลแบบครบวงจร ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเอาระบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้[7]

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ควรพัฒนาการใช้ระบบ Telemedicine เพื่อลดระยะรอคอยในการตรวจโรคผู้สูงอายุและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ของผู้สูงอายุ

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่าย ทั้ง Pre - Hos, In-Hos และ Post-Hos โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. บูรณาการการพัฒนาระบบ EMS ประชาสัมพันธ์การใช้รถ 1669

4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยง ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization(WHO). Stroke,Cerebrovascular accident [Internet]. 2021 [cited2022 Jan 12]. Available from:http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html

2. พิชญสุดา เชิดสกุล, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ และกนกวรรณ ลอยนวล. (2567). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานีอุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี.

3. อุทัย นิปัจการสุนทร, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ และพิชญสุดา เชิดสกุล. (2567). การประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี.

4. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) แบบบูรณาการ ในเขตสุขภาพที่ 10. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (เอกสารอัดสำเนา)

5. Kemmis S, McTaggart R. Action research in retrospect and prospect. In The action research reader. Geelong, Vic: Deakin University; 1982.

6.สุวรรณี แสนสุข และคณะ. (2565). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร. 8,4: 195-204.

7. กนกวรรณ ลอยนวล, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, อุทัย นิปัจการสุนทร, และ และกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์. (2567).รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก แบบบูรณาการ อำเภอเมืองอุบลราชธานี. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี.

การจัดการอนามัยสิ่งแวดลอมในโรงเรียนเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎรธานี

Environmental Health Management in School of Khun Taley, Muang District, Suratthani Province.

(Received: August 5,2024 ; Revised: August 21,2024 ; Accepted: August 22,2024)

กามีละห์ ยะโกะ[1]เนตรนภา ธนพัฒน์[2]คันธรส สุขกุล[3]
Kameelah Yakoh[1] Netnapa Thanapat[2] Kantharos Sukkakul[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินอนามัยสิ่งแวดล้อม แบบประเมินมาตรฐานส้วมสาธารณะ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการตรวจการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภค และอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 100 ยกเว้นประเด็นการบำบัดน้ำเสียก่อนทิ้งลงสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.00 และมีการใช้เขียงเฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบแยกจากกัน ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 50.00 ส่วนมาตรฐานส้วมสาธารณะผ่านเกณฑ์ทุกด้าน ร้อยละ 100 แต่อย่างไรก็ตาม ประเด็นกระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานและการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นเหม็นผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.00 พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในบ่อบาดาล ร้อยละ 100 รองลงมาคือ น้ำประปา ร้อยละ 25.00 และไม่พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบรรจุขวดปิดสนิท ร้อยละ 100 นอกจากนี้ ไม่พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 100 แต่พบมากที่สุดในอาหาร รองลงมาคือ ภาชนะสัมผัสอาหาร ร้อยละ 20.00 และ 16.67 ตามลำดับ

คำสำคัญ: อนามัยสิ่งแวดล้อม โรงเรียน

ABSTRACT

This survey research by cross sectional study aimed to assess physical and biological environmental sanitation and solutions to environmental health in 2 schools in Khun Taley, Muang district, Suratthani province. Data were collected through an environmental health assessment form, HAS, an in-depth interview and coliform bacteria contamination tests in drinking water and foods. Data were analyzed by descriptive statistics: frequency, percentage and content analysis.

The results showed that the majority of the schools met acceptable standards of environmental sanitation and food sanitation (100%) except wastewater treatment before discharging into public sewers (50.00%) and using separate cutting boards for raw and cooked food (50.00%). For public toilet standards, most of them passed the criteria (100%). However, the passed criteria for toilet paper are sufficient for use, good ventilation and no bad smell 50.00%). Coliform bacteria contamination was found in artesian wells (100%), followed by tap water (25.00%) and was not found in sealed bottled water (100%). In addition, coliform bacterial contamination was not found in the hands of food handlers (100%) but found in food (20.00%), followed by utensils (16.67%), respectively.

Keywords: Environmental Health, School

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
[2] อาจารย์ประจำหลักสูตรอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
[3] อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

บทนำ

โรงเรียนเป็นสถานที่ให้ความรู้ ให้การอบรมสั่งสอน และปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม เปรียบเสมือนบ้านหลังที่สองรองลงมาจากครอบครัว เป็นสถานที่บ่มเพาะเมล็ดพันธุ์ใหม่เพื่อให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างสมบูรณ์ โดยนักเรียนใช้ชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียนไม่ต่ำกว่าวันละ 6-8 ชั่วโมง ดังนั้น การจัดการสภาวะแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพและการจัดการงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลและมีความเหมาะสม จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเจริญเติบโตและพัฒนาการของนักเรียน หากโรงเรียนมีสิ่งแวดล้อมไม่ถูกหลักสุขาภิบาลจะทำให้เกิดผลกระทบแก่นักเรียน และบุคลากรภายในโรงเรียน การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคที่มักพบบ่อยในโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากอาหารและสิ่งแวดล้อมเป็นสื่อ ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ อุจจาระร่วง ไข้เลือดออก และมือ เท้า ปาก เป็นต้น[1] นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณโดยรอบโรงเรียนให้เอื้อต่อความปลอดภัยของนักเรียน เช่น อาคารเรียน สนามเด็กเล่น โรงอาหาร ห้องส้วม เป็นต้น เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ช่วยลดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับนักเรียนได้[2]

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เป็นการบริหารจัดการปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียน โดยดำเนินการควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขจุดเสี่ยงให้มีสภาพที่ดีถูกสุขลักษณะและปลอดภัยจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับนักเรียน ซึ่งเด็กวัยนี้เป็นวัยซุกซน อยู่ไม่นิ่ง หากสภาพแวดล้อมในโรงเรียนไม่ปลอดภัยแล้ว ก็จะมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุได้ จากการประเมินสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน พบว่า สถานที่ตั้งโรงเรียน บริเวณโรงเรียน มีความสะอาดปลอดภัย มีขอบเขตบริเวณโดยรอบโรงเรียน เช่น รั้วแนวต้นไม้และมีการจัดระเบียบการจราจรเข้า-ออก แต่โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่มียาเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นที่จัดเก็บเป็นระเบียบ ร้อยละ 75.00 และไม่มีสบู่ล้างมือ ร้อยละ 96.90 นอกจากนี้โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ เรื่องห้องน้ำ ห้องส้วมไม่มีสบู่ล้างมือ ไม่มีถังขยะที่มีฝาปิด ด้านน้ำดื่มน้ำใช้ ไม่ผ่านเกณฑ์เรื่องไม่มีภาชนะน้ำดื่มประจำตัว ร้อยละ 65.60 ด้านการบำบัดน้ำเสีย พบว่าไม่มีบ่อดักไขมัน ร้อยละ 78.10 ด้านสุขาภิบาลอาหาร ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การวางช้อน ส้อม ตะเกียบ โดยไม่วางตั้งเอาด้ามขึ้น ไม่มีการแยกเขียงระหว่างอาหารสุกและอาหารดิบ พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 70.00[3] สำหรับส้วมสาธารณะ พบว่าในภาพรวมมีส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ร้อยละ 72.18 โดยส้วมสาธารณะในโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 67.14[4] ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของนักเรียนในระยะยาว[2]

ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีทั้งโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภูมิลำเนาและพื้นที่ใกล้เคียง ปัจจุบันมีการศึกษาค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีตามหลักสุขาภิบาลจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อนักเรียนได้ จากปัญหาที่กล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนในเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีเพื่อเป็นการศึกษาปัญหาและหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียน รวมทั้งเป็นการพัฒนาและยกระดับให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดีขึ้น โดยจะส่งผล

ต่อความยั่งยืนของการจัดการงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพในโรงเรียนเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross sectional study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงมิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ โรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในพื้นที่ตำบลขุนทะเล รวมทั้งหมดจำนวน 5 แห่ง โรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษา 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง โรงเรียนบ้านควนยูง โรงเรียนบ้านซอย 2 และโรงเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนมัธยมพัชรกิติยาภา 3 สุราษฎร์ธานี และโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์สุราษฎร์ธานี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในพื้นที่ตำบลขุนทะเล จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านซอย 2 และโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์สุราษฎร์ธานี โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ใช้เกณฑ์ในการคัดเข้าและเกณฑ์คัดออกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา

2. โรงเรียนอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. มีจำนวนนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียน 100 คน ขึ้นไป

4. มีครูรับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป

5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ไม่มีครูรับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยตรง หรืออายุการทำงานน้อยกว่า 6 เดือน

2. ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

3. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ บุคลากรในโรงเรียน ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน โรงเรียนละ 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน และครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน โรงเรียนละ 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนจำนวน 1 คน และตัวแทนจากเทศบาลตำบลขุนทะเลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนจำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556)[5] ประกอบด้วย การประเมินสนามและบริเวณ อาคารเรียน ห้องเรียน ห้องพยาบาล ที่แปรงฟัน การกำจัดขยะ/น้ำเสีย/พาหะนำโรค การป้องกันและความปลอดภัย และกิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จำนวน 28 ข้อ โดยประเมินเป็นรายข้อ ระบุ “ผ่าน” หรือ “ไม่ผ่าน”

2. แบบประเมินสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน เป็นแบบประเมินมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556)[5] ประกอบด้วย สถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป บริเวณที่เตรียม-ปรุงอาหาร การจัดการอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม ภาชนะอุปกรณ์ การรวบรวมขยะ และน้ำโสโครก รวมถึงสุขอนามัยของผู้ปรุง-ผู้เสิร์ฟ จำนวน

30 ข้อ โดยประเมินเป็นรายข้อ ระบุ “ผ่าน” หรือ “ไม่ผ่าน”

3. แบบประเมินมาตรฐานส้วมสาธารณะ เป็นแบบประเมินมาตรฐาน HAS กระทรวงสาธารณสุข (2556)[5] ประกอบด้วย การประเมินด้านความสะอาด จำนวน 9 ข้อ ด้านความเพียงพอ จำนวน 2 ข้อ และด้านความปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 16 ข้อ โดยประเมินเป็นรายข้อ ระบุ “ผ่าน” หรือ “ไม่ผ่าน”

4. ชุดตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ประกอบด้วย การตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคโดยใช้ชุดทดสอบ อ 11 และการตรวจสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะสัมผัสอาหาร และมือผู้สัมผัสอาหาร โดยใช้ชุดทดสอบ อ13 (SI-2) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีประเด็นดังนี้

1) สถานการณ์การดำเนินการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ได้แก่ น้ำดื่ม น้ำเสีย ส้วม สุขาภิบาลอาหาร การจัดการขยะ และสัตว์และแมลงนำโรค

2) ข้อจำกัด/อุปสรรคในการบริหารจัดการงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

3) หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนและเกี่ยวข้องในการดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

4) ความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างขึ้นถูกนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของเนื้อหา และความตรงตามเนื้อหาของแต่ละข้อคำถามว่ามีความสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิด หรือสามารถวัดได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ จากนั้นนำคะแนนมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถาม โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน พบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 1 แสดงว่า ข้อคำถามสามารถนำไปใช้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการเรียบเรียงอย่างเป็นระเบียบและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU-EC2022/132 วันที่รับรอง 19 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม พบว่าโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมทุกด้าน ได้แก่ ด้านสนามและบริเวณ อาคารเรียน ห้องเรียน/ห้องสมุด ห้องพยาบาล ที่แปรงฟัน การป้องกันและความปลอดภัย และกิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ร้อยละ 100 ยกเว้นด้านกำจัดขยะ/น้ำเสีย/พาหะนำโรค ในข้อ 18 มีที่พักรวมขยะที่มิดชิด ป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรคมีการนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี มีการดูแลให้สะอาดอยู่เสมอ และมีการรวบรวมน้ำเสียที่เกิดขึ้น ลงระบบบำบัดหรือรางระบายน้ำ และข้อ 20 มีการบำบัดน้ำเสียอย่างเหมาะสม เช่น บ่อดักไขมันหลุมซึม หรือระบบร่องซึม ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 50.00

2. ผลการประเมินด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารทุกด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป ด้านบริเวณที่เตรียมปรุงอาหาร ด้านอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม ด้านการรวบรวมขยะและน้ำโสโครก ด้านห้องน้ำ ห้องส้วม และด้านผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ร้อยละ 100 ยกเว้นด้านภาชนะอุปกรณ์ ข้อ 21 เขียงต้องมีสภาพดีไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีการ

เขียงใช้เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบแยกจากกัน มีฝาชีครอบ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 50.00

3. ผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภค โรงเรียนใช้น้ำในการบริโภคจากแหล่งน้ำประปา น้ำบ่อบาดาล และน้ำบรรจุขวดปิดสนิท ผลการตรวจวิเคราะห์โคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำพบว่า น้ำบ่อบาดาลพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือ น้ำประปา ร้อยละ 25.00 และไม่พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบรรจุขวดปิดสนิท ร้อยละ 100 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภค

แหล่งน้ำบริโภค	ผลการประเมิน			
	พบเชื้อ	ร้อยละ	ไม่พบเชื้อ	ร้อยละ
น้ำประปา (n=4)	1	25.00	3	75.00
น้ำบ่อบาดาล (n=1)	1	100.00	0	0.00
น้ำบรรจุขวดปิดสนิท (n=2)	0	0.00	2	100.00

4. ผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ผลการตรวจวิเคราะห์โคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะสัมผัสอาหาร และมือผู้สัมผัสอาหาร พบว่า มือผู้สัมผัสอาหาร ไม่พบการปนปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียร้อยละ 100 อย่างไรก็ตาม พบการปนปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารมากที่สุด ร้อยละ 20.00 รองลงมาคือ ภาชนะสัมผัสอาหาร ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร

ชนิดตัวอย่าง	ผลการประเมิน			
	พบเชื้อ	ร้อยละ	ไม่พบเชื้อ	ร้อยละ
1. อาหาร (n=10)	2	20.00	8	80.00
2. ภาชนะสัมผัสอาหาร (n=6)	1	16.67	5	83.33
3. มือผู้สัมผัสอาหาร (n=4)	0	0.00	4	100.00

5. ผลการประเมินด้านมาตรฐานส้วมสาธารณะ ผลการศึกษาด้านมาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) พบว่า ด้านความสะอาด (Healthy: H) โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ ร้อยละ 100 ยกเว้น ข้อ 3 กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ หรือสายฉีดชำระ ที่สะอาดอยู่ในสภาพดีใช้งานได้ และข้อ 7 มีการระบายอากาศดี และ ไม่มีกลิ่นเหม็น ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 50.00 สำหรับด้านความเพียงพอ (Accessibility: A) และความปลอดภัย (Safety: S) ทุกประเด็นผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ ร้อยละ 100

6. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางในการแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงเรียน ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน นักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นิคมสร้างตนเอง และนักวิชาการสาธารณสุขจากเทศบาลตำบลขุนทะเลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ในประเด็นต่าง ๆ พบว่า

โรงเรียนมีน้ำดื่มเพียงพอ มีเครื่องกรองน้ำระบบ Reverse Osmosis (RO) โดยเจ้าหน้าที่ของบริษัทเอกชนจะทำหน้าที่ล้างหรือเปลี่ยนไส้กรองปีละ 2-3 ครั้ง มีตู้ทำน้ำเย็นสแตนเลสแบบ 4 ก๊อก บางแห่ง

มีการใช้น้ำประปา และน้ำบาดาล ซึ่งนำมาผ่านกระบวนการกรอง นอกจากนี้มีการใช้น้ำดื่มบรรจุขวดปิดสนิทที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงงานผลิตน้ำดื่มในพื้นที่ใกล้เคียง และจากการสนับสนุนของโรงน้ำราชพฤกษ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สำหรับการสุขาภิบาลอาหารแม่ครัว ผู้ประกอบอาหาร หรือผู้จำหน่ายอาหารของโรงเรียนทุกแห่ง เคยได้รับการอบรมหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานทางสาธารณสุข รวมทั้งได้รับการตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองขุนทะเลและเทศบาลตำบลขุนทะเลอย่างสม่ำเสมอในอดีตนักเรียนไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการระบาดของโรคระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อที่เกิดจากการประกอบอาหารภายในโรงเรียน ผู้ประกอบอาหาร หรือผู้จำหน่ายอาหาร มีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม สถานที่จัดเก็บภาชนะอุปกรณ์ยังเก็บไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น อุปกรณ์เครื่องครัว หม้อ กระทะ ตั้งไว้บนแคร่ไม้ วางซ้อนกันไม่เป็นระเบียบ ครูผู้รับผิดชอบจึงแนะนำให้แม่ครัวใช้ผ้าคลุมอุปกรณ์ต่าง ๆ และอุปกรณ์ใดที่สามารถนำเข้าตู้ได้ก็ให้นำเก็บไปไว้ในตู้ให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันฝุ่นและแมลง

โรงเรียนมีบ่อบำบัดน้ำเสีย และมีการติดตั้งถังดักไขมัน เพื่อดักไขมันของน้ำทิ้งจากโรงอาหาร ซึ่งช่วยลดปัญหาน้ำมันและไขมันที่ไปอุดตันในท่อระบายน้ำ ทุกโรงเรียนไม่มีปัญหาเรื่องน้ำเสียหรือน้ำท่วมขัง อย่างไรก็ตาม ทางโรงเรียนยังต้องการการสนับสนุนงบประมาณในการติดตั้งระบบบำบัดน้ำเสียจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับส้วม โรงเรียนมีห้องส้วมที่เพียงพอต่อจำนวนนักเรียน มีห้องส้วมแยกชาย-หญิง และมีการติดป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน ลักษณะของส้วมเป็นแบบชักโครกและแบบนั่งยอง ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องความสกปรกและกลิ่นเหม็น เนื่องจากนักเรียนมีสุขนิสัยที่ไม่เหมาะสมในการรักษาความสะอาด เช่น สูบบุหรี่ในห้องน้ำ ปัสสาวะแล้วไม่ราดหรือไม่กดชักโครก เป็นต้น ทั้งนี้ โรงเรียนมีแม่บ้านทำหน้าที่ในการดูแลความสะอาด 2 ครั้ง/วัน ช่วงเวลาระหว่าง 07.00-08.00 น. และ 16.00-16.30 น. และแบ่งเวรนักเรียนในการทำความสะอาด และยังมีปัญหาบ้างเกี่ยวกับพื้นห้องส้วมเปียก เนื่องจากการราด ฉีดน้ำ หรือล้างเท้าของนักเรียน ซึ่งโรงเรียนแก้ไขปัญหาโดยการเปิดประตูระบายอากาศ และแม่บ้านมาถูพื้นเป็นประจำ ทำให้พื้นบริเวณห้องน้ำแห้ง ส่วนบริเวณหน้าห้องส้วมมีอ่างล้างมือ มีสบู่เหลวแบบกด แต่ไม่มีกระดาษชำระ มีเพียงผ้าเช็ดมือที่จัดไว้ให้ 1 ผืน และบางแห่งมีกระดาษชำระแต่ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน

การจัดการขยะ โรงเรียนมีถังขยะเพียงพอ มีการคัดแยกขยะ โดยมีถังขยะแยกประเภทขยะ รวมทั้งมีตะแกรงโครงเหล็กช่องสำหรับไว้ทิ้งขวดพลาสติก และขยะรีไซเคิล ทำให้สามารถขายเป็นรายได้เสริมแก่โรงเรียน โรงเรียนทุกแห่งไม่มีธนาคารขยะ ในการบริหารจัดการขยะ มีรถเก็บขยะจากเทศบาลตำบลขุนทะเลมาเก็บรวบรวมขยะสัปดาห์ละ 2-3 วัน และบางโรงเรียนมีเตาเผาขยะไว้สำหรับกำจัดขยะเอง มีการรณรงค์เกี่ยวกับการจัดการขยะอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่พบปัญหาเรื่องลูกน้ำยุงลาย พบนักเรียนมีประวัติป่วยเป็นไข้เลือดออก โรงเรียนจึงรณรงค์ให้นักเรียนช่วยกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เทศบาลตำบลขุนทะเลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง ได้ลงพื้นที่ฉีดพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายเพื่อป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก พร้อมให้คำแนะนำในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องแมลงวัน ซึ่งเป็นพาหะของโรคต่าง ๆ โดยโรงเรียนมีวิธีการป้องกัน คือ อาหารที่เตรียมไว้ จะเก็บไว้ในที่มิดชิด ในตู้กระจก หรือใช้ฝาชีครอบ มัดปากถุงขยะแล้วนำไปทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิดทุกวัน ทำความสะอาดเศษอาหารที่หกเลอะในบริเวณรับประทานอาหารและเตรียมอาหาร เป็นต้น โรงเรียนบางแห่งมีปัญหาเรื่องสุนัขจรจัด โรงเรียนจึงแก้ไขปัญหาโดยแจ้งเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลขุนทะเลให้ดำเนินการจับ นำไปทำหมันสุนัข และห้ามให้นักเรียนหรือบุคลากรให้อาหารแก่สุนัข

ข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการบริหารจัดการงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณที่ล่าช้า มีกระบวนการหลายขั้นตอน ทำให้การบริหารจัดการขาดความต่อเนื่องและเกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน บางครั้งจึงต้องสำรองจ่ายงบประมาณเอง เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและทำให้งานต่าง ๆ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โรงเรียนส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนจากจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการขยะ การสุขาภิบาลอาหาร และการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม แนวทางแก้ไขในการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมควรเกิดจากกระบวนการการมีส่วนร่วมการประสานความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน และโรงเรียน เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการให้ความรู้และการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่นักเรียน บุคลากร ในโรงเรียน จะเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยสร้างจิตสำนึกและสร้างความตระหนักในการประพฤติปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล รวมทั้งติดตาม ประเมินการทำงานอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โรงเรียนส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ยกเว้น การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.00 ปัญหาการจัดการน้ำเสีย ไม่มีการรวบรวมน้ำเสียลงระบบบำบัดหรือรางระบายน้ำและไม่มีการบำบัดน้ำเสียอย่างเหมาะสม เช่น ไม่ติดตั้งบ่อดักไขมัน (Grease Trap Tank) เป็นต้น น้ำทิ้งที่เกิดจากการอุปโภคและบริโภค น้ำเสียที่เกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ เป็นน้ำที่ปนเปื้อนด้วยสิ่งปฏิกูลและเชื้อโรค ส่วนใหญ่มีองค์ประกอบของไขมันและน้ำมัน (Oil and Grease) น้ำมันที่ลอยเป็นฟิล์มบนผิวน้ำจะขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน ทำให้น้ำเกิดการเน่าเสีย ก่อให้เกิดการปนเปื้อนในแหล่งน้ำผิวดิน น้ำเสียดังกล่าวเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรคและเป็นพาหะนำโรคต่าง ๆ สู่มนุษย์ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญต่อการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการสาธารณสุข ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบนิเวศ และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงคุณภาพน้ำเพิ่มขึ้น[6] ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการติดตั้งถังดักไขมันหรือบ่อบำบัดน้ำเสีย เพื่อช่วยในการดักจับไขมันจากท่อน้ำทิ้งทั้งหมด และแยกส่วนไขมันออกจากน้ำก่อนทำการปล่อยน้ำทิ้งลงสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะ จะเป็นการช่วยลดปัญหาการอุดตันของไขมันในท่อระบายน้ำได้ สำหรับการจัดการขยะ โรงเรียนมีการคัดแยกขยะแต่ละประเภท มีถังขยะเพียงพอ แต่ไม่มีการจัดตั้งโครงการธนาคารขยะ การมีธนาคารขยะจะช่วยให้การคัดแยกขยะเป็นระบบมากขึ้นโดยนำขยะรีไซเคิลมาฝากธนาคาร จากนั้นร้านรับซื้อของเก่าจะมารับซื้อจากธนาคาร ทำให้เกิดการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ เกิดการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และนักเรียนเกิดทัศนคติที่ดีต่อการคัดแยกขยะ[7]

ด้านการสุขาภิบาลอาหาร การประเมินสุขาภิบาลอาหารทางกายภาพในโรงเรียน พบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 ยกเว้นประเด็นที่ไม่ผ่านมาตรฐานคือ ในการเตรียมวัตถุดิบในการประกอบอาหารส่วนใหญ่ใช้เขียงร่วมกันยังไม่มีการแยกเขียงสำหรับอาหารสุกและอาหารดิบ ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 50.00 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดการปนเปื้อนข้าม (Cross-Contamination) มีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์จากอาหารดิบสู่อาหารที่ปรุงสุกแล้ว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหารหรือภาวะอาหารเป็นพิษ (Food poisoning) จุลินทรีย์ที่มักพบการปนเปื้อนในอาหารและน้ำ ได้แก่ *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* sp., *Shigella sonnei*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp. และ *Streptococcus* sp. เป็นต้น[8] องค์การอนามัยโลกได้กำหนดหลักมาตรฐานในการเตรียมอาหารให้ปลอดภัย ซึ่งได้มีการระบุข้อหนึ่งว่า ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสระหว่างอาหารดิบกับ

อาหารสุก ไม่ควรใช้เขียงร่วมกัน เนื่องจากทำให้เกิดการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ก่อโรคได้[9] จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้สัมผัสอาหารมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี สวมผ้ากันเปื้อน สวมหมวกคลุมผม และสวมหน้ากากอนามัย ซึ่งปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้สถานที่ทำอาหาร สถานประกอบการร้านอาหารหรือสถานที่สะสมอาหาร ผู้สัมผัสอาหารต้องสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรค และหากมีการสัมผัสอาหารโดยตรงต้องใส่ถุงมือหรือใช้อุปกรณ์หยิบจับ[10] เพื่อยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ส่งผลให้การปนเปื้อนทางกายภาพและทางชีวภาพลดลง ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภค นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารและภาชนะสัมผัสอาหาร เช่น จาน ช้อน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของอำพร ท่าดะ และคณะ[11] ศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษายะลาเขต 2 พบว่า ส่วนใหญ่พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในจาน ชาม ช้อน และกับข้าว และการศึกษาของ จิราภรณ์ หลาบคำ และคณะ[12] พบว่า พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารมากที่สุด รองลงมาคือมือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะสัมผัสอาหาร ร้อยละ 80.00, 75.00 และ 58.30 ตามลำดับ ดังนั้น โรงเรียนจึงควรมีการบริหารจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร เพื่อลดการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในอาหาร

ด้านมาตรฐานส้วมสาธารณะ แบ่งเป็นด้านความสะอาด (Healthy: H) โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะ ร้อยละ 100 ยกเว้นประเด็นกระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ และประเด็นมีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 50.00 องค์การสหประชาชาติประกาศให้วันที่ 19 พฤศจิกายนของทุกปีเป็น “วันส้วมโลก” (World Toilet Day) โดยรณรงค์ให้ทุกประเทศ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ส้วมให้ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อสุขอนามัยที่ดีของประชาชน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ด้านความสะอาด ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในประเด็นเรื่องกระดาษชำระที่มีไม่เพียงพอหรือบางแห่งไม่มีกระดาษชำระ สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณีย์ บุญขาวและนฤมล นามวงศ์[13] ประเมินมาตรฐานห้องส้วมและการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในห้องส้วมสาธารณะ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ห้องส้วมส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ในเรื่อง ไม่มีกระดาษชำระที่เพียงพอต่อการใช้งาน หรือสายฉีดน้ำที่สะอาดอยู่ในสภาพดี ร้อยละ 63.30 ซึ่งหลังจากเข้าห้องน้ำควรล้างมือให้สะอาดและเช็ดมือให้แห้งด้วยกระดาษชำระ หากไม่มีกระดาษชำระ ควรจัดเตรียมผ้าสะอาดแบบใช้ซ้ำ โดยใช้เช็ดมือ 1 ผืนต่อ 1 คน แล้วรวบรวมนำไปซัก วิธีนี้เป็นทางเลือกหนึ่งที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ลดการตัดต้นไม้ ลดปริมาณของเสียที่เกิดจากการผลิตเนื้อเยื่อ และประหยัดค่าใช้จ่าย และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ห้องน้ำ ห้องส้วมมีกลิ่นเหม็น ส่วนหนึ่งเกิดจากนักเรียนมีสุขนิสัยที่ไม่ดี เช่น สูบบุหรี่ ปัสสาวะแล้วไม่ราดหรือไม่กดชักโครก เป็นต้น การให้สุขศึกษาแก่นักเรียนในการใช้ห้องส้วมสาธารณะยังเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี นอกจากนี้การกำจัดกลิ่นภายในห้องน้ำ ห้องส้วมด้วยสมุนไพรธรรมชาติ เช่น การวางผิวมะกรูด ใบเตยหอม ตะไคร้หอม ถ่าน เป็นต้น เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยดับกลิ่นได้ดี และหากมีงบประมาณเพียงพออาจติดตั้งพัดลมระบายอากาศภายในห้องน้ำ เพื่อช่วยระบายกลิ่นเหม็นออกไป สำหรับด้านความเพียงพอและความปลอดภัย ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกประเด็น ร้อยละ 100 เป็นไปตามข้อกำหนดของส้วมสาธารณะระดับประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของชนานุช พันธ์เพียง และพัชรา เกษมศิริ[14] พบว่า โรงพยาบาลจัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่ บริเวณที่ตั้งส้วมไม่อยู่ในที่ลับตา แยกห้องส้วมสำหรับชาย-หญิง และห้องส้วมมีแสงสว่างเพียงพอ ทุกประเด็นผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100

แนวทางในการแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน โรงเรียนส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนด ซึ่งแนวทางแก้ไขในการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมควรเกิดจากกระบวนการการมีส่วนร่วม การประสานความร่วมมือของหน่วยงานทุกภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน และโรงเรียน ร่วมกันระดมความคิดเห็น ตัดสินใจร่วมกัน เพื่อหาแนวทางในการกำหนดแผนการดำเนินงาน ร่วมกันส่งเสริมสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ องค์ความรู้ เป็นต้น เพื่อให้เกิดกระบวนการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[15] อันจะนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ โดยยึดหลักการพัฒนาอย่างสมดุล ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายให้ได้ภายใน พ.ศ. 2573 ซึ่งให้ทุกคนเข้าถึงการสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดีอย่างพอเพียงและเสมอภาคในทุกระดับ[16] นอกจากนี้ การให้ความรู้และการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่นักเรียน บุคลากร และผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียน เช่น การสุขาภิบาลอาหาร การจัดการขยะ สุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นต้น เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญในการสร้างจิตสำนึกและสร้างความตระหนักในการประพฤติปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล รวมทั้งติดตาม ประเมินการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานให้ดีขึ้น ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบสารสนเทศงานบริการอนามัยโรงเรียน เพื่อรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้[17]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดการขยะ อาหาร น้ำ ส้วม และสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้แก่นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน

2. ควรมีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคและอาหารเป็นระยะ ๆ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความปลอดภัยด้านอาหาร เพื่อให้ทราบสถานการณ์ ลดปัจจัยเสี่ยงในการแพร่ระบาดของเชื้อโรค และสามารถดำเนินการแก้ไขปรับปรุงได้ทันท่วงที

3. ในการดำเนินด้านงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ต้องได้รับการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหารเพื่อสนับสนุน สร้างความเข้มแข็งและผลักดันให้การดำเนินงานไปในที่ทิศที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งมีการประเมิน ติดตาม และควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค พยากรณ์โรคฯ ฉบับที่ 23/2565 “เตือนเด็กวัยเรียนระวัง 5 โรคที่พบบ่อยในช่วงหน้าฝน” [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 66]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=26143&deptcode=brc&news_views=2851.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน. กรุงเทพฯ: โครงการผลิตสื่อและมัลติมีเดียสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2560.
3. รพีพรรณ ยงยอด, และรัตนี คำมูลคร. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนในเขตพื้นที่การประถมศึกษาสกลนคร เขต 1. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 13:56-68.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2563 [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 66]. เข้าถึงจาก: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0004/00004106.PDF.

5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2556.
6. อรพิมพ์ มงคลเคหา. คู่มือการบำบัดน้ำมันและไขมันโดยใช้ถังดักไขมันอย่างง่าย [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; 2562.
7. กนิษฐา พอนทุม, อดิศักดิ์ สิงห์สีโว, และชลทิศ พันธุ์ศิริ. การส่งเสริมการจัดการขยะโดยธนาคารขยะโรงเรียนเทศบาลบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2559; 1:1-10.
8. สุกฤตา ปุณยอุปพัทธ์, พงศ์ภัทร เกียรติประเสริฐ, และประสงค์สม ปุณยอุปพัทธ์. อาหารและเครื่องดื่มบาทวิถี: ความปลอดภัยของผู้บริโภค. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2563; 4(2):8-24.
9. World Health Organization. Food safety is everyone's business at home [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 16]. Available from: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1424730/retrieve.
10. เจาะลึกระบบสุขภาพ. ย้ำ! ร้านอาหาร พนักงานครัว คนปรุงอาหาร ยังต้องสวมแมสก์ เพื่อสุขอนามัย [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 66]. เข้าถึงจาก: https://www.hfocus.org/content/2022/06/25408.
11. อำพร ท่าดะ, ซุรียาณี อาบูวะ, และดารีนา อาบูวะ. สภาวะสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษายะลาเขต 2. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มรย 2561; 3:1-7.
12. จิราภรณ์ หลาบคำ, จินตนา ศิริบูรณ์พิพัฒนา, และวิษณีย์ แก่นคง. การสุขาภิบาลอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2560; 19(3):108-118.
13. ลักษณีย์ บุญขาว และนฤมล นามวงศ์. การประเมินมาตรฐานห้องส้วมและการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในห้องส้วมสาธารณะ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 21(3): 140-151.
14. ชนานุช พันธ์เพียง และพัชรา เกษมศิริ. การประเมินมาตรฐานส้วมและการทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรียโคลิฟอร์มในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2562; 7:68-76.
15. พรสุดา ผานุการณ์, และพีระยา สมชัยยานนท์. การพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ 2563; 3(2):52-61.
16. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. Sustainable Development Goals (SDGs) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 66]. เข้าถึงจาก: https://soc.swu.ac.th/news/sustainable-development-goals-sdgs.
17. จิรารัตน์ อุณหศิริกุล, และชำนาญ เชาวกีรติพงศ์. การพัฒนาระบบสารสนเทศงานบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม: กรณีศึกษาโรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2566; 13(2):135-154.

การศึกษาคุณภาพน้ำทิ้งจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

The Study of effluent quality from School of Public Health, University of Phayao.

(Received: August 8,2024 ; Revised: August 21,2024 ; Accepted: August 22,2024)

จิราพร ขำจันทร์[1], จาตุรนต์ กัณทะธง[1], ภาณุวัฒน์ ทวีกุล[2], เสกสรรค์ ทองติ๊บ[3]อรัณย์ภัค พิทักษ์พงษ์[3]

Jiraporn Khumjan[1], Jaturon Kantathong[1], Panuwat Teweekul[2], Sakesun Thongtip[3],Arunpak Pitakpong[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำทิ้งจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยดำเนินการศึกษาคุณลักษณะทางกายภาพและทางเคมีของน้ำทิ้งจากอาคารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 2 แหล่ง คือ อาคาร 1-2 และอาคาร 3-4 เป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2566

ผลการศึกษาพบว่า ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) เฉลี่ย 7.78 และ 4.62 อุณหภูมิ (Temperature) เฉลี่ย 26.20 และ 25.71 ^{o}C สภาพนำไฟฟ้า (Conductivity) เฉลี่ย 992.99 และ 842.05 uS/cm ของแข็งแขวนลอยในน้ำ (Suspended Solids :SS) เฉลี่ย 22.89 และ 6.33 mg/l ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) เฉลี่ย 317.17 และ 676.22 mg/l ตะกอนหนัก (Settleable Solids) เฉลี่ย 0.42 และ 0.00 mg/l บีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) เฉลี่ย 47.02 และ 13.34 mg/l ค่าออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen) เฉลี่ย 0.00 และ 4.96 mg/l ค่าซีโอดี (Chemical Oxygen Demand) เฉลี่ย 133.78 และ 45.20 ตามลำดับ ซัลไฟด์ (Sulfide) เฉลี่ย 3.84 และ 3.77 mg/l น้ำมันและไขมัน (Oil and Grease) เฉลี่ย 0.93 และ 0.71 mg/l และค่าไนโตรเจนในรูปทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) เฉลี่ย 78.0 และ 6.63 mg/l เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พบว่า น้ำทิ้งจากอาคาร 1-2 และอาคาร 3-4 มีบางดัชนีไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ

คำสำคัญ: คุณภาพน้ำทิ้ง, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา, คุณลักษณะทางกายภาพ, คุณลักษณะทางเคมี

ABSTRACT

This survey research aimed to study wastewater quality from School of Public Health, University of Phayao by investigate physical and chemical properties of wastewater from School of Public Health building in 2 areas including Building 1-2 and Building 3-4 in the period of 6 months from January to June 2023.

The results found average pH values at 7.78 and 4.62, average temperatures at 26.20 and 25.71 ^{o}C, average conductivity at 992.99 and 842.05 uS/cm, average Suspended Solids at 22.89 and 6.33 mg/l, average Total Dissolved Solids at 317.17 and 676.22 mg/l, average Settleable Solids at 0.42 and 0.00 mg/l, average Biochemical Oxygen Demand at 47.02 and 13.34 mg/l, average Dissolved Oxygen at 0.00 and 4.96 mg/l, average Chemical Oxygen Demand at 133.78 and 45.20 mg/l, respectively, average Sulfide 3.84 and 3.77 mg/l, average Oil and Grease at 0.93 and 0.71 mg/l, and average Total Kjeldahl Nitrogen at 78.0 and 6.63 mg/l. The results have been compared to wastewater quality standard of various building types and size from Ministry of Natural Resources and Environment found wastewater from Building 1-2 and Building 3-4 having some index were not in standard. Therefore, wastewater from building need to remediate to pass standard of wastewater quality

[1] นักวิทยาศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

[2] นักวิชาการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

before releasing to public water source. From buildings 1-2 and buildings 3-4 has some indexes that do not pass the standard.

Kewords: Effluent quality, School of Public Health, University of Phayao, Physical features, Chemical characteristics

บทนำ

ทรัพยากรน้ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสิ่งมีชีวิต ไม่ว่าจะเป็นมนุษย์สัตว์ พืช หรือสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย เราใช้น้ำเพื่อประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการอุปโภคบริโภค ในด้านเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ความต้องการใช้น้ำในกิจกรรมต่าง ๆ ย่อมแตกต่างกันออกไป ทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ น้ำที่มนุษย์ใช้ดื่มกิน ต้องบริสุทธิ์ สะอาด ปราศจากเชื้อโรคและสารพิษเจือปน คุณสมบัติของน้ำที่ใช้ในการเกษตรย่อมแตกต่างกันไปตามประเภทของพืชและสัตว์ และน้ำที่ใช้ในการอุตสาหกรรมย่อมแตกต่างกันออกไป แล้วแต่ประเภทของกิจกรรม ปริมาณการใช้น้ำ ในแต่ละช่วงเวลาในแต่ละพื้นที่ ก็มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้ใช้และความอุดมสมบูรณ์ของน้ำ[1] ในการใช้น้ำในชีวิตประจำวันนั้นย่อมเกิดการปนเปื้อนสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่มีกากและไม่มีกาก ซึ่งน้ำที่ผ่านการใช้งานแล้ว จะถูกทิ้งตามท่อระบายน้ำสู่บ่อบำบัดน้ำเสียเพื่อทำการบำบัด น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้วเรียกว่าน้ำทิ้ง แล้วจะถูกปล่อยกลับคืนสู่ธรรมชาติ โดยน้ำทิ้งจากอาคารควรที่จะมีคุณภาพดี อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด[2] กำหนด เพื่อไม่ให้กระทบกับสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ตามการประมาณทั่วโลกมีผู้คนป่วยด้วยโรคติดต่อทางน้ำและเสียชีวิตจากน้ำดื่มที่ไม่ถูกสุขอนามัยและไม่เพียงพอประมาณ 829,000 คนต่อปี[3] ดังนั้น การวิเคราะห์คุณภาพน้ำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการเฝ้าระวังสถานะปัจจุบันและแนวโน้มของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะช่วยให้เราสามารถวางแผน การบริหารจัดการน้ำ และหาทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้กระทั่งการป้องกันผลกระทบจากมลพิษในแหล่งน้ำ[4]

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา อาคาร 1-2 มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 4,752 ตารางเมตร และอาคาร 3-4 มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 5,544 ตารางเมตร จัดเป็นอาคารประเภท ข. ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด[2] จากข้อมูลงานสิ่งแวดล้อม กองอาคารสถานที่[5] พบว่า มีทั้งบุคลากรและนิสิต เป็นจำนวนมากใช้น้ำในการอุปโภคและบริโภค ปฏิบัติงานและการจัดการเรียนการสอน โดยปริมาณการใช้น้ำของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มีค่าเฉลี่ย เดือนละ 6.54 ลูกบาศก์เมตร น้ำที่ผ่านการใช้งานได้ถูกปล่อยทิ้งจากท่อระบายน้ำสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย โดยเป็นระบบบำบัดน้ำเสียชนิดบ่อเกรอะ-กรองเติมอากาศ (Septic - Aerated filter)[6] น้ำที่ผ่านการบำบัดจะถูกปล่อยคืนสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพน้ำทิ้งจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกำหนดไว้หรือไม่ หากมีค่าไม่ผ่านมาตรฐานฯ จะได้เป็นข้อมูลเสนอผู้บริหารคณะ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำทิ้งจากอาคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทิ้งจากอาคารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยใช้เกณฑ์ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุม การระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บตัวอย่างน้ำทิ้งจากอาคารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 2 แหล่ง คือ แหล่งที่ 1 คือ ตัวอย่างน้ำทิ้งจากอาคารคณะสาธารณสุขศาสตร์ 1-2 และแหล่งที่ 2 คือ ตัวอย่างน้ำทิ้งจากอาคารคณะสาธารณสุขศาสตร์ 3-4 ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2566 โดยมีการเก็บตัวอย่างน้ำทิ้งเดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง แล้วนำตัวอย่างน้ำทิ้งมาวิเคราะห์คุณภาพทั้งทางกายภาพและทางเคมี

การเก็บตัวอย่างน้ำ

จัดเตรียมอุปกรณ์การเก็บตัวอย่างน้ำ ได้แก่ เครื่องมือตรวจวัดคุณภาพน้ำภาคสนาม ชุดอุปกรณ์สำหรับเก็บตัวอย่างน้ำ ขวดเก็บตัวอย่างน้ำ อุปกรณ์สำหรับติดฉลากขวดเก็บตัวอย่างน้ำ อุปกรณ์และสารเคมีสำหรับรักษาสภาพน้ำ ทำการเก็บน้ำตัวอย่างแบบจ้วง (Grab Samples) ในปริมาณที่เหมาะสม เมื่อเก็บน้ำตัวอย่างเสร็จให้ปิดฉลากข้างขวด ระบุจุดเก็บตัวอย่าง พารามิเตอร์ ประเภทของตัวอย่างน้ำ วันที่และเวลาที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่างน้ำ สภาวะของตัวอย่างน้ำ และสารเคมีที่เติม[7] แล้วนำตัวอย่างน้ำทิ้งไปตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

การตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง

การตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งมีการวิเคราะห์ทั้งทางกายภาพและทางเคมี โดยมีการเก็บตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์คุณภาพน้ำทั้งหมด 12 พารามิเตอร์ ตามวิธีมาตรฐาน APHA, AWWA และ WEF[8] (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พารามิเตอร์และวิธีการวิเคราะห์คุณภาพน้ำ

พารามิเตอร์	หน่วย	วิธีการวิเคราะห์[8]
การตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งทางกายภาพ		
ความเป็นกรดด่าง (pH)	-	Standard Methods: 4500-H^+ (B) : pH in Water by Potentiometry
อุณหภูมิ (Temperature)	องศาเซลเซียส (^oC)	Standard Methods: 2550 (B) : Laboratory and Field Methods
สภาพการนำไฟฟ้า (Conductivity)	โมโครซีเมนส์ต่อเซนติเมตร (uS/cm)	Standard Methods: 2510 (B) : Laboratory method
ของแข็งแขวนลอยในน้ำ (Suspended Solids)	มิลลิกรัมต่อลิตร (mg/l)	Standard Methods: 2540 (D) : Dried form 103-105 ^0C
ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids)	มิลลิกรัมต่อลิตร (mg/l)	Standard Methods: 2540 (C) : Dried at 180 ^0C
ตะกอนหนัก (Settleable solids)	มิลลิกรัมต่อลิตร (ml/l)	Standard Methods: 2540 (F) : Settleable solids
การตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งทางเคมี		

ตารางที่ 1 พารามิเตอร์และวิธีการวิเคราะห์คุณภาพน้ำ

พารามิเตอร์	หน่วย	วิธีการวิเคราะห์[8]
บีโอดี (Biochemical Oxygen Demand)	มิลลิกรัมต่อลิตร (mg/l)	Standard Methods: 5210 (B) : 5-Day BOD Test
ค่าออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen)	มิลลิกรัมต่อลิตร (mg/l)	Standard Methods: 4500-O (C) : Azide Modification
ค่าซีโอดี (Chemical Oxygen Demand)	มิลลิกรัมต่อลิตร (mg/l)	Standard Methods: 5220 (C) : Closed Reflux, Titrimetric method
ซัลไฟด (Sulfide)	มิลลิกรัมต่อลิตร (mg/l)	Standard Methods: 4500-SO_3^{2-} (B) : Iodometric Method
น้ำมันและไขมัน (Oil and Grease)	มิลลิกรัมต่อลิตร (mg/l)	Standard Methods: 5520 (B) : Liquid-Liquid, Partition-Gravimetric Method
ค่าไนโตรเจนในรูปทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen)	มิลลิกรัมต่อลิตร (mg/l)	Standard Methods: 4500-N_{org} (C) : Semi-Micro-Kjeldahl method

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) แล้วประเมินผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ตามราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 125 ง (กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2548)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งจากอาคารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 2 แหล่ง ได้แก่ อาคาร 1-2 และอาคาร 3-4 ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งอาคาร 1-2 แต่ละพารามิเตอร์มีค่าเฉลี่ยดังต่อไปนี้ ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) เท่ากับ 7.78±0.29 อุณหภูมิ (Temperature) 26.20±1.65 ^{o}C สภาพนำไฟฟ้า (Conductivity) เฉลี่ย 992.99±169.85 uS/cm ของแข็งแขวนลอยในน้ำ (Suspended Solids) 22.89±8.52 mg/l ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) 317.17±42.62 mg/l ตะกอนหนัก (Settle able Solids) 0.42±0.08 ml/l บีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) 47.02±26.16 mg/l ค่าออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen) 0.00±0.00 mg/l ค่าซีโอดี (Chemical Oxygen Demand) 133.78±33.75 mg/l ซัลไฟด์ (Sulfide) 3.84±0.57 mg/l น้ำมันและไขมัน (Oil and Grease) 0.93±0.63 mg/l และทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) 78.00±15.50 mg/l ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งอาคาร 3-4 แต่ละพารามิเตอร์มีค่าเฉลี่ยดังต่อไปนี้ ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) เท่ากับ 4.62±1.63 อุณหภูมิ (Temperature) 25.71±1.45 ^{o}C สภาพนำไฟฟ้า (Conductivity) เฉลี่ย 842.05±164.90 uS/cm ของแข็งแขวนลอยในน้ำ (Suspended Solids) 6.33±6.49 mg/l ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) 676.22±53.65 mg/l ตะกอนหนัก (Settle able Solids) 0.00±0.00 ml/l บีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) 26.99-97.55 mg/l ค่าออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen) 4.96±1.95 mg/l ค่าซีโอดี (Chemical Oxygen Demand) 45.20±16.92 mg/l ซัลไฟด์

(Sulfide) 3.77±0.30 mg/l น้ำมันและไขมัน (Oil and Grease) 0.71±0.58 mg/l และค่าไนโตรเจนในรูปทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) 6.63±3.66 mg/l ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งจากอาคาร 1-2 และอาคาร 3-4

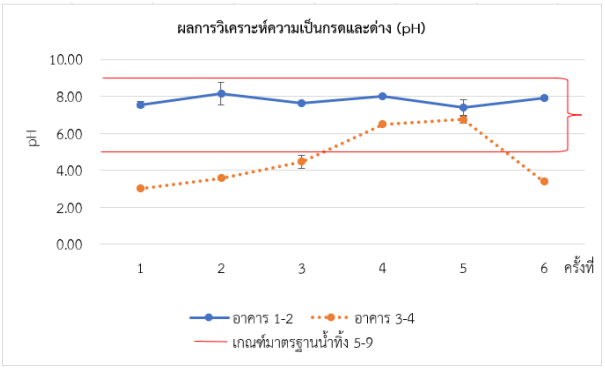
พารามิเตอร์	เกณฑ์มาตรฐาน	ผลการวิเคราะห์			
		อาคาร 1-2		อาคาร 3-4	
		Mean±SD	Min-Max	Mean±SD	Min-Max
pH	5-9*	7.78±0.29	7.39-8.14	4.62±1.63	3.01-6.75
Temperature (°C)	ไม่สูงกว่าอุณหภูมิธรรมชาติเกิน 3 °C**	26.20±1.65	24.60-27.87	25.71±1.45	24.30-27.30
Conductivity (uS/cm)	-	992.99±169.85	835.67-1,309.00	842.05±164.90	622.8-1,095.00
Suspended Solids (mg/l)	≤ 40 mg/l*	22.89±8.52	10.67-32.00	6.33±6.49	1.33-14.67
Total Dissolved Solids (mg/l)	≤ 500 mg/l*	317.17±42.62	267.33-394.33	676.22±53.65	597.33-734.00
Settleable solids (ml/l)	≤ 0.5 ml/l*	0.42±0.08	0.00-0.50	0.00±0.00	0.00-0.00
Biochemical Oxygen Demand (mg/l)	≤ 30 mg/l*	47.02±26.16	26.99-97.55	13.34±5.35	8.15-23.15
Dissolved Oxygen (mg/l)	> 6 mg/l**	0.00±0.00	0.00-0.00	4.96±1.95	3.12-7.42
Chemical Oxygen Demand (mg/l)	≤ 120 mg/l***	133.78±33.75	88.00-162.67	45.20±16.92	12.53-61.33
Sulfide (mg/l)	≤ 1.0 mg/l*	3.84±0.57	3.02-4.49	3.77±0.30	3.38-4.18
Oil and Grease (mg/l)	≤ 20 mg/l*	0.93±0.63	0.27-2.00	0.71±0.58	0.00-1.47
Total Kjeldahl Nitrogen (mg/l)	≤ 35 mg/l*	78.00±15.50	60.20-102.20	6.63±3.66	0.75-9.89

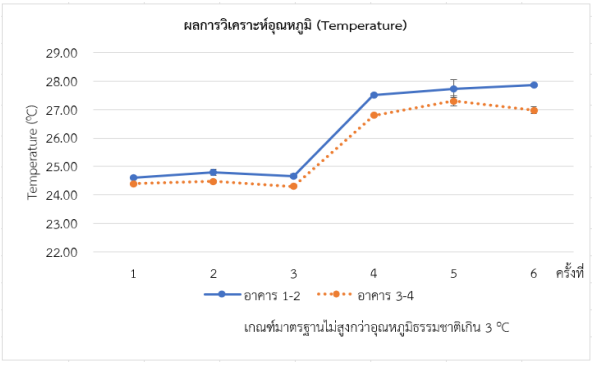
**ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ประกาศ ณ วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548*

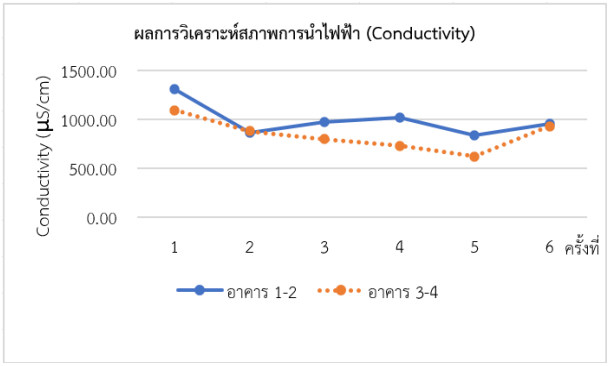
*** ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน*

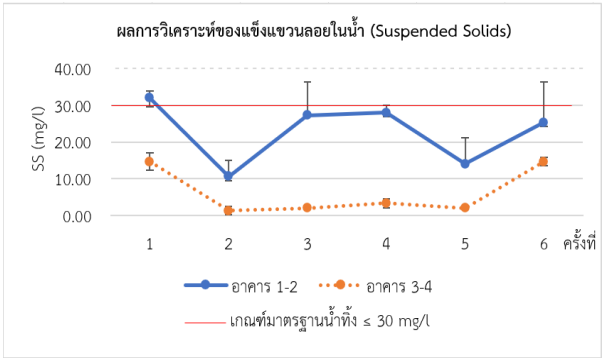
**** ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากโรงงาน พ.ศ. 2560*

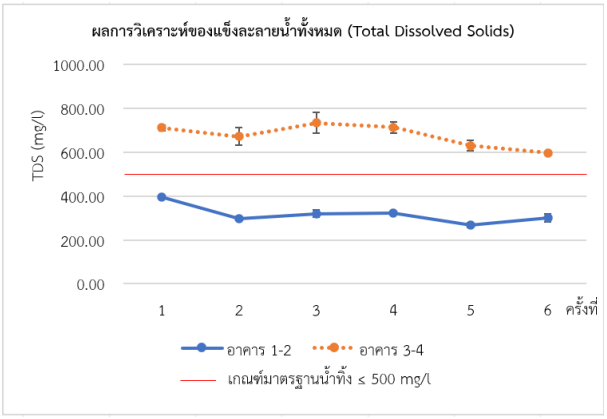
ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งทางกายภาพและทางเคมี คณะสาธารณสุขศาสตร์ อาคาร 1-2 และอาคาร 3-4 ของแต่ละพารามิเตอร์ แสดงดังภาพประกอบที่ 1 และภาพประกอบที่ 2

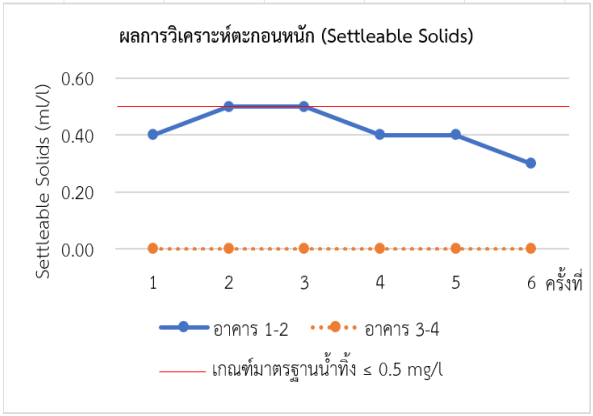




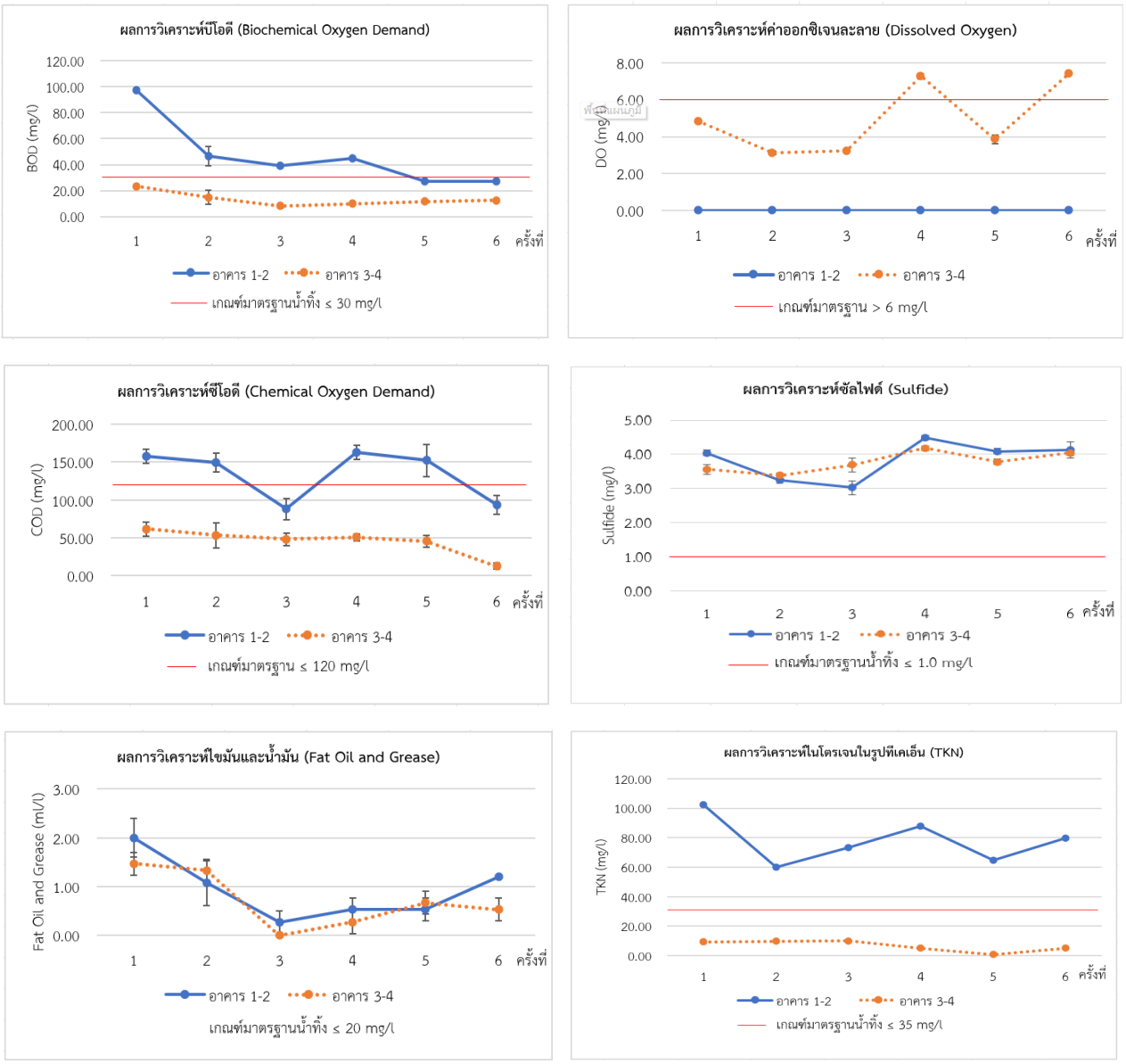








ภาพประกอบที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งทางกายภาพ



ภาพประกอบที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งทางเคมี

สรุปและอภิปรายผล

จากการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งจากอาคารคณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 2 แหล่ง คือ อาคาร 1-2 และอาคาร 3-4 ระหว่างเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2566 ทำการวิเคราะห์ทั้งทางกายภาพและทางเคมี จำนวน 12 พารามิเตอร์ ได้แก่ ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) อุณหภูมิ (Temperature) สภาพนำไฟฟ้า (Conductivity) ของแข็งแขวนลอยในน้ำ (Suspended Solids) ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) ตะกอนหนัก

(Settleable solids) บีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) ค่าออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen) ซีโอดี (Chemical Oxygen Demand) ซัลไฟด์ (Sulfide) ไขมันและน้ำมัน (Oil and Grease) ค่าไนโตรเจนในรูปทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) รายละเอียดดังนี้

น้ำทิ้งจากอาคาร 1-2 เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานน้ำทิ้งจากอาคารตามกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม[2] กำหนด มีทั้งพารามิเตอร์ที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยพารามิเตอร์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ ค่าความเป็นกรดและด่าง (pH) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.78 ของแข็งแขวนลอยในน้ำ (Suspended Solids) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.89 mg/l ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 317.06 mg/l ตะกอนหนัก (Settleable solids) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.42 ml/l และน้ำมันและไขมัน (Oil and Grease) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 mg/l ผลการวิเคราะห์อุณหภูมิ (Temperature) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.20 °C อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน[9] และพารามิเตอร์ที่มีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้ง ได้แก่ บีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.77 mg/l มีค่าสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งมาตรฐานต้องมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 mg/l บีโอดีเป็นค่าที่บ่งบอกถึงปริมาณออกซิเจนที่จุลินทรีย์ใช้ในการย่อยสลายสายอินทรีย์ ค่าบีโอดีสูงแสดงว่าความต้องการใช้ออกซิเจนของจุลินทรีย์สูง แสดงว่าน้ำทิ้งมีสารอินทรีย์ปะปนในน้ำมากหรือน้ำทิ้งมีความสกปรก[10, 11] อาจเกิดจากในน้ำทิ้งมีปริมาณสารอินทรีย์ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เช่น สิ่งขับถ่ายจากคน เศษข้าว เศษอาหาร หรือเศษพืชผักต่าง ๆ มาก เมื่อในน้ำมีความต้องการใช้ออกซิเจนมาก เพื่อสลายจุลินทรีย์ที่มีจำนวนมาก จึงทำให้ระดับออกซิเจนละลายน้ำลดลง ส่งผลให้น้ำเกิดสภาพเน่าเหม็น มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจวิเคราะห์ออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen) มีค่าเฉลี่ย 0.00 mg/l ไม่ตรวจพบออกซิเจนละลาย อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำกว่ามาตรฐานน้ำผิวดิน ซึ่งตามมาตรฐานต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 6 mg/l[9] มีความสัมพันธ์กับค่าไนโตรเจนทั้งหมด โดยผลการวิเคราะห์ค่าไนโตรเจนในรูปทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78 mg/l มีค่าสูงเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งค่ามาตรฐานต้องมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 mg/l ค่าทีเคเอ็นเป็นค่าไนโตรเจนที่อยู่ในรูปแอมโมเนียและออร์แกนิกไนโตรเจนที่ละลายอยู่ในตัวอย่างน้ำ ส่วนหนึ่งเกิดจากโปรตีน (กรดอะมิโน) ที่อยู่ในสารอินทรีย์มาก ๆ ส่งผลให้ค่าทีเคเอ็นสูง และผลการวิเคราะห์ซัลไฟด์ (Sulfide) พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 mg/l ซึ่งสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน มาตรฐานต้องมีค่าน้อยกว่าเท่ากับ 1.0 mg/l ค่าซัลไฟด์ (Sulfide) เป็นค่าที่บอกถึงสภาพอากาศที่อยู่ในระบบ ถ้าค่าซัลไฟด์ (Sulfide) สูงแสดงว่าอากาศในน้ำต่ำหรือไม่เพียงพอ[12] มีความสัมพันธ์กับค่าออกซิเจนละลายน้ำที่วิเคราะห์ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของปรีดา สีบานเย็น และสืบสกุล คุรุรัตน์[13] พบว่า ได้ทดสอบอัตราอากาศในน้ำเสีย โดยการอัดอากาศที่ 6 ลิตรต่อนาที จากปริมาณซัลไฟด์ (Sulfide) ในน้ำเสีย 2 mg/l สามารถทำให้ลดลงเป็น 0 mg/l ได้ในเวลา 6 นาที ทำให้ปริมาณออกซิเจนในน้ำเพิ่มขึ้น จาก 6.72 mg/l เป็น 7.57 mg/l และพบว่าปริมาณออกซิเจนในน้ำเพิ่มขึ้น ค่าซัลไฟด์ (Sulfide) จะลดลง และในทางกลับกันหากปริมาณออกซิเจนลดลงค่าซัลไฟด์ (Sulfide) จะเพิ่มขึ้น ดังนั้น อาคาร 1-2 ควรปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย โดยเฉพาะบ่อเติมอากาศ เพื่อเพิ่มออกซิเจน เพราะออกซิเจนส่งผลต่อทั้งบีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) ออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen) ค่าไนโตรเจนในรูปทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) และซัลไฟด์ (Sulfide)

น้ำทิ้งจากอาคาร 3-4 เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานน้ำทิ้งจากอาคาร ตามกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม[2] กำหนด มีทั้งพารามิเตอร์ที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยพารามิเตอร์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ บีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.87 mg/l ของแข็งแขวนลอยในน้ำ (Suspended Solids) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6 mg/l ตะกอนหนัก (Settle able Solids) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 มิลลิลิตรต่อลิตร น้ำมันและไขมัน (Oil and Grease) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.71 mg/l ทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.63 mg/l และผลการวิเคราะห์อุณหภูมิ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.71 °C อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน[9] และพารามิเตอร์ที่มีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ ค่าความเป็นกรดและด่าง (pH) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งค่ามาตรฐานต้องมีค่าระหว่าง 5-9 จะเห็นได้ว่าน้ำมีค่าความเป็นกรด อาจเนื่องมาจากการเติมกรดและด่างลงไปไม่มีความสมดุลเพื่อปรับสภาพน้ำ จึงทำให้น้ำทิ้งสภาพเป็นกรด ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 676.22 mg/l มีค่าสูงเกิน เกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งค่ามาตรฐานต้องมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 mg/l ค่าของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) จะแปรผันตรงกับค่าสภาพนำไฟฟ้า (Conductivity) โดยสภาพนำไฟฟ้า (Conductivity) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 842.05 uS/cm ค่าสภาพนำไฟฟ้า (Conductivity) จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับสารอนินทรีย์ที่ละลายน้ำได้ เช่น สารประกอบคาร์บอเนต คลอไรด์ และซัลไฟด์ (Sulfide) ซึ่งค่าซัลไฟด์ที่ตรวจพบในตัวอย่างน้ำทิ้งมีค่าเฉลี่ย 3.77 mg/l มีค่าสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งมาตรฐานต้องมีค่าน้อยกว่าเท่ากับ 1.0 mg/l และมีค่าออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen) เฉลี่ย 4.96 mg/l ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน[9]

จากการศึกษาพบว่า น้ำทิ้งจากอาคาร 1-2 ผลการวิเคราะห์ ค่าบีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) ซัลไฟด์ (Sulfide) และค่าไนโตรเจนในรูปทีเคเอ็น (Total Kjeldahl Nitrogen) อยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้ง ส่วนค่าออกซิเจนละลาย (Dissolved Oxygen) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้ง จึงไม่มีออกซิเจนเพียงพอในระบบสำหรับให้จุลินทรีย์ใช้ในการย่อยสลายสารอินทรีย์ จึงเกิดการหมักหมม ของสารอินทรีย์ ส่งผลให้เกิดกลิ่นเหม็น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตในน้ำ ซึ่งอาจทำให้สิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในน้ำเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน นอกจากนี้ ค่าออกซิเจนละลายน้ำที่ต่ำ ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพของตะกอนและดินในบริเวณรอบ ๆ น้ำด้วย การเพิ่มค่าออกซิเจนละลายน้ำในน้ำเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาสิ่งมีชีวิตในน้ำและรักษาความสมดุลของระบบนิเวศน์[14] จึงควรมีการตรวจเช็คระบบบำบัดของเสียทุกขั้นตอน โดยเฉพาะบ่อเติมอากาศ และอาคาร 3-4 ผลการวิเคราะห์มีค่าความเป็นกรดด่าง (pH) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้ง ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total Dissolved Solids) และซัลไฟด์ (Sulfide) อยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้ง ระบบบำบัดน้ำเสียอาคาร 3-4 ในขั้นตอนการเติมกรดและด่างอาจมีความชำรุด จึงส่งผลต่อการปรับสภาพน้ำ ทำให้น้ำทิ้งมีความเป็นกรดและสกปรก จึงขอเสนอแนะหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการปรับปรุงบำบัดน้ำเสียให้ถูกต้องได้มาตรฐานทั้งสองอาคาร และทำการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำอีกครั้ง

ดังนั้น น้ำทิ้งจากอาคาร 1-2 และอาคาร 3-4 ควรมีการบำบัดหรือปรับปรุงคุณภาพน้ำทิ้งให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม[2] ก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรตรวจเช็คและปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียของอาคารทั้งสองแห่ง และทำการตรวจวัดคุณภาพน้ำทิ้งก่อนปล่อยน้ำทิ้งลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ

2. ควรศึกษาคุณภาพน้ำทิ้งพารามิเตอร์อื่น ๆ เช่น ฟอสเฟต โลหะหนัก แบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มทั้งหมด (Total Coliform Bacteria) และแบคทีเรียกลุ่มฟีคัลโคลิฟอร์ม (Faecal Coliform Bacteria) เป็นต้นเพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการวางแผนการจัดการน้ำเสียของคณะสาธารณสุขศาสตร์ต่อไป

3. ควรมีการกำหนดช่วงเวลาตรวจวิเคราะห์คุณภาพทิ้งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังและปรับปรุงคุณภาพน้ำทิ้งให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ (ทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณรายได้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา สัญญาเลขที่ PHUPR2R 01/2566) และให้ความอนุเคราะห์ใช้ห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ และเครื่องมือในการวิเคราะห์ ขอบพระคุณผู้บริหารคณะสาธารณสุขศาสตร์ อาจารย์ในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา งานสิ่งแวดล้อม กองอาคารสถานที่ มหาวิทยาลัยพะเยา ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับน้ำเสีย น้ำทิ้ง และการบำบัดน้ำเสียของอาคารคณะสาธารณสุขศาสตร์ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในทุกขั้นตอนจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จันทวัน เบ็ญจวรรณ์. ทรัพยากรน้ำ [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 67]. เข้าถึงจาก http://human.tru.ac.th/elearning/Human%20Being/human-detail3_6.html
2. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด [อินเตอร์เน็ต]. 2548 [สืบค้นเมื่อ 16 มิ.ย. 66]. เข้าถึงจาก https://www.pcd.go.th/laws
3. WHO. Fact sheet: water and sanitation. Europe, World Health Organization [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 28]. Available from: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/water-and-sanitation.
4. ศศิธร มั่นเจริญ จันทิมา ปิยะพงษ์ สุดารัตน์ ไชยศรีหา และเสาวนีย์ เวียงนิล . การวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักเพื่อติดตามและเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระบบลุ่มน้ำบริเวณพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกสำหรับการพัฒนาอย่างยั่งยืน. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์; 2562.
5. งานสิ่งแวดล้อม กองอาคารสถานที่ มหาวิทยาลัยพะเยา. ผังตำแหน่งและประเภทของระบบบำบัดน้ำเสียประจำอาคาร. 2566.
6. งานสิ่งแวดล้อม กองอาคารสถานที่ มหาวิทยาลัยพะเยา. รายงานปริมาณการใช้น้ำแต่ละหน่วยงาน มหาวิทยาลัยพะเยา. 2566.
7. สำนักจัดการคุณภาพน้ำ กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. วิธีปฏิบัติสำหรับการเก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งกำเนิดมลพิษ. [อินเตอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 66]. เข้าถึงจาก https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2021/03/pcdnew-2021-03-23_02-13-25_056344.pdf
8. APHA, AWWA and WEF. Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater. 24th edition. Washington DC: American Public Health Association; 2023.
9. คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2537) เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งในแหลางน้ำผิวดิน [อินเตอร์เน็ต]. 2537 [สืบค้นเมื่อ 23 มิ.ย. 67]. เข้าถึงจาก https://www.pcd.go.th/laws/4168

10. ทัศไนย ศุภนราพรรค์. การพัฒนาต้นแบบระบบบำบัดน้ำเสียด้วยเทคนิคพลาสมาใต้น้ำ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2561.
11. Bishwa Bandhu Timsina, Suman Man Shrestha and Mukul Upadhyaya. Physicochemical and microbial assessment of effluent from slaughter slab in Kirtipur Municipality, Kathmandu, Nepal. Nep J Environ Sci 2023; 11(1):37-45.
12. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสียเบื้องต้น และการตรวจสอบระบบบำบัดน้ำเสียด้วยตนเอง [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 23 มิ.ย. 67]. เข้าถึงจาก http://cac.pcd.go.th/images/ptechResource/PublishDoc/2558-CAC treatment/CAC_manual-58.pdf
13. ปรีดา สีบานเย็น และสืบสกุล คุรุรัตน์. การอัดอากาศเพื่อลดซัลไฟด์ในน้ำเสีย. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา ประจำปีการศึกษา 2560 2560; 301-307.
14. Ogbonna, D.N., and Ideriah, T.J. (2014). Effect of abattoir wastewater on physicochemical characteristics of soil and sediment in Southern Nigeria. Journal of Scientific Research and Reports 2014; 3(12): 1612-1632.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

The effect of education program on the knowledge and self-care behavior of pregnant women to reduce iron deficiency anemia.

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

พันธุ์ทิพย์ ภักดีพัฒนาทร[1]ประยูร ภักดีพัฒนาทร[2]
Punthip Pukdeepatanatorn[1] Prayoon Pukdeepatanatorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังจำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าโดยใช้สถิติ paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่างอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 53.30 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.30 อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี ร้อยละ 80 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90 ไม่มีประวัติแพ้ยา ร้อยละ 80 ปัจจุบันตั้งครรภ์ครรภ์แรก ร้อยละ 40 ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 66.70 ประวัติไม่เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 90 ขณะตั้งครรภ์รับประทานอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ ร้อยละ 80 และรับประทานอาหารประเภทนม 2-3 แก้วและเกลือ ≤ 1 ช้อนชาต่อวัน ร้อยละ 73.33 ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 15.17) พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.41) และระดับค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับที่ปกติ ($\bar{x}$ = 34.67) เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) และมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.72)

คำสำคัญ: การให้ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์, ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

Abstract

The research was quasi Experimental Research study aimed to evaluate the effectiveness of an educational program on knowledge and self-care behaviors in pregnant women to reduce iron deficiency anemia at the Health Promotion Hospital, Regional Health Center 5, Ratchaburi. The study employed a single-group pre- and post-test design with a sample size of 30 participants. Data were collected using questionnaires and analyzed using percentage, mean, standard deviation, and paired sample t-test, with a significance level set at 0.05.

The findings revealed that the majority of pregnant women are between 21-30 years old, accounting for 53.30%. Of these women, 43.30% have a bachelor's degree, and 80% reside in Ratchaburi Province. Additionally, 80% are engaged in trading or own businesses, 36.70% have no chronic diseases, and 90% have no history of drug allergies. Furthermore, 80% are currently experiencing their first pregnancy, and 40% have initiated prenatal

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
[2] กองกลาง สำนักงานอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก

care before 12 weeks of gestation. Notably, 66.70% have a history of never having given birth to a baby weighing less than 2,500 grams. During pregnancy, 80% of participants consume three main meals per day, and 73.33% consume 2-3 glasses of milk and less than 1 teaspoon of salt daily. Post-program, the knowledge of self-care among pregnant women was found to be at a high level ($\bar{x}$ = 15.17), overall self-care behaviors were also high ($\bar{x}$ = 4.41), and the hematocrit levels were within normal range ($\bar{x}$ = 34.67), showing a significant statistical increase from before the program (p-value < .05). Overall satisfaction with the program was at the highest level ($\bar{x}$ = 4.72).

Keywords : knowledge, self-care behavior of pregnant women, iron deficiency anemia.

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) น้อยกว่า 11.0 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสแรกและไตรมาสที่สามหรือน้อยกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตรในไตรมาสที่สองหรือค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) น้อยกว่า 33 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง[1] จากการสำรวจสถิติทั่วโลกในปี 2562 มีภาวะโลหิตจางในผู้หญิงอายุ 15-49 ปี พบร้อยละ 29.9 ในหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์และพบร้อยละ 36.5 ในหญิงตั้งครรภ์[2] อีกทั้งมีความชุกสูงในผู้หญิงประเทศแถบเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราความชุกที่ร้อยละ 47 ในกลุ่มหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์และพบร้อยละ 52 ในหญิงตั้งครรภ์ [2,3] และภาวะโลหิตจางของประเทศไทยก็เช่นกัน ในปี 2566 ผู้หญิงไทยอายุ 15-49 ปี ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์พบผู้ที่มีภาวะโลหิตจาง 391,984 คน ในหญิงที่เข้ารับการตรวจ 1,049,587 คน คิดเป็นร้อยละ 37.35 ซึ่งสูงกว่าในปี 2565 (28.89) ร้อยละ 8.45 และพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ 76,667 คน จากหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจ 121,690 คน คิดเป็นร้อยละ 63[4] จะเห็นได้ว่าภาวะโลหิตจางยังคงเป็นปัญหาท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ในประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินโครงการด้านสุขภาพและโภชนาการของมารดาที่แตกต่างกันก็ตาม[3]

ขณะที่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต้องการลดอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เหลือเพียงร้อยละ 10 กรมอนามัยจึงได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางลดลงร้อยละ1ต่อปี จากปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ ≤14 จนถึง ≤10 ใน 2570 เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลงและลดอัตราตายในหญิงตั้งครรภ์ จากข้อมูลการเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมกรมอนามัย พ.ศ.2566 พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2566 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 16.06 16.43 15.10 14.69 15.64 และ15.97 ตามลำดับ[4] ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่กรมอนามัยกำหนดและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากรายงานของศูนย์อนามัยที่ 5 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หญิงตั้งครรภ์มีผลค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) ครั้งที่ 2 พบภาวะโลหิตจาง (Hematocrit น้อยกว่า 33 %) ร้อยละ 15.52 และหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 16.60 [5] ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดที่กรมอนามัยกำหนด

ภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์เกิดได้หลายปัจจัย เช่น อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์[6] ปริมาณธาตุเหล็กที่ได้รับโดยเฉลี่ยต่อวันและการได้รับยาเม็ดวิตามินซีร่วมกับยาเสริมธาตุเหล็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางโดย

มีผลให้ภาวะโลหิตจางดีขึ้น[7] และผู้ที่มีช่องทางการเข้าถึงวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก[8] ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อมารดาและทารก[9-10] ผลต่อมารดาทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ มีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หน้ามืด เป็นลม ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การแท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตถ้าเสียเลือดมากในขณะคลอด อย่างไรก็ตามภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์สามารถป้องกันและแก้ไขได้ โดยการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตลอดการตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมของธาตุเหล็ก รวมทั้งหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก[11,12,13] ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผู้ดูแลเมื่อมารับบริการฝากครรภ์จึงมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก[14]

แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง[15,16] เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมกันเกิดเป็นความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยเริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันผ่านการติดต่อสื่อสาร 2) การค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติ พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูลและคิดวิธีการที่นำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ข้อตกลงร่วมกันไว้ และ 3) ร่วมกันประเมินผลพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ ความสำเร็จดังกล่าวตามเป้าหมายจะสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง[16] และการนำเทคโนโลยีมัลติมีเดียมาสนับสนุนการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมาใช้สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้[17]

ในปี 2566 หญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 16.60[5] ซึ่งภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นความเสี่ยงสูงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางการให้ความรู้และศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จากการประยุกต์ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการสื่อสารให้รับรู้สถานการณ์ มีการตั้งเป้าหมายและกำหนดจุดมุ่งหมายของความสำเร็จร่วมกันตามแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง[15] กับการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพชีวิตและสวัสดิภาพของตนเองตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม[18] มาสร้างเป็นกระบวนการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อพัฒนาศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความรู้เพียงพอ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและสามารถป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ อันจะนำไปสู่การสร้างสุขภาวะที่ดีให้แก่มารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ช่วงเวลาระหว่างเดือน มกราคม – มิถุนายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คัดเลือกตามเกณฑ์ การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีภาวะโลหิตจางมีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) น้อยกว่า 33 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 32±2 สัปดาห์) 2) เข้าใจภาษาไทย สื่อสารได้และอ่านออกเขียนได้ 3) มีผลการคัดกรองภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมียปกติ 4) มีและสามารถใช้สมาร์ตโฟนที่มีแอปพลิเคชันไลน์ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ในการวิจัยนี้ คือ 1) หญิงตั้งครรภ์มีประวัติของการเป็นโรคเลือดอื่น ๆ เช่น ภาวะพร่องเอ็นไซม์ G-6PD Systemic Lupus Erythematosus และ Aplastic anemia 2) เวชระเบียนสูญหาย 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 3 ครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูล งานวิจัย เอกสารวิชาการ เพื่อทบทวนวรรณกรรม วิธีการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั้งในและต่างประเทศ

2. พัฒนาโปรแกรมให้ความรู้และทดสอบเครื่องมือโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปปรับแก้ก่อนนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับหญิงตั้งครรภ์คนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน

3. หลังจากได้รับอนุมัติการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง แนะนำและอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัยพร้อมแจกเอกสารคำอธิบายโครงการให้ทราบเหตุผลของการทำวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้

ซักถามและให้เวลาในการตัดสินใจหรืออาจนำเอกสารคำอธิบายกลับไปปรึกษาญาติได้

4. กรณีผู้เข้าร่วมโครงการยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน

ขั้นดำเนินการ

1. หลังจากกลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยลงลายมือชื่อในใบยินยอม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง เป็นค่าพื้นฐานและทำซ้ำเมื่อจบการวิจัย

2. ผู้วิจัยจัดโปรแกรมการให้ความรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดกิจกรรมแบบรายบุคคลจำนวน 1 ครั้ง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตัวกับหญิงตั้งครรภ์พร้อมสามีหรือญาติ ให้รู้สึกเป็นกันเอง ไว้วางใจได้ เพื่อให้เกิดการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หลังจากการเจาะตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 32±2สัปดาห์) ผู้วิจัยแจ้งผลเลือดและให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโปรแกรมในการดูแลตนเอง โดยเสนอวิธีการที่เป็นไปได้หรือคัดเลือกวิธีจากคู่มือดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3. หลังจากได้รับความรู้จากผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเรียนรู้ด้วยตนเองโดยเข้าแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการทบทวนความรู้ในการดูแลตนเอง หลังให้โปรแกรมไปแล้ว 1 สัปดาห์ผู้วิจัยติดตามการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เพื่อประเมินหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมคลอดบุตรแล้วในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจค่าฮีมาโตคริต (Hct) จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

5. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ก่อนวันกลับบ้าน

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรมแกรมทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าฮีมาโตคริต (Hct) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ

7. สรุปผลและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 2 ชุด ได้แก่

1. โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วย 3 ครั้ง 5 ขั้นตอน

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้โดยผู้วิจัย สถานที่คลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และการเรียนรู้อย่างมีปฏิสัมพันธ์

ผ่านสื่อเทคโนโลยีได้ตลอดเวลา (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อกำหนดเป้าหมายลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้โดยผู้วิจัยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) สนับสนุนให้สามีและญาติได้รับรู้ปัญหาคำแนะนำ เพื่อช่วยเหลือและกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ให้มีความมั่นในการดูแลตนเองตามที่ตกลงร่วมกัน เมื่ออยู่ที่บ้าน 2) เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุยระบายความรู้สึก แสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้ค้นหาสาเหตุและผลกระทบ ปัจจัยที่ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง 3) ให้เลือกวิธีการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก อาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การป้องกันภาวะโลหิตจาง ตามศักยภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

- ทบทวนความรู้ผ่านคู่มือการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในรูปแบบอินโฟกราฟิกส์ (Infographics) และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

- ทบทวนโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ครั้งที่ 2 การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามการดูแลตนเองหลังให้โปรแกรมไปแล้ว 1 สัปดาห์ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังให้โปรแกรมฯทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 5 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง กระตุ้น ให้กำลังใจ เสริมแรง ให้การชมเชย ผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและบันทึกลงแบบบันทึกการติดตามดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 3 การติดตามประเมินผลและสรุปผล (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมเก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 2) บันทึกผลค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) 3) ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณหญิงตั้งครรภ์นำข้อมูลมาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าฮีมาโตคริต (Hct) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ

2. คู่มือการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ ประวัติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว และพฤติกรรมการรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบทดสอบเลือกตอบลักษณะถูก/ผิด จำนวน 17 ข้อ ค่าคะแนน แต่ละข้อ 0-1 คะแนนรวม 17 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[19] ดังนี้

คะแนนรวม 0-6 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวม 7-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 13-17 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยก่อนนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามทั้งชุดประกอบด้วย 23 ข้อ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ปรับแบบสอบถามทั้งชุดเหลือ 18 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน โดยแบบสอบถามเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด มีรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-6) 2) ด้านการรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 7-8) 3) ด้านการงดอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 9-11) 4) ด้านการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 12-15) และ 5) ด้านการป้องกันภาวะโลหิตจางจากปัจจัยอื่น จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 15-18) เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง มี 5 ระดับ[13] คือ 5 เท่ากับทำประจำ 7 วัน /สัปดาห์ 4 เท่ากับทำบ่อย 4-5 วัน /สัปดาห์ 3 เท่ากับบางครั้ง 2-3 วัน /สัปดาห์ 2 เท่ากับน้อยครั้ง 1วัน /สัปดาห์ และ 1 เท่ากับไม่ปฏิบัติเลย ค่าคะแนนแต่ละข้อ 1-5 คะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยอิงเกณฑ์ 3 ระดับ[16] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-1.99 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.00-3.99 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00-5.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มี 5 ระดับ[20] คือ 5 เท่ากับความพึงพอใจมากที่สุด 4 เท่ากับความพึงพอใจมาก 3 เท่ากับความพึงพอใจปานกลาง 2 เท่ากับความพึงพอใจน้อย และ 1 เท่ากับความพึงพอใจน้อยที่สุด โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ น้อยที่สุด

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ น้อย

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มาก

คะแนนค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน สูติแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์-นรีเวช 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยฝากครรภ์ 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้ออยู่ระหว่าง 0.91-1.00 ส่วนโปรแกรมที่ออกแบบให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ จากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดสอบ (Tryout) กับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 30 ชุด และวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้

(Reliability)[21] โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้เท่ากับ 0.73 และใช้ KR-20 สำหรับแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.48

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณา ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริต (Hct) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี รหัสโครงการเลขที่ 7/2567 ลงวันที่ 31 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: พบว่า กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่างอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 53.30 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.30 อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี ร้อยละ 80 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90 ไม่มีประวัติแพ้ยา ร้อยละ 80 ปัจจุบันตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 40 ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 66.70 ประวัติไม่เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 90 ขณะตั้งครรภ์รับประทานอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ ร้อยละ 80 และรับประทานอาหารประเภทนม 2-3 แก้วและเกลือ ≤ 1 ช้อนชาต่อวัน ร้อยละ 73.33

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 13.80) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 15.17) เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.41)เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) โดยด้านการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x}$ = 4.66) รองลงมา คือ ด้านการป้องกันภาวะโลหิตจาง ($\bar{x}$ = 4.59)

4. ระดับค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี หลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ พบว่า ระดับค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

5. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.72) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจสูงที่สุด ได้แก่ด้านข้อมูลและเนื้อหาสื่อ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.87) รองลงมาได้แก่ ด้านการออกแบบสื่อ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.77) และด้านการรับรู้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.50) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สรุปได้ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 15.17) เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยหลายวิจัย [22,23,24,25] การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์โดยพยาบาล การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับพยาบาลทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และการให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ช่วยให้มีความรู้ที่เพิ่มขึ้น[25] เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถทบทวนและเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองได้ตลอดเวลาตามต้องการ

2. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.41) เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในหลาย ๆ เรื่อง[22,23,24,25,26,27,28,29] เป็นความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง[26] มีพยาบาลดูแล กำกับ ติดตามทางโทรศัพท์ตั้งแต่การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กการงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และการป้องกันภาวะโลหิตจางเพิ่ม[12] ร่วมกับการประเมินผลพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ ความสำเร็จดังกล่าวขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ และการดูแลด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์หลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

3. เมื่อเปรียบเทียบระดับค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี หลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) จากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก การงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกวิธี และการป้องกันภาวะโลหิตจางเพิ่มจากสาเหตุอื่นได้[12,27] ส่งผลให้ระดับค่าฮีมาโตคริตสูงขึ้นได้

4. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.72) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจสูงที่สุดได้แก่ ด้านข้อมูลและเนื้อหาสื่ออยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.87) มีความยาวของเนื้อหาเหมาะสม ($\bar{x}$ = 4.97) รองลงมาได้แก่ ด้านการออกแบบสื่อ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.77) และด้านการรับรู้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.50) ตามลำดับ อันเนื่องมาจากข้อมูลและเนื้อหาสื่อต้องเป็นประโยชน์และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ($\bar{x}$ = 4.93) นำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตามข้อตกลงร่วมกันไว้ รวมถึงการออกแบบสื่อที่มีความน่าสนใจ ($\bar{x}$ = 4.87) เนื้อหามีความยาวของเนื้อหาเหมาะสม ($\bar{x}$ = 4.97) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) เพื่อลดปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กควรจัดทำแนวทางการดูแลรักษาเพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เช่น ส่งเสริมการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหาร เป็นต้น เสริมสร้างให้หญิงตั้งครรภ์มีค่า Hct เพิ่มขึ้น

2) สนับสนุนและขับเคลื่อนตามนโยบายการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์อย่างมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและลดอัตราตายในหญิงตั้งครรภ์ได้

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1) พยาบาลให้คำปรึกษาต้องมีกระบวนการพูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย มีขั้นตอนและมีการใช้ทักษะเฉพาะที่เหมาะสมจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

2) ภาวะโลหิตจางสามารถเกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ทั้งความหลากหลายของบุคคลไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอายุ ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา วัฒนธรรม สังคม รสนิยม สถานภาพทางสังคม จึงเป็นอุปสรรคในการให้คำปรึกษา อีกทั้งพยาบาลให้คำปรึกษาต้องมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ซึ่งต้องพัฒนาผู้ให้คำปรึกษามีทักษะต่าง ๆ ความรู้และความชำนาญ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้การตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการให้คำปรึกษาต่อการยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์แบบคู่ เพื่อทำให้การตัดสินใจยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ทารกในครรภ์เพิ่มขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health organization. Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control : A guide for programe managers. Geneva : WHO ; 2001.
2. World Health organization. Anaemia in women and children: WHO Global Anaemia estimates, 2021 Edition. The WHO Reproductive Health Library[online] 2023[cited 2023 December 2]. Accessible from: https://www.who.int/data/gho/data/themes /topics/anaemia_in_women_and_children
3. Sunuwar D, Singh D, Chaudhary N, Pradhan P, Rai P, Tiwari K. Prevalence and factors associated with anemia among women of reproductive age in seven South and Southeast Asian countries: Evidence from nationally representative surveys. PLoS ONE, 2020; 1-17, 15(8)
4. กรมอนามัย. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ระดับเขตสุขภาพ. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.[ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/anemia1549/index?year=2023
5. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง. [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc.go.th/standard/result_graph2.php? code=1604.
6. ระพีพร แพทย์จะเกร็ง, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, เรณุการ์ ทองคำรอด.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์ของสตรีมุสลิม ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปัตตานี.วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565; 5(1), 10-21.

7. กันยา โพธิปิติ. การศึกษาผลการให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5. [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc.go.th/rcenter/fulltext/20190909105047_3059/20190909105152_1035.pdf
8. ปภาวี ไชยรักษ์. ปัจจัยคาดทำนายการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกก่อนตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธ์ไทย. วารสารสหศาสตร์. 2564; 21(1), 136-151.
9. CDC criteria for anemia in children and childbearing-aged women. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 1989; 38(22), 400-404.
10. Breymann C. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. Seminars in Hematology . 2015; 52(4), 339-347
11. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง. [ออนไลน์] 2566. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download /?did=213240&id=104798&reloa
12. วรรณพร คำพิลา, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, สุกัญญา รักศรี, ปวินตรา มานาดี, ทิพวรรณ ทัพซ้าย, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล. การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2565; 30(2), 134-142.
13. ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ, กรรณิการ์ กันธะรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์. วิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2561; 45(1), 62-74
14. วราภรณ์ อัครงามสิริ , สุวรรณณา อนุสันติ , แก้วตะวัน ศิริลักขณานันท์. ผลของการจัดการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเอกชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562; 22(1), 313-320.
15. King, I. M. Evidence-based nursing practice.: Theories. Journal of Nursing Theory, 2000;9(2),4-9.
16. นวพร วุฒิธรรม,ปุณยนุช พิมใจใส. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2561; 24(1),139-148.
17. Chunuan,S. Pinsuwan, S.Chatchawet, W. Effectiveness of Interactive Learning via Multimedia Technology with Family Support Program among Pregnant Women with Anemia: A Quasi-Experimental Study. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2022; 26(4), 600-612.
18. Orem, D.E. Nursing: Concepts of practices (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book. 1991.
19. Best, John. Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc.1977.
20. Likert, R. New patterns of management. New York: McGraw - Hill Book Company. 1961.
21. ปราณี มีหาญพงษ์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(1), 9-15.
22. ธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.2561; 26(4),40-50.
23. อารมย์ โคกแก้ว, พัทธวรรณ ชูเลิศ, มนัสชนกฑ์ กุลพานิชย์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2565; 9(8),17-31.
24. สมศรี ปลิวมา, หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 2565; 31(2), 165-179
25. อนุสรา มั่นศิลป์, ไพลิน นุกูลกิจ, โสภาพันธ์ สอาด. ผลของโปรแกรมการสอนร่วมกับการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้ และการปฏิบัติในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2566; 16(2), 89-104.
26. เพ็ญพยงค์ ตาระกา , กินรี ชัยสวรรค์ ,ธนพร แย้มสุดา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารแพทย์นาวี. 2562; 46(2), 319-335.

27. นวพร วุฒิธรรม, ปุณยนุช พิมใจใส. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2561; 24(1),139-148.
28. สมศรี ปลิวมา , หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565; 31(2), 165-179.
29. สุรีย์ สร้อยทอง. ผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. โรงพยาบาลสกลนคร, 2566; 1-13.

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

Factors affecting health literacy in patients with Hypertension, Mueang District, Nakhon Phanom Province.

(Received: August 11,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

ธวัช จันแดง[1]
Tawat Jandang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 337 คน ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แรงสนับสนุนทางสังคม 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ 4) ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาตัวแบบในการทำนาย โดยใช้ สถิติการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบขั้นตอน (Stepwise) ที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.40) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 8.31 S.D. =2.01) และแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.24,S.D. = 053) สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 49 (R = 0.70 R^2 = 0.49 Adjust R^2 = 0,485)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study health literacy and factors influencing health literacy in hypertension patients in Mueang District, Nakhon Phanom Province. A sample of 337 people was used to collect data using a 4-part questionnaire: 1) personal information, 2) social support, 3) knowledge about hypertension, and 4) health literacy of hypertension patients. Data were analyzed using descriptive statistics, mean, percentage, and standard deviation, and a prediction model was found using Multiple Linear Regression Analysis with a stepwise model selection method at a significance level of 0.05.

The results of the research found that health literacy of the sample group was at a high level ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.40), knowledge about hypertension was at a high level ($\bar{X}$= 8.31 S.D. =2.01) and social support At a high level ($\bar{X}$ = 4.24,S.D. = 053) it can jointly predict the health literacy of hypertension patients by 49 percent (R = 0.70 R^2 = 0.49 Adjust R^2 = 0,485) .

Keywords: health literacy, hypertension patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย ที่จะลดความชุกของการเกิดโรคความดัน โลหิตสูงให้ได้ร้อยละ 25 ภายในปี ค.ศ. 2025[1]เนื่องจากโรคนี้ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร ทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์ทั้งในเชิงการป้องกันและการรักษาด้วยยา

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนม

แต่พบว่าความชุกของการเกิดโรคนี้ยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศ ที่มีรายได้น้อยและปานกลาง จากสถานการณ์ ของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่ม มากขึ้น สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League)และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ(International Society of Hypertension) จึงได้ให้ความสำคัญในการ เพิ่มการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างความตระหนักต่อสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และช่วยให้บรรลุ 9 เป้าหมายขององค์การสหประชาชาติ ที่ว่าความชุกของ ภาวะความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568[2]

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญของการพัฒนาให้ประชาชน มีความรู้รอบด้านสุขภาพ (Health Literacy) เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ[3] การสาธารณสุขไทย จึงได้กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีความรู้ รอบด้านสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ในข้อที่ 1 ว่า "ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง"[4] ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam[5] มีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ และแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน(Functional health literacy) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และ 3) ระดับวิจารณญาณ(Citical heath literacy)

ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ของคนไทย เพื่อลดการพึ่งพิงบริการไว้ โดยกรมอนามัยได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก และได้มีการจัดตั้ง "สำนักงานโครงการขับเคลื่อน กรมอนามัย 4.0เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส)" ขึ้นเพื่อรองรับการดำเนินงานนโยบายในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข) Health Literacy มีการ ใช้คำที่แตกต่างกันออกไป เช่น ความแตกฉาน ด้านสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาวะความฉลาดทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยงานวิจัยฉบับนี้ จะใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากมีการกำหนดขึ้น โดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข[6] นักวิชาการด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายท่าน ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรูปแบบ V shapemodel ไว้ 6 ด้าน คือ การเข้าถึงความเข้าใจ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ [7]

จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครพนม[8] พบว่าปี 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11,498 ราย ควบคุมคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 55.26 และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนทักษะทางปัญญาและสังคมให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและเป็นแนวทาง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

และใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมษายน 2567 – มิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 11,498 คน

คำนวณโดยใช้สูตรของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. [9]

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

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (χ^2 = 3.841)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร

คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 337 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถาม ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบ ด้วย คำถาม จำนวน 10 ข้อ มี 4 ด้านได้แก่1) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 2 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านทรัพยากรเครื่องมือจำนวน จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านการประเมินผล จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบตัวยสมรรถนะ 6ด้าน คือ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง 6) การรู้เท่าทันสื่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reli ability) ของแบบสอบถามดังนี้ ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.85 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ

0.83 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมมา ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำมา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติในการ วิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครพนม โดยใช้สถิติdการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise)

.ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญ α ที่ 0.05 (p-value < 0.05)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างการวิจัยขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 039/67 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.88 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.12 อายุ พบว่ากลุ่มอายุ 46-55 ปี มีมาก ที่สุดร้อยละ 35.61 รองลงมา 36-45 ปี ร้อยละ 33.53 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี ระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 46.29 รองลงมาคือระดับมัธยมต้น ร้อยละ 20.18 อาชีพหลัก ส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพเกษตรกร มากที่สุด ร้อยละ 38.28 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ด้านสถานภาพสมรส พบว่า สมรส มากที่สุด ร้อยละ 53.41 โสด ร้อยละ 36.80 ในส่วนของรายได้ พบว่า รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.02 รองลงมาร้อยละ 36.20 ด้านโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 61.42 ระยะเวลา ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1- 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 89.61 มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 10.39

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ด้านคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 6 ด้าน อยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.08,S.D. =0.61) และ มีผลคะแนนรายด้านมีดังนี้ 1. ความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x}$ = 4.22,S.D.=0.54) 2. การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร ($\bar{x}$ = 3.99,S.D.=0.61) 3. ทักษะการสื่อสาร ($\bar{x}$ = 3.95,S.D.=0.67) 4. ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x}$ = 3.99,S.D.=0.69) 5.การจัดการตนเอง ($\bar{x}$ = 3.95,S.D.=0.70) 6. การรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x}$ = 3.96, S.D. =0.90) โดยค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างทุกข้ออยู่ในระดับมาก

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.87 รองลมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 28.1 และระดับต่ำร้อยละ 11.41 โดยมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม ($\bar{x}$= 8.31 S.D. =2.01)

แรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 4.24 S.D. =0.54) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเรียงตามคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ด้านแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}$= 4.41 S.D. =0.62) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร เครื่องมือ ($\bar{x}$= 4.24 S.D. =0.65) แรง

สนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{X}$= 4.21 S.D. =0.68) แรงสนับสนุนด้านการประเมินผล ($\bar{X}$= 4.13 S.D.=0.76)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่าอายุและรายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.อายุ	1					
2.รายได้	-.238*	1				
3.ระยะเวลาป่วย	.392*	-0.016	1			
4.แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.085	.144*	-.130*	1		
5.ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	-.182*	0.008	-.239*	.245*	1	
6.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-.215*	0.065	-.210*	.347*	.668*	1

* (p-value < 0.05)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และอายุ สามารถร่วมกันทำนาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 49 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	b	SE(b)	β	t	p-value
(Constant)	0.979	0.256		3.820	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.682	0.046	0.605	14.773	<0.001
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	0.059	0.013	0.191	4.739	<0.001
อายุ	- 0.006	0.003	-0.089	-2.238	<0.001
$R = 0.70$ $R^2 = 0.49$ Adjust $R^2 = 0,485$ F=106.595					

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นสามารถสร้างสมการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ$(\widehat{Y})$ = 0.0979+0.682 (แรงสนับสนุนทางสังคม) +0.059 (ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง) - 0.006 (อายุ)

นอกจากนี้ยังสามารถสร้างสมการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณดังนี้ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน **(Z)** ได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ **(Z)** = 0.605 (แรงสนับสนุนทางสังคม) +0.191 (ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง) - 0.089 (อายุ)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความ รอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า .แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอายุ สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 49 การอภิปรายผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับดี **($\bar{X}$=4.08,S.D. =0.61)** ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วันวิสา ยะเกี่ยงงำ, ณิชารีย์ ใจคำวัง และพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย[10] พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส.ได้ถูกต้อง ทั้งสอดคล้อง กับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ์ ศรเกษตริน, ลินดา คล้ายปักษี, จีราพร ทองดี และกฤษณา สังขมุณีจินดา [11] พบว่ากลุ่มเสียงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ของความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เข้าใจถูกต้องบ้าง (คะแนนอยู่ระหว่าง 12-16)สามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จากผลการศึกษา พบว่าตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 6 ตัวแปร ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบ 3 ตัวแปร ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางสังคม 2) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 3) อายุสามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพครอบครัว ญาติและเพื่อนบ้าน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ ประไพพิศ สิงหเกษม และเยาวลักษณ์ ยิ้มเยือน และคณะ[12] ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแรงสนับสนนทางสังคมสามารถทำนาย การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้นำมาใช้ในการวางแผนกลวิธีในการพัฒนาในหน่วยงานสุขภาพในระดับ ปฐมภูมิ ในการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่

2. ใช้ผลจาการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ที่จะ ใช้ในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มเสี่ยง ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป

2. ควรมีการทำวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Hypertension care in Thailand: Best practices ad challenges 2019.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค ncd พ.ศ. 2562 เบาหวานความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: อักษรและกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.2562
3. World Health Organization. Health promotion Glossar. Geneva: WHO Publications. 1998
4. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนสุขภาพแห่ งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: ระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary
health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259–267
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นทางสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด 2561.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ. เอกสารเผยแพร่โดย อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
8. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ จังหวัดนครพนม รอบที่ 1 ปี 2567.
9. Krejcie, R. V. and Morgan, D.W. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities,” Educational and Psychological Measurement. 30 (3) : 608 - 610.
10. วันวิสา ยะเกี่ยงงำ,ณิชารีย์ ใจคำวัง และพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก.
วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ 2563; 15(2): 97-116.
11. รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล และศศิธร รุจนเวช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์นาวี 2561; 45(3): 509-526.
12. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, เยาวลักษณ์ ยิ้มเยือน และคณะ. ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2559; 8(1): 1-12

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

Health literacy and self-care behavior of patients with type 2 diabetes, Mueang District, Nakhon Phanom Province.

(Received: August 11,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

ธวัช จันแดง[1]
Tawat Jandang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครพนมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและ 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้สถิติ Pearson's correlation ที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.08 , S.D. =0.61) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$= 3.97 S.D. =0.60) เช่นกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทุกด้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง (r = 0.765) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study the level of health literacy and behavior of type 2 diabetes patients and to study the relationship between health literacy and behavior of type 2 diabetes patients in Mueang District, Nakhon Phanom Province. The sample group consisted of 365 people. The data collection was a 3-part questionnaire: 1) personal information, 2) health literacy about diabetes, and 3) self-care behavior of diabetes patients. The data were analyzed using descriptive statistics, mean, percentage, and standard deviation. The relationship between health literacy and self-care behavior of diabetes patients was analyzed using Pearson's correlation at a significance level of 0.05.

The results of the research found that health literacy of diabetes patients in all 6 dimensions was at a high level ($\bar{x}$ = 4.08 , S.D. =0.61) Health care behavior of diabetes patients was also at a high level ($\bar{x}$= 3.97 S.D. =0.60) Overall health literacy in all dimensions and self-care behavior of diabetes patients There was a high positive correlation coefficient (r = 0.765) with statistical significance (p-value < 0.05).

Keywords: health literacy, diabetes patients

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนม

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อ ที่พบได้ในประชากรทุกประเทศทั่วโลก ก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพ เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรม รวมถึงการดำรงชีวิตของคนที่อยู่ดีกินดีเกินไป ขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วน เป็นต้น ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเบาหวานที่พบมากที่สุด คิดเป็นประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด[1]

สถานการณ์ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคนและเพิ่มขึ้นเป็น 463ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 6 คน ในทุก 1 นาที และพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป[2] สำหรับในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ.2559-2561 มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 840,489 , 876, 970 และ 941,226 คน ตามลำดับ[3] ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นผล ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง อาทิเช่น โรคแทรกซ้อนทางตาทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น โรคแทรกซ้อนทางไตทำให้ไตเสื่อม โรคแทรกซ้อนทางเท้าซึ่งมีความผิดปกติทางระบบเส้นประสาท เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้อีกด้วย[4] สาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นั้นเกิดจากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ร่วมกับการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาที่ไม่เหมาะสมกับโรคเช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการรับประทานยา และการจัดการความเครียด เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับศักยภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ถูกหลอกหรือมีพฤติกรรมที่ผิดที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง[5] องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นลักษณะของบุคคล และต้องใช้ทักษะทางสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจใช้ข้อมูลและการใช้บริการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (WHO. 2016)ปัจจุบันปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของประชาชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขณะที่หน่วยงานต่าง ๆ พยายามให้ข้อมูลและพัฒนามาตรการต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล นำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง มีงานวิจัยหลายชิ้น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และยังพบว่า ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่เหมาะสม

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนครพนม[6] ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเท่ากับ 501.11 , 470.41 และ 545.04 จากสถานการณ์โรคเบาหวานอำเภอเมืองจังหวัดนครพนมพบว่าปี 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8,456 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 5,866.15 ผู้วิจัยจึงมีความการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อ

เพิ่มพูนทักษะทางปัญญา และสังคมให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและเป็นแนวทาง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม มีความสัมพันธ์กัน

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมษายน 2567– มิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ในอาศัยเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 8,456 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน

คำนวณโดยใช้สูตรของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. [7]

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

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริโภค จำนวน 15 ข้อ 1) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ และ 3)ด้านการใช้ยาจำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้ ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และ 0.73 ตามลำดับ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

นำแบบสอบถามที่รวบรวม มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ

สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัวสูง โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้สถิติ Pearson's correlation กำหนดระดับนัยสำคัญ α ที่ 0.05 (p-value < 0.05)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 038 /67 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 63.11 เพศชาย ร้อยละ 35.89 อายุ พบว่ากลุ่มอายุ 41-50 ปี มีมากที่สุดร้อย]ะ 38.90 รองลงมา 51-60 ปี ร้อยละ 32.33 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี ($\bar{x}$= 49, SD = 9.60, Max = 80, Min = 29) ระดับการศึกษาพบว่า จบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.03 รองลงมาคือระดับมัธยมต้นร้อยละ 22.19 ในส่วนของรายได้ พบว่า รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.02 รองลงมา 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 39.18 ด้านโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคเบาหวานไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 60.00

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.08, S.D. =0.61) และมีผลคะแนน รายด้าน มีดังนี้ 1 ความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x}$ =4.22, S.D.=0.54) 2, การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}$ =3.99, S.D. =0.61) 3. ทักษะการสื่อสาร ($\bar{x}$ = 3.95, S.D. =0.67) 4. ทักษะการตัดสินใจ($\bar{x}$ = 3.99,S.D. =0.69) 5. การจัดการตนเอง($\bar{x}$ = 3.95, S.D. =0.70) 6. การรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x}$ = 3.96, S.D. =0.90) โดยค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทุกข้ออยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$= 3.97 S.D.=0.60) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยเรียงตามคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ด้านการออกกำลังกาย($\bar{x}$= 4.02 S.D. =0.77) ด้านการใช้ยา ($\bar{x}$= 3.96 S.D. =0.66) และด้านการบริโภค ($\bar{x}$= 3.95 ,S.D.=0.61)

การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทุกด้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง (r = 0.765) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบสัมประสิทธิ์หสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.491*
2, ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ	0.571*
3, ด้านทักษะการสื่อสาร	0.556*
4. ด้านการจัดการตนเอง	0.557*
5. ด้านทักษะการตัดสินใจ	0.645*
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.676*
ภาพรวม	0.765*

* (p-value < 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม อภิปรายผลการ ศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์ การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับของความรอบรู้ ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม จากผลการศึกษาพบว่า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เมื่อและเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับสูงเช่นกันโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 38.90 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จตุพร แต่งเมือง และเบญจา มุกตพันธุ์[8]ได้ทำการศึกษาระดับของความฉลาดทางสุขภาพ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาด ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.7 และแตกต่างจากผลการศึกษาของ วรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา[9] ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ส่วนใหญ่มีความฉลาดด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมมีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เมื่อและเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับสูงสอดแตกต่างกับการศึกษาของ เอกชัย ชัยยาทา[10] ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ ในระดับปานกลาง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม จากผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ทุกด้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง (r = 0.765) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ในทุกด้านสอดคล้องกับจากผลการศึกษาของ เนตรนภา กาบมณี สิริลักษณ์ อุ่ยเจริญ และฐิติวรรณ โยธาทัย[11] ที่พบว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แปรผันตามพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น เพราะบุคคลที่มี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถเข้ารับการบริการด้านสุขภาพ และมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีรายงานวิจัย ที่สนับสนุนว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและ มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งนี้**

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรควรวางแผนประเมินติดตามด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติมี ความรู้ และทักษะ ที่เหมาะสม และข้อมูลข่าวสารด้านอื่นเกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับการดูแลตนเองและผู้อื่นได้

2. สนับสนุนให้ครอบครัว และภาคีเครือข่าย อื่นๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ของตนเองและช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่คอย กระตุ้นให้คำปรึกษาและแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและ เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

2.ควรศึกษารูปแบบการดำเนินงานเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและควรมีการสังเกตการณ์ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองร่วมด้วย เพื่อที่จะได้ทราบความยั่งยืนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diobetes-2019.Retrieved January, 20 2024, from https://care.diabetes journals.org/content/diacare
2. International Diabetes Federation.(2019). Diabetes Atlas. Retrieved January, 10 2024, from https://www.diabetesatlas.org/
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานประจำปี 2562 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้น 22 ธันวาคม 2566, จากhttp://www.thaincd.com/2016/mediadetail.php?id=13800&tid=&gid=1-015-005
4. ธนาลักษณ์ สุขประสาน.ความสัมพันธ์ระหว่าง การรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2559.
5. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ:อมรินทร์.2561.
6. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ จังหวัดนครพนม รอบที่ 1 ปี 2567.
7. Krejcie, R. V. and Morgan, D.W. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities,”Educational and Psychological Measurement. 30 (3) : 608 - 610.
8. จตุพร แต่งเมือง, และเบญจา มุกตพันธุ์. . ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขศึกษา,41(1), 2561 103-113
9. วรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. ว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2561:24(2):34-50.

10. เอกชัย ชัยยาทา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560
11. เนตรนภา กาบมณี สิริลักษณ์ อุ่ยเจริญ และฐิติวรรณ โยธาทัย ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564 23- 33

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่

The Development Model for Promoting Early Child Development at Child Care Centers, Krabi Province.

(Received: August 10,2024 ; Revised: August 14,2024 ; Accepted: August 17,2024)

ผกาภรณ์ แช่มศรี[1]
Pakaporn Chamsri[1]

บทคัดย่อ

การการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ ทำการศึกษาใน 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง และผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เก็บข้อมูลในกลุ่มครูพี่เลี้ยงเด็ก จำนวน 80 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน) และกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 80 คน (กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน) โดยกลุ่มทดลองจะใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้รูปแบบเดิมที่ปฏิบัติกันมา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบสอบถาม แบบรายงานผลการประเมินพัฒนาการเด็ก และแบบบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย เก็บข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test / Fisher's exact test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ 1) การจัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก 2) การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) การติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน และ 4) การประเมินผลการพัฒนาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนา พบว่า ครูพี่เลี้ยงเด็กหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีความความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพิ่มมากขึ้น และเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบเดิม ทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัยลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับรูปการส่งเสริมพัฒนาการแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย, รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการ, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

The objectives of this action research were to develop the model for promoting early child development (ECD) and to study the effectiveness of the model for promoting ECD at childcare centers in Karbi Province. The study was conducted in two parts: Part 1 the model for promoting ECD, 30 persons (public health officers, childcare teachers, and community leaders) were the sample groups. In part 2 to assess the effectiveness of the model for promoting ECD, 80 childcare teachers were allocated into an experimental group and a comparison group (40 persons for each group) to assess. The experimental group was exposed to the model for promoting ECD whereas the comparison group was exposed to the same old practice. The instruments were used in the study: the model for promoting ECD, a questionnaire, a child development assessment report form, and an assessment record form of ECD. Data were collected 6 months before and after the study. Descriptive statistics, Chi-square test / Fisher's exact test, Independent t-test, and paired t-test were used to analyze data.

The results found that the model for promoting ECD at child care centers consisted of 4 strategies as following: 1) organizing teaching and learning activities and promoting ECD by childcare teachers 2) early

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

child development screening 3) monitoring and home health care and 4) and evaluation of the development of children with delayed development. The results of using the developed model found that after receiving model for the promoting ECD, childcare teachers had increased knowledge about promoting ECD and behavior in organizing activities to promote ECD and increased more than the group that received the original format, both in terms of knowledge and behavior by statistical significance (p-value < 0.001). The number of children with delayed development was reduced more than the group that received the original development promotion model by statistical significance (p-value < 0.05).

Keywords: early child, promoting development model, child care centers

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญของสังคมและประเทศ การพัฒนาเด็กเปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมที่คุ้มค่าและให้ผลตอบแทนสูง 6.7 - 17.6 เท่า[1] จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว ประเทศไทยจากการสุ่มสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกๆ 3 ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง (ปี 2560 ร้อยละ 76.7 ปี 2563 ร้อยละ 53.1)[2] ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2565 ไตรมาสที่ 1 จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 มีนาคม 2565 พบว่า เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 79.1 พบสงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 25.5 ซึ่งได้รับการติดตาม ร้อยละ 86.3 ซึ่งจะเห็นว่าเด็กไทยมีพัฒนาการล่าช้าถึง 1 ใน 4 [3]

พัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงกลุ่มวัยที่ล่าช้า จะส่งผลต่อการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็ก การดูแลเด็กอายุ 0 - 5 ปี นับเป็นยุคทองของการพัฒนาการเรียนรู้ เป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สมองมีการพัฒนาสูงสุดที่จะส่งผลต่อสติปัญญา บุคลิกภาพ และความฉลาดทางอารมณ์ การลงทุนเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตั้งแต่เด็กเล็ก จึงถือว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยให้สมวัย อย่างเป็นระบบที่ยั่งยืน โดยมีเป้าหมายให้เด็กไทยทุกคนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง มีมาตรฐานเท่าเทียมจากพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ชุมชน และเจ้าหน้าที่ ให้เกิดการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้มีประสิทธิภาพ [4] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และผลักดันให้มีการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย[2] การดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงกลุ่มอายุต่างๆ นั้น การเลี้ยงดูเด็กถือเป็นปัจจัยสำคัญ ทั้งนี้ มีงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัญหาพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มาจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม[5] ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน และพบว่าเด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการดูแลเลี้ยงดูจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กและโรงเรียน ถึงร้อยละ 53.3[6]

จังหวัดกระบี่ ได้ดำเนินการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาตั้งแต่ปี 2558 สถานการณ์พัฒนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี จังหวัดกระบี่ ปี 2566 เด็กได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ 18,130 คน จากเด็กกลุ่มเป้าหมาย 19,263 คน คิดเป็นความครอบคลุม ร้อยละ 94.12 พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 4,987 คน (ร้อยละ 27.51) จากการดำเนินการพบว่า การดำเนินงานคลินิกสุขภาพเด็กดีโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบปัญหาอุปสรรคการใช้คู่มือ DSPM ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ยังมีน้อย ผู้ปกครองไม่ยอมรับผลการประเมินพัฒนาการ ผู้ปกครองไม่พาเด็กมากระตุ้นพัฒนาการตามนัด

ผู้ปกครองและเด็กบางคนย้ายออกนอกพื้นที่ บางคนอยู่กับปู่ย่าตายายซึ่งไม่สามารถอ่านคู่มือได้ เลี้ยงดูโดยให้ดูทีวีและโทรศัพท์มือถือ มีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการ ทั้งนี้มีเด็กบางส่วนที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตลอดจนได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก [7]

จากความสำคัญของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังขาดทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM เป็นเครื่องมือ และเจ้าหน้าที่บางแห่งยังขาดความต่อเนื่องในการติดตามส่งเสริมความรู้และทักษะครูพี่เลี้ยง ผู้ปกครองเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กไม่ต่อเนื่อง ทำให้เด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดกระบี่ ไม่ได้รับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกหลักวิชาการตามช่วงวัยที่เด็กสมควรจะได้รับ จะส่งผลทำให้เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัยได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบดูแลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จึงสนใจที่จะพัฒนา และศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดกระบี่ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ตามแนวทางของ Dey & Hariharan [8] คือ 1) การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ และการนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไปทดลองดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 40 แห่ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา โดยการศึกษาสถานการณ์ การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (ความพร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผลการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ ปี 2566 จังหวัดกระบี่

การศึกษาได้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Survey) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูพี่เลี้ยงเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ จำนวน 110 คน ซึ่งได้จากเทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane[9] คัดเลือกตัวอย่างจากอำเภอตัวอย่างมาทุกอำเภอ (8 อำเภอ) 142 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดกระบี่ ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก แล้วใช้ครูพี่เลี้ยงเด็กซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แห่งละ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามครูพี่เลี้ยงเด็ก ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของครูพี่เลี้ยงเด็กและข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ความพร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การมีส่วนร่วมของ

ชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. แบบรายงานผลการประเมินพัฒนาการเด็ก ใช้บันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM (Development Surveillance and Promotion Manual) ของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม โดยบันทึกจำนวนเด็กทั้งหมด จำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวนเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า และจำนวนเด็กที่ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันและกระตุ้น

คุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อดูความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ซึ่งมีค่า IOC ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ศึกษา แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความเชื่อถือได้ (ความสอดคล้องกันของผลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้ง) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดความพร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก = 0.79 แบบวัดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก = 0.71 และแบบวัดการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก = 0.94

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

1. นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผลการประเมินพัฒนาการเด็ก มาระดมความคิดเห็นในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ครูพี่เลี้ยง และผู้นำชุมชน และพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จำนวน 30 คน เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กจังหวัดกระบี่ โดยการจัดเวทีประชุม

2. ศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการนำรูปแบบดังกล่าวไปสอบถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลที่ได้จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป้าหมายโครงการ

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผล โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 40 แห่ง (แห่งละ 1 คน) ด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่ครูพี่เลี้ยงเด็กเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจังหวัดกระบี่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครูพี่เลี้ยงเด็กมีความรู้ ทักษะและสามารถดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามรูปแบบแนวทางการ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของจังหวัดกระบี่ มีระยะเวลาการอบรม 2 วัน โดยมีเนื้อหาหลักสูตรอบรม คือ

1) ทฤษฎีพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี และการประเมินคัดกรองเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 ชั่วโมง

2) การฝึกปฏิบัติการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 ชั่วโมง

3) แนวทางการช่วยเหลือ และการติดตามส่งต่อเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือมีพัฒนาการล่าช้าไปรับการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กจากสถานบริการสาธารณสุข และการรายงาน จำนวน 1 ชั่วโมง

4) การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามหลักสูตรชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดกระบี่ จำนวน 2 ชั่วโมง

5) การแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการจัดการเรียนการสอนชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 3 ชั่วโมง

6) การแบ่งกลุ่มจัดทำแผนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กจังหวัดกระบี่ จำนวน 1 ชั่วโมง

2. ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 40 แห่งตามรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดกระบี่

3. ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน - หลัง (Two groups pre – post test design)

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.90 ระดับ significance 0.05 (Medium size) [10] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 แห่ง และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 4 แห่ง เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ รวม 2 กลุ่ม ๆ ละ 40 แห่ง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 80 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ

1. ครูพี่เลี้ยงเด็กซึ่งเป็นตัวแทนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดกระบี่ จำนวน 80 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนา) จำนวน 40 คน และครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มเปรียบเทียบ (ดำเนินการแบบเดิมที่ทำอยู่) จำนวน 40 คน ซึ่งให้ครูพี่เลี้ยงเด็กเลือกโดยสมัครใจว่าจะเข้าร่วมในกลุ่มไหน ทั้งนี้ การเลือกครูพี่เลี้ยงเด็กเข้ามาศึกษาได้ใช้เกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) เป็นครูพี่เลี้ยงเด็กมีหน้าที่ในการดูแลแลจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแก่เด็กปฐมวัย และมีเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอยู่ในการดูแล 2) สามารถในการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบของโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลวิจัยจนแล้วเสร็จ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนแก่เด็กปฐมวัยได้อย่างต่อเนื่อง ครบ 6 เดือน 2) ขอตอนตัวออกระหว่างการดำเนินการวิจัย

2. เด็กปฐมวัยที่มีผลตรวจคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทดลอง 40 แห่ง จำนวน 40 คน (แห่งละ 1 คน) และเด็กที่มีผลตรวจคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเปรียบเทียบ 40 แห่ง จำนวน 40 คน (แห่งละ 1 คน) ทั้งนี้ เด็กดังกล่าวเป็นเด็กที่ครูพี่เลี้ยงเด็กได้ดำเนินมาตลอดระยะเวลา 6 เดือน และเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การดำเนินการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ ได้ดำเนินการดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. แบบสอบถามก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครูพี่เลี้ยงเด็ก ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านพัฒนาการเด็ก การผ่านการอบรมวิธีการส่งเสริมดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และจำนวนเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของครูพี่เลี้ยงเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM จำนวน 20 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด / ไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วยข้อคำถามการจัดกิจกรรมในเด็กปฐมวัยในแต่ละช่วงอายุ คือ อายุ 3 ปี – 3 ปี 5 เดือน 10 ข้อ 3 ปี 6 เดือน 14 ข้อ อายุ 3 ปี 7 เดือน – 4 ปี 6 ข้อ 4 ปี 1 เดือน – 4 ปี 6 เดือน 5 ข้อ และ 4 ปี 7 เดือน – 5 ปี 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 39 ข้อ คำถามที่สร้างขึ้นมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับวิธีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี ตามคู่มือ DSPM โดยแบ่งความถี่ของการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมเป็น 4 ระดับคือ การจัดกิจกรรมบ่อยครั้ง หมายถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็ก จำนวน 3 - 4 ครั้งหรือมากกว่า 4 ครั้ง ต่อเดือน ให้ 3 คะแนน การจัดกิจกรรมบางครั้ง หมายถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็ก จำนวน 2 ครั้ง ต่อเดือน ให้ 2 คะแนน การจัดกิจกรรมนานๆ ครั้ง หมายถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กจำนวน 1 ครั้งต่อเดือน ให้ 1 คะแนน และไม่เคยทำ หมายถึง การไม่เคยจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้ 0 คะแนน

3. เครื่องมือในการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ แบบบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ของกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือในชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและพิจารณาตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน โดยจะพิจารณาใช้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำแบบวัดดังกล่าว ไปตรวจสอบความเชื่อถือได้ตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาคอัลฟา (Cronbach’s alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ของครูพี่เลี้ยงเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย = 0.70 ส่วนแบบวัดการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก ได้นำจากชุดการสำรวจสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมาใช้ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น = 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 6 เดือน โดยให้ครูพี่เลี้ยงเด็กเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ส่วนการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดำเนินการประเมินเด็กกลุ่มตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่องกับครูพี่เลี้ยงเด็กในแต่ละแห่งเป็นผู้ทำการประเมิน และบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดย Chi-square test / Fisher's exact test ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผลของพัฒนาการเด็กที่เปลี่ยนแปลง ก่อนและหลังดำเนินการทดลอง 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม (กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) โดยใช้ Paired t-test ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผลของพัฒนาการเด็กที่เปลี่ยนแปลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการทดลอง 6 เดือน โดยใช้ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ตามหนังสือ เลขที่ KBO-IRB 2023/27.0311 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดกระบี่ การระดมความคิดเห็นและพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ครูพี่เลี้ยง ผู้นำชุมชน และการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้

1. จัดกิจกรรมการเรียนการสอน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือน

2. คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูพี่เลี้ยงเด็ก โดยใช้เครื่องมือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย DSPM (Development Surveillance and Promotion Manual) เล่มสีขาวของกระทรวงสาธารณสุข

3. ติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยครูพี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันเยี่ยมบ้านเพื่อไปให้ความรู้ และแนะนำ/ให้การช่วยเหลือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

4. ประเมินผลการพัฒนาเด็กกลุ่มเสี่ยง โดยครูพี่เลี้ยงเด็กร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังจากดำเนินการโดยใช้คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง DAIM (Developmental Assessment for Intervention Manual) หากพบยังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าให้ดำเนินการกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กต่อไป ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการปกติก็ให้ติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

สำหรับ**รูปแบบเดิมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก** เป็นรูปแบบที่เคยปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ใช้ในกลุ่มเปรียบเทียบนั้น มีการดำเนินการโดยครูพี่เลี้ยงดำเนินการตามคู่มือการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามที่ได้รับการอบรมมา แต่ไม่มีการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนเด็กปฐมวัย วางแผนการสอนที่เป็นระบบ ติดตามและร่วมดำเนินการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเป็นระบบ

ประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก ได้ศึกษาประสิทธิผลในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก และผลการเปลี่ยนแปลง

จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งในการศึกษาได้แบ่งกลุ่มในการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กที่ได้พัฒนาขึ้น) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ใช้รูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) พบผลการศึกษา ดังนี้

1. **ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 มีอายุ 40 - 49 ปี รองลงมาร้อยละ 30.0 และ 15.0 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และน้อยกว่า 40 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 85.0 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.0 มีประสบการณ์การทำงานด้านพัฒนาการเด็กตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 92.5 ผ่านการอบรมวิธีการส่งเสริมดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 52.5 มีจำนวนเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้อยกว่า 50 คน ส่วน**กลุ่มเปรียบเทียบ** ร้อยละ 100.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.0 มีอายุ 40 - 49 ปี รองลงมาร้อยละ 35.0 และ 15.0 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ร้อยละ 92.5 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.5 มีประสบการณ์การทำงานด้านพัฒนาการเด็กตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 87.5 ผ่านการอบรมวิธีการส่งเสริมดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 55.0 มีจำนวนเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้อยกว่า 50 คน

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องเพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านพัฒนาการเด็ก การอบรมวิธีการส่งเสริมดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และจำนวนเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องดังกล่าว ดังนั้น จึงเหมาะสมที่จะนำ 2 กลุ่มดังกล่าวนี้มาเปรียบเทียบกัน

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.1 กลุ่มที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กที่ได้พัฒนาขึ้น (กลุ่มทดลอง) ก่อนได้รับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเฉลี่ย 15.7 คะแนน และมีคะแนนพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเฉลี่ย 110.5 คะแนน ส่วนหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเฉลี่ย 18.0 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเฉลี่ย 117.5 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนกับหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

2.2 กลุ่มที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กที่ได้พัฒนาขึ้น (กลุ่มทดลอง) หลังจากได้รับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเฉลี่ย 18.0 คะแนน และมีคะแนนพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเฉลี่ย 117.5 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเฉลี่ย 15.5 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเฉลี่ย 109.7 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม

เปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

2.3 เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีจำนวนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย โดยเฉลี่ย 1.7 คน ส่วนหลังการทดลองมีจำนวนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย โดยเฉลี่ย 0.7 คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย ก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2.4 เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย โดยเฉลี่ย 0.7 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย โดยเฉลี่ย 1.1 คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่สมวัย ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.039)

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ หลังการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไปเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า การใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตามรูปแบบที่พัฒนาทำให้ครูพี่เลี้ยงเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก ที่ดีกว่าการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบเดิมที่เคยทำมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงผลการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในกลุ่มเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า พบจำนวนเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการสงสัยล่าช้าลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเด็กที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบเดิม

ทั้งนี้ รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบเดิม มีการดำเนินการโดยครูพี่เลี้ยงดำเนินการตามคู่มือการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามที่ได้รับการอบรมมา แต่ไม่มีการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนเด็กปฐมวัย วางแผนการสอนที่เป็นระบบ ติดตามและร่วมดำเนินการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ส่วนรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นมานี้ มีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือน มีการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูพี่เลี้ยงเด็กร่วมกัน ติดตามดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กมีพัฒนาการล่าช้าที่บ้าน เพื่อไปให้ความรู้ และแนะนำ/ให้การช่วยเหลือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และมีการประเมินผลการพัฒนาเด็กกลุ่มเสี่ยง โดยครูพี่เลี้ยงเด็กร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนานี้ จะมีส่วนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับครูพี่เลี้ยงเด็ก และมีการเยี่ยมเด็กที่บ้าน เพื่อให้ความรู้แนะนำ / ให้การช่วยเหลือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก อีกทั้งในการจัดทำหลักสูตร / แนวทางจัดกิจกรรมการเรียนการสอนและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จะมีการระดม

ความคิดเห็นในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ครูพี่เลี้ยง และผู้นำชุมชน และพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ซึ่งทำให้ได้หลักสูตรที่เหมาะสมกับบริบทกับเด็กและผู้ปกครองในพื้นที่

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนานี้ น่าจะมีความเหมาะสมกับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ตามบริบทของเด็กในจังหวัดกระบี่ อีกทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และประเมินเด็กร่วมกันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งทำให้เกิดการดำเนินการอย่างใกล้ชิด จริงจังร่วมกัน และจะส่งผลลัพธ์ในการดำเนินการได้ดีกว่ารูปแบบเดิมที่ปฏิบัติกันมา ทั้งนี้ รูปแบบนี้ได้เน้นการให้ความรู้ และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งรูปแบบนี้จะใกล้เคียงกับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี ของกรแก้ว ทัพมาลัย[11] ที่มีรูปแบบคือ 1) การจัดการเรียนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรและแผนการสอนชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยครูพี่เลี้ยง 2) เฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง และ 3) ติดตามและเยี่ยมบ้านเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งเกิดประสิทธิผลที่ดีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ผลของการวิจัยครั้งนี้ พบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก ที่ดีกว่าการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบเดิมที่เคยทำมา และมีผลทำให้จำนวนเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นมากกว่ารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบเดิม เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาและนำมาใช้นี้ ได้มีการให้แนวทาง การเตรียมความรู้ในการดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้บริบทของเด็กในจังหวัดกระบี่ และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งจะเห็นและเข้าใจปัญหาที่ชัดเจน แก้ไขช่องว่างที่มีอยู่ เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างครูพี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กเป็นเวลา 6 เดือน ตลอดจนมีการเยี่ยมบ้านผู้ปกครองเด็กเพื่อให้ความรู้ และแนวทางในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้าน โดยผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองเด็กสามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเด็กจะมีเวลาอยู่กับผู้ปกครองมากกว่าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งผลให้การใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตามรูปแบบที่พัฒนาทำให้ครูพี่เลี้ยงเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็ก ที่ดีกว่าการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบเดิม และทำให้เด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการสงสัยล่าช้าลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเด็กที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบเดิม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปฐม นวลคำ[12] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า การใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน ทำให้ครูพี่เลี้ยงเด็กมีความรู้และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้น และดีกว่าการใช้รูปแบบเดิม กรแก้ว ทัพมาลัย[11] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทำให้ครูพี่เลี้ยงเด็กเกิดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้น และทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และวรรณริชฎา กิตติธงโสภณ[13] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ทำให้ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ดีขึ้น

จุดเด่นของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ คือ

1. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมระหว่างพี่เลี้ยงเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครองเด็ก ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

2. มีการเยี่ยมบ้านผู้ปกครองเด็กเพื่อให้ความรู้ และแนวทางในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้าน โดยผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองเด็กสามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้ เพราะเด็กจะมีเวลาอยู่กับผู้ปกครองมากกว่าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อควรระวัง

ในการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเฉพาะในส่วนของผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูพี่เลี้ยงเด็กควรประยุกต์ใช้ และให้คำแนะนำให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ปกครองและเด็กเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ในเชิงนโยบาย ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ควรนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดกระบี่ มากำหนดเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และขยายการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของจังหวัดกระบี่ ให้ครอบคลุมครบทุกแห่ง โดยประสานความร่วมมือดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด สำนักส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัด

2. การนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไปใช้ ควรดำเนินการดังนี้

2.1 มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและปัญหาอุปสรรคในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในแต่ละแห่ง

2.2 ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงเด็กให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.3 เมื่อดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไปได้ระยะหนึ่งแล้ว ในกลุ่มเด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ครูพี่เลี้ยงเด็กควรร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำการกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้กับผู้ดูแลเด็ก ส่งเสริมให้ครอบครัวเด็กจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และมีการติดตามเป็นระยะๆ

2.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ศูนย์พัฒนาการเด็ก ควรเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา แนะนำ ร่วมดำเนินการกับครูพี่เลี้ยงเด็ก และติดตามประเมินผลส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลรูปแบบของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของเด็กที่ไม่ได้อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3. ควรศึกษาผลการขับเคลื่อนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เมื่อนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไปใช้ทั้งจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. The Lancet 2011; 378(9799):1325-38.
2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.google.com/search?
3. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. การทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับประเทศย้อนหลัง 3 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/
4. สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลงานประจำปี 2558 โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558; 2558.
5. Isaranurug C, Nanthamongkol S and Kaewsiri D. Factors influencing development of children aged one to under six year old . J med assoc thai 2015; 88(1): 121-130.
6. รัตโนทัย พลับรู้การ และคณะ. “วิเคราะห์สุขภาวะเด็กและวัยรุ่นอายุ 2-5 ปี“ ใน วันดี นิงสานนท์ และคณะ, บรรณาธิการ. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2562.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. สุขภาวะเด็กปฐมวัย. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่; 2566.
8. Dey, K. P., & Hariharan, S. Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. The TQM Magazine 2006; 18(6): 583-605.
9. Yamanae, T. Statistics : An Introductory Analysis. London : John Weather Hill, Inc; 1967.
10.Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl¬baum Associate; 1988.
11.กรแก้ว ทัพมาลัย. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561; 12(29): 5-19.
12.ปฐม นวลคำ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560; 12(1): 36-45.
13.วรรณริชฎา กิตติธงโสภณ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมี พัฒนาการล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web /files/2564/research/MA2564-002-01-0000000264-0000000683.pdf

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR เพื่อประเมินความเสี่ยงของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

. The Relationship between Blood Lipid Levels (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) and GFR for Assessing Kidney Disease Risk in Type 2 Diabetes Patients Samchai Hospital, Kalasin Province.

(Received: August 10,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 14,2024)

พิชยา จันทร์อบ[1]
Pichaya Jun-ob[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปแบการวิจัยเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 327 คน ที่เข้ารับการรักษาระหว่างปี 2564-2566 สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ใช้แบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับไตรกลีเซอไรด์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่า eGFR ($r = -0.17$, $p < 0.05$) ขณะที่ HDL-คอเลสเตอรอลมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.27$, $p < 0.05$) ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ ≥ 150 mg/dl มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต 2.37 เท่า (95% CI: 1.12-5.01, $p = 0.02$) และผู้ที่มีระดับ HDL-คอเลสเตอรอล < 40 mg/dl มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต 2.82 เท่า (95% CI: 1.33-5.97, $p = 0.01$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับปกติ สรุปได้ว่า ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงและ HDL-คอเลสเตอรอลต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, ไขมันในเลือด, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This research aimed to investigate the relationship between blood lipid levels (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) and GFR, and to assess the risk of chronic kidney disease in type 2 diabetes patients at Samchai Hospital, Kalasin Province. The study employed a retrospective design, collecting data from 327 type 2 diabetes patients who received treatment between 2021 and 2023. Systematic random sampling was used to select participants. Data were collected using electronic medical records and analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, and multiple logistic regression.

The results showed a negative correlation between triglyceride levels and eGFR ($r = -0.17$, $p < 0.05$), while HDL-cholesterol demonstrated a positive correlation ($r = 0.27$, $p < 0.05$). Patients with triglyceride levels ≥ 150 mg/dl had a 2.37 times higher risk of kidney disease (95% CI: 1.12-5.01, $p = 0.02$), and those with HDL-cholesterol levels < 40 mg/dl had a 2.82 times higher risk (95% CI: 1.33-5.97, $p = 0.01$) compared to patients with normal levels. In conclusion, high triglyceride levels and low HDL-cholesterol levels were identified as significant risk factors for kidney disease in type 2 diabetes patients.

Keywords: Type 2 diabetes, Blood lipids, Chronic kidney disease

[1] นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลสามชัย

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่มีอัตราการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนนี้จะเพิ่มขึ้นถึง 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573[1] ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตและทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ[2] ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยระบุว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 40 มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการลุกลามของโรค[3]

โรคไตเรื้อรังถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญยิ่ง ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังต้องเผชิญกับภาระทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น เช่น การฟอกไตหรือการปลูกถ่ายไต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงและก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข สำหรับโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2564-2566 อยู่ที่ร้อยละ 36.15, 28.05 และ 31.90 ตามลำดับ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะมีความผันผวนในแต่ละปี แต่ก็แสดงให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ โดยมีผู้ป่วยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 30 ในช่วงสามปีที่ผ่านมา[4]

โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับการทำงานของไตที่บกพร่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยมักประสบกับอาการเหนื่อยล้า บวมตามร่างกาย และอาจเกิดอาการคันรุนแรงอันเนื่องมาจากการสะสมของเสียในร่างกาย[5] นอกจากนี้ โรคไตเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการรักษาที่ยาวนานและมีความไม่แน่นอน ในแง่ของภาระทางเศรษฐกิจ โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุขของประเทศ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไตเรื้อรังสูง เช่น การฟอกไต (Dialysis) และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) การฟอกไตเป็นการรักษาที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่ต้องฟอกไตจะมีค่าใช้จ่ายต่อปีประมาณ 70,000-100,000 บาท[6] ในส่วนของครอบครัวผู้ป่วยการดูแลและให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นภาระทั้งทางด้านการเงินและเวลาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดและความกดดันภายในครอบครัว[7]

การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด โดยใช้ยาเช่น อินซูลิน เมตฟอร์มิน และสแตติน[8-9] อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ ด้วยสาเหตุจากปัจจัยทางพันธุกรรม การใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอ หรือการปรับพฤติกรรมที่ยากลำบาก นอกจากนี้ ยาลดไขมันอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง ปัจจุบันยังคงมีประเด็นที่น่าสนใจในการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือดกับค่า GFR ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการศึกษาเพิ่มเติมจะช่วยพัฒนาแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือดกับค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอาศัยทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาต่อยอดจากงานวิจัยอื่นหลายงานวิจัย เช่น Jenkins et al พบความสัมพันธ์ว่างระดับ LDL สูงกับการเสื่อมของไต[10] ในขณะที่ Zhou ชี้ให้เห็นว่าระดับ

ไขมันในเลือดที่ผิดปกติสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลที่ไม่ดี ความต้านทานอินซูลินที่เพิ่มขึ้น และการทำงานของเบต้าเซลล์ที่ลดลง[11] นอกจากนี้ GozifMohammed et al. พบความสัมพันธ์ระหว่างค่า HbA1c กับระดับไขมันในเลือดหลายชนิด ยกเว้น HDL[12] ส่วน Wang et al. พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับ Triglycerides และ LDL-C ในเชิงบวก และกับอัตราส่วนของไขมันบางชนิดในเชิงลบ[13] ซึ่งองค์ความรู้และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาไปสู่โรคไต ผลการศึกษาจะช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของระดับไขมันในเลือดต่อค่า GFR อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการรักษาและป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสามชัย ระหว่างปี 2564-2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงปี 2564-2566 จำนวน 2,666 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร[14] ด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (α = 0.05), power 80% (1-β = 0.8), P = 0.5, และความคลาดเคลื่อน E = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 327 คน โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุระหว่าง 40-70 ปี ไม่มีประวัติการเป็นโรคไตหรือโรคหัวใจมาก่อน ได้รับยาลดไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ และมีข้อมูลการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดและค่า GFR ครบถ้วน และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคไตหรือโรคหัวใจ มีข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือมีภาวะโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคตับ โรคปอด หรือโรคที่มีผลต่อระบบเมตาบอลิซึม สุ่มตัวอย่างแบบระบบ (Systematic Random Sampling) โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยทุกๆ คนที่ 8 จากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ จนครบจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลการตรวจวัดระดับไขมันในเลือด ได้แก่ Triglyceride, Total Cholesterol LDL (Low-Density Lipoprotein), HDL (High-Density Lipoprotein) GFR (Glomerular Filtration Rate)

2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ, อายุ, ค่าดัชนีมวลกาย, ระดับความดันโลหิต, ระดับน้ำตาลในเลือด (Hb A1C)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานและโรคไตประเมินความครอบคลุมของข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวิจัย ตัวแปรสำคัญ (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL, GFR, HbA1C) และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เปรียบเทียบข้อมูลกับ

แหล่งต้นฉบับเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการบันทึก ทำ Audit Trail เพื่อยืนยันความถูกต้องในทุกขั้นตอนของการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล และทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยให้ผู้บันทึกหลายคนบันทึกข้อมูลชุดเดียวกัน และตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลในช่วงเวลาต่างกัน เพื่อประเมินความคงที่ของการบันทึกข้อมูลและความน่าเชื่อถือของแบบบันทึกอิเล็กทรอนิกส์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. กำหนดวัตถุประสงค์และออกแบบการวิจัยแบบการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสามชัย

2. ทบทวนวรรณกรรมและสรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างกรอบแนวคิด

3. ขออนุญาตและเข้าถึงข้อมูลจากโรงพยาบาลสามชัย

4. รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล

5. วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล

การเก็บรวบรมข้อมูล

1. การเตรียมข้อมูลทุติยภูมิ คัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลสามชัย ได้แก่ ระดับไขมันในเลือด, ค่า GFR, HbA1C และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย จากนั้นจัดทำรายการตัวแปรและตรวจสอบความครบถ้วน

2. การรวบรวมข้อมูล เข้าถึงฐานข้อมูลตามขั้นตอนและข้อตกลงที่กำหนด แล้วดึงข้อมูลที่ต้องการในรูปแบบที่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ เช่น ไฟล์ Excel หรือ CSV.

3. การตรวจสอบข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมมาจากระบบคอมพิวเตอร์กับข้อมูลต้นฉบับเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และตรวจสอบความครบถ้วนของทุกตัวแปรที่ต้องการใช้ในการวิเคราะห์

4. การเตรียมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ ทำความสะอาดข้อมูลโดยลบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือผิดพลาด จัดรูปแบบข้อมูลให้เหมาะสม และเข้ารหัสข้อมูลตัวแปรเชิงคุณภาพให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถวิเคราะห์ได้ในโปรแกรมสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ วิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation Statistics) และ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple Logistic Regression)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 เพศชาย ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 58.62 ปี (S.D.=7.58) โดยอายุต่ำสุดอยู่ที่ 40 ปี และอายุสูงสุดอยู่ที่ 70 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 51.99 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี BMI สูงกว่า 23 Kg/m2 ร้อยละ 59.63 ระดับความดันโลหิตผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 81.04

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับไตรกลีเซอไรด์ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.22 สูงกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเกินเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าเฉลี่ย 193.02 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าต่ำสุด 52 และสูงสุด 602 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

คอเลสเตอรอลรวมมีการกระจายตัวค่อนข้างสม่ำเสมอ ร้อยละ 55.96 มีค่าต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อ

เดซิลิตร ส่วนที่เหลือมีค่าสูงกว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 201.70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ระดับ HDL-คอเลสเตอรอลของผู้ป่วย ร้อยละ 63.61 อยู่ในเกณฑ์ที่เพียงพอ โดยมีค่าเฉลี่ย 44.12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ระดับ LDL-คอเลสเตอรอล ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยมีค่าสูงกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเกินเป้าหมายการรักษา ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 119.18 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.65 สูงกว่าร้อยละ 7 บ่งชี้ถึงการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่เพียงพอ โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 9.24

อัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยส่วนมาก ร้อยละ 81.96 มีค่าตั้งแต่ 60 มิลลิลิตรต่อนาทีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือลดลงเพียงเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 85.21 มิลลิลิตรต่อนาที

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient, r) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่ใช้วัดความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรสองตัว โดยค่า r อยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ค่าบวกแสดงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ค่าลบแสดงความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม และค่าใกล้ศูนย์แสดงความสัมพันธ์น้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์ การแปลผลทำผ่านค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และค่า p-value ดังนี้

ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับค่า eGFR โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) เท่ากับ -0.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อระดับไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ค่า eGFR มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย

คอเลสเตอรอลรวม (Total-cholesterol) แสดงความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่า eGFR แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า r เท่ากับ 0.08 ซึ่งแสดงว่าไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างคอเลสเตอรอลรวมกับ eGFR

LDL-คอเลสเตอรอล มีค่า r เท่ากับ -0.10 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งชี้ว่าไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่าง LDL-คอเลสเตอรอลกับ eGFR

HDL-คอเลสเตอรอล แสดงความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับค่า eGFR โดยมีค่า r เท่ากับ 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อระดับ HDL-คอเลสเตอรอลสูงขึ้น ค่า eGFR มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุเป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้ทำนายโอกาสการเกิดเหตุการณ์จากตัวแปรอิสระหลายตัว ได้แก่ ระดับ Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL, อายุ, เพศ, BMI, ความดันโลหิต, HbA1c โดยประเมินอิทธิพลของแต่ละตัวแปรต่อตัวแปรตาม (ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต) พร้อมควบคุมผลของตัวแปรอื่นๆ วิธีนี้ใช้สมการ logit(p) = $\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \ldots + \beta_k X_k$ และแปลผลผ่าน Adjusted Odds Ratio, ค่าสัมประสิทธิ์ และ p-value ดังนี้

ผู้ที่มีระดับ Triglyceride ≥ 150 mg/dl มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต 2.37 เท่า (AOR = 2.37, 95% CI: 1.12-5.01, p = 0.02) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับ Triglyceride < 150 mg/dl โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว

ผู้ที่มีระดับ HDL-cholesterol < 40 mg/dl มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต 2.82 เท่า (AOR = 2.82,

95% CI: 1.33-5.97, p = 0.01) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับ HDL-cholesterol ≥ 40 mg/dl โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว

ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ ค่า BMI ระดับความดันโลหิต Total-cholesterol LDL-cholesterol และระดับน้ำตาลสะสม A1C ไม่แสดงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงของการเกิดโรคไต (p > 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยเสี่ยง		ความเสี่ยงของการเกิดโรคไต (eGFR ml/min/1.73m²)				AOR	95% CI	P-value
		มีความเสี่ยง (<60)		ไม่มีความเสี่ยง(≥ 60)				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ	ชาย	21	19.27	88	80.73	0.72	0.37-1.38	0.32
	หญิง	38	17.44	180	82.56			
อายุ	40-59 ปี	18	11.46	139	88.54	0.68	0.22-2.13	0.51
	60-70 ปี	41	24.13	129	75.87			
ค่า BMI (Kg/m^2)	< 23	20	15.15	112	84.85	1.46	0.76-2.81	0.26
	≥ 23	39	20.00	156	80.00			
ระดับความดันโลหิต	<140/90 mmHg	48	18.11	217	81.89	1.50	0.56-4.02	0.43
	≥140/90mmHg	11	17.74	51	82.26			
Triglyceride	< 150 mg/dl	13	11.11	104	88.89	2.37	1.12-5.01	0.02*
	≥ 150 mg/dl	46	21.88	164	78.12			
Total-cholesterol	< 200 mg/dl	29	15.85	154	84.15	1.59	0.69-3.66	0.27
	≥ 200 mg/dl	30	20.83	114	79.17			
HDL-cholesterol	< 40 mg/dl	47	22.60	161	77.40	2.82	1.33-5.97	0.01*
	≥ 40 mg/dl	12	10.08	107	89.92			
LDL-cholesterol	< 100 mg/dl	21	17.36	100	82.64	0.92	0.40-2.12	0.84
	≥ 100 mg/dl	38	18.44	168	81.56			
ระดับน้ำตาลสะสม A1C	< 7 %	13	21.67	47	78.33	0.72	0.33-1.56	0.41
	≥ 7 %	46	17.23	221	82.77			

Adjusted: เพศ, อายุ, ค่าดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต, ระดับ Triglyceride, ระดับ Total-cholesterol, ระดับ HDL-cholesterol, ระดับ LDL-cholesterol, และระดับน้ำตาลสะสม A1C

สรุปและอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR เพื่อประเมินความเสี่ยงของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างระดับไขมันในเลือดประเภทต่างๆ กับค่า GFR ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับ eGFR (r = -0.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ HDL-คอเลสเตอรอลแสดงความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ (r = 0.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ในทางตรงกันข้าม คอเลสเตอรอลรวมและ LDL-คอเลสเตอรอลไม่แสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับ eGFR

ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าระดับไตรกลีเซอไรด์ที่สูงขึ้นอาจส่งผลให้การทำงานของไตลดลง ในขณะที่ระดับ HDL-คอเลสเตอรอลที่สูงขึ้นอาจมีผลในการทำงานของไตได้ดีขึ้น

การวิจัยนี้พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างระดับไตรกลีเซอไรด์กับอัตราการกรองของไต (eGFR) โดยผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง เป็น 2.37 เท่า (AOR = 2.37, 95% CI: 1.12-5.01, p = 0.02) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับ Triglyceride < 150 mg/dl ทั้งนี้เนื่องจากระดับไตรกลีเซอไรด์ที่สูงส่งผลเสียต่อการทำงานของไตผ่านกลไกหลายประการ ดังนี้

1. ภาวะเครียดออกซิเดชัน ไตรกลีเซอไรด์ที่สูงเพิ่มการสร้างอนุมูลอิสระในร่างกาย ซึ่งเป็นสารที่ทำลายเซลล์และเนื้อเยื่อ รวมถึงเซลล์ไต การสะสมของอนุมูลอิสระทำให้เกิดการเสื่อมของไตเรื้อรังและกระตุ้นการอักเสบในเนื้อเยื่อไต

2. ภาวะการอักเสบ ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงสัมพันธ์กับการอักเสบในระดับเซลล์ ซึ่งเกิดจากการที่อนุมูลอิสระกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน การอักเสบเรื้อรังในไตนำไปสู่การเสื่อมของเนื้อเยื่อและการสะสมของเซลล์เม็ดเลือดขาว ส่งผลให้การทำงานของไตลดลง

3. ภาวะไขมันสะสมในไต ไตรกลีเซอไรด์ที่สูงสามารถสะสมในเซลล์ไต ทำให้เกิดภาวะพิษจากไขมัน ซึ่งทำลายเซลล์ไตโดยตรง ส่งผลให้เซลล์ไตทำงานผิดปกติและประสิทธิภาพในการกรองของไตลดลง

4. การเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงมีความเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่งส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดในไต หลอดเลือดที่ตีบแคบลงทำให้เนื้อเยื่อไตได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียและสารพิษในเลือดลดลง

ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับ HDL-คอเลสเตอรอลกับอัตราการกรองของไต (eGFR) เป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับ HDL-คอเลสเตอรอลต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น 2.82 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับ HDL-คอเลสเตอรอลปกติ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

1. คุณสมบัติต้านการอักเสบ HDL-คอเลสเตอรอลช่วยลดการอักเสบในหลอดเลือดและไต โดยขนส่งอนุภาคไขมันที่อาจก่อให้เกิดการอักเสบออกจากเนื้อเยื่อไต ช่วยปกป้องเซลล์ไตจากความเสียหาย

2. คุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระ HDL-คอเลสเตอรอลช่วยลดการสะสมของอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะเครียดออกซิเดชันในเซลล์ไต การปกป้องเซลล์ไตจากอนุมูลอิสระช่วยรักษาการทำงานของไต

3. การขจัดคอเลสเตอรอลส่วนเกิน HDL-คอเลสเตอรอลทำหน้าที่ขนส่งคอเลสเตอรอลส่วนเกินออกจากเซลล์ รวมถึงเซลล์ในไต ผ่านกระบวนการ "reverse cholesterol transport" ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและการสะสมไขมันในเนื้อเยื่อไต

4. การปกป้องโครงสร้างของหลอดเลือด: HDL-คอเลสเตอรอลช่วยปกป้องเซลล์บุผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งแรงและยืดหยุ่น ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดในไตดีขึ้น และลดความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง

ดังนั้น ระดับ HDL-คอเลสเตอรอลต่ำจึงหมายถึงการขาดคุณสมบัติเหล่านี้ ซึ่งอาจนำไปสู่การสะสมของไขมันและอนุมูลอิสระในเซลล์ไตและหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของไตในที่สุด

การวิจัยนี้พบว่าคอเลสเตอรอลรวมและ LDL-คอเลสเตอรอลไม่แสดงความสัมพันธ์ชัดเจนกับอัตราการกรองของไต (eGFR) ซึ่งอาจเป็นผลจากการใช้ยาลดไขมันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติต้านการอักเสบและลดภาวะเครียดออกซิเดชัน จึงอาจทำให้ผลกระทบเชิงลบของคอเลสเตอรอลต่อการทำงานของ

ไตลดลง อาจเป็นเหตุผลที่การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างระดับคอเลสเตอรอลเหล่านี้กับ eGFR

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Russo GT และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับความเสี่ยงในการเกิดโรคไตจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์ที่สูง (≥150 mg/dL) เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคไตจากเบาหวาน 19-35% ในขณะที่ระดับ HDL-คอเลสเตอรอลที่ต่ำ (<40 mg/dL ในผู้ชาย, <50 mg/dL ในผู้หญิง) เพิ่มความเสี่ยง 24-44% ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะการควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์และการเพิ่มระดับ HDL-C มีความสำคัญในการป้องกันโรคไตจากเบาหวาน นอกเหนือจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15] นอกจากนี้ Chang และคณะ รายงานว่าการเพิ่มขึ้นของระดับ HDL-คอเลสเตอรอลทุก 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงโรคไตจากเบาหวาน 2-3% โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับ HDL-คอเลสเตอรอลต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[16] สอดคล้องกับ Zoppini และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HDL-คอเลสเตอรอลสูงกว่ามีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังต่ำกว่า[17] ในทางตรงกันข้าม Bulum และคณะ พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างระดับไตรกลีเซอไรด์และ LDL-คอเลสเตอรอลกับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง HDL-คอเลสเตอรอลกับอัตราการกรองของไต[18] Tsimihodimos และคณะ ให้ข้อสังเกตว่าภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะระดับไตรกลีเซอไรด์สูงและ HDL-คอเลสเตอรอลต่ำ มักพบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและอาจเร่งการดำเนินของโรคไต ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะการควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์และการเพิ่มระดับ HDL-คอเลสเตอรอล มีความสำคัญในการป้องกันโรคไตจากเบาหวาน นอกเหนือจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[19]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เนื่องจากระดับไตรกลีเซอไรด์และ HDL-คอเลสเตอรอลส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและน้ำตาล เพิ่มการบริโภคใยอาหารและไขมันดี ตลอดจนส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2. ควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อประเมินระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์และ HDL-คอเลสเตอรอล รวมถึงการตรวจค่าการทำงานของไต (eGFR) และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอจะช่วยในการจัดการความเสี่ยงของโรคไตและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรจัดให้มีการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระดับไขมันในเลือด นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบสุขภาพในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น คลินิกเบาหวาน กิจกรรมออกกำลังกายชุมชน และการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและมีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการนำไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

2. ควรดำเนินการวิจัยระยะยาวเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างระดับไขมันในเลือดกับ

การทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เข้าใจกลไกการเกิดโรคและการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ในระยะยาว

3. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาลดไขมัน ยาควบคุมน้ำตาลในเลือด และยาต้านการอักเสบและอนุมูลอิสระ ในการป้องกันและรักษาโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงการศึกษาผลของการใช้ยาร่วมกันและผลข้างเคียงระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas (10th ed.) [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 10]. Available from: https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/
2. National Kidney Foundation. Diabetes and Kidney Disease: What to Expect [Internet]. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: https://www.kidney.org/atoz/content/diabetes
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. รายงานสถานการณ์โรคไตในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nephrothai.org/รายงานสถานการณ์โรคไตในประเทศไทย
4. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง อำเภอสามชัย พ.ศ. 2564-2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce
5. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. Lancet. 2013;382(9888):260-72.
6. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. Kidney Int. 2011;80(12):1258-70.
7. Wang V, Vilme H, Maciejewski ML, Boulware LE. The economic burden of chronic kidney disease and end-stage renal disease. Semin Nephrol. 2020;40(3):283-93.
8. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2009;32(1):193-203.
9. Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. Effects of cholesterol-lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. Lancet. 2016;363(9411):757-67.
10. Jenkins AJ, Lyons TJ, Zheng D, Otvos JD, Lackland DT, McGee D, et al. LDL particle subclasses, LDL particle size, and carotid atherosclerosis: The Insulin Resistance Atherosclerosis Study (IRAS). Diabetes Care. 2019;38(8):1495-500.
11. Zhou L. Relationships among the Levels of Blood Lipid and Glycosylated Hemoglobin, Insulin Resistance and β-Cell Function in Patients with Type 2 Diabetes. Chin J Clin Med. 2012.
12. GozifMohammed N, MansourAbdulnabi H, Al-Arabi F, Madhukar M. Correlation between Glycated Haemoglobin Values and the Lipid Profile in Type 2 Diabetic Patients. J Diabetes Metab. 2021;12:1-2.
13. Wang L, Yan N, Zhang M, Pan RR, Dang Y, Niu Y. The association between blood glucose levels and lipids or lipid ratios in type 2 diabetes patients: A cross-sectional study. Front Endocrinol (Lausanne). 2022;13:876.
14. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977

15. Russo GT, De Cosmo S, Viazzi F, Pacilli A, Ceriello A, Genovese S, et al. Plasma Triglycerides and HDL-C Levels Predict the Development of Diabetic Kidney Disease in Subjects With Type 2 Diabetes: The AMD Annals Initiative. Diabetes Care. 2016;39(12):2278-87.
16. Chang YH, et al. High-density lipoprotein cholesterol and the risk of nephropathy in type 2 diabetic patients. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2013;23(8):751-757.
17. Zoppini G, Targher G, Chonchol M, Ortalda V, Negri C, Stoico V, et al. Serum uric acid levels and incident chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes and preserved kidney function. Diabetes Care. 2012;35(1):99-104.
18. Bulum T, et al. Serum lipids and lipid accumulation product in relation to glomerular filtration rate in patients with type 2 diabetes. Endocrinologist. 2013;23(1):16-20.
19. Tsimihodimos V, et al. Dyslipidemia associated with chronic kidney disease. Open Cardiovasc Med J. 2011;5:41-48.

การพัฒนาแนวทางบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Development of health service guidelines for hypertensive patients in Bukhitun Village, Phonkrang Sub-District, Mueang District, Nakhonratchasima Province.

(Received: August 14,2024 ; Revised: August 21,2024 ; Accepted: August 22,2024)

นวลฉวี อารยะศิลปธร[1]
Nuanchawee Arayasinlapathon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและใช้แนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน–กันยายน 2566 ทำการเลือกประชากรทั้งหมดในชุมชน จำนวน 51 ตัวอย่าง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตดีขึ้น อยู่ในช่วง <140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 86.36 ดัชนีมวลกายของผู้ป่วย ส่วนมากอยู่ในช่วงปกติเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 40.91 ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 4.28$

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, แนวทางบริการสุขภาพ

Abstract

This research was action research aimed to study the problem context. Develop and use health service guidelines for hypertensive patients in the Ban Bu Khitun community, Phon Krang Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Collect data between months April–September 2023, selecting 51 samples of the total population in the community. Data collection tools include in-depth interviews. Group discussion Data recording form and questionnaire. Data were analyzed by content analysis using statistics, number, percentage, mean and standard deviation and paired t-test.

The results of the study found that The patient's blood pressure level improved to a range of <140/90 mmHg, 86.36 percent. The patient's body mass index Most were within the normal range, increasing at 40.91%. Patients were able to control their blood pressure better. Afterwards, there was a statistically significant improvement, $p < .05$, $t = 4.28$.

Keywords: Development of a model for caring for patients with high blood pressure, health service guidelines

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาจากการเป็นประเทศเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรม รวมทั้งประชากรไทยมีการเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย การมีนิสัยการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนักไม่ดี เป็นต้น ทำให้ภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ.2559-2561 โดยพบอัตราผู้ป่วยใน 659.57, 778.12 และ 860.53 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราตายด้วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรสูงเป็นอันดับ 4 ในปี 2563-2565 พบอัตราตาย 18.32, 21.49, 22.72 ตามลำดับ และเมื่อ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

พิจารณาเฉพาะโรคไม่ติดต่อ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงที่สุดเป็นอันดับ 1 และเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2563-2565 คือ 623 ,669 ,726 ตามลำดับ ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 15,125 คน พบอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงเฉลี่ยทั้งประเทศ 5.4 ต่อประชากรแสนคน ความชุกจะเพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงพบในหญิง ร้อยละ 5.6 มากกว่าชาย ร้อยละ 5.2 ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพียงระยะเวลา 7-10 ปี[1] ก็จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และป้องกันความพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ยืดชีวิตที่มีความสุขให้ยืนยาว ให้ระดับความดันโลหิตช่วงบนต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตช่วงล่างต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท พบความดันโลหิตสูง 1,606 ราย ซึ่งรวมพวกที่มีประวัติความดันโลหิตสูง มีเพียงร้อยละ 10.2 เท่านั้น ที่ทราบว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูง และร้อยละ 71.3 ของผู้ที่ทราบว่ามีภาวะนี้ได้รับการรักษา และร้อยละ 61.5 ของกลุ่มที่ได้รับการรักษา มีความดันโลหิตต่ำกว่า 160/95 มิลลิเมตร[2] เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติเพื่อควบคุมอาการของโรคและลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูงได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม วิตกกังวล พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการออกกำลังกาย และการไม่ไปตรวจตามนัด[3]

โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดนครราชสีมา จากการรายงานของสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 5 นครราชสีมา พบว่าในปี 2563-2565 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร 1,842.54, 2,435.82 และ 2,601.98 ตามลำดับ และจากสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าในตำบลพลกรัง มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2563-2565 ดังนี้ 1,754.24, 2,792.13 และ 3,243.97 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[4] อัตราการป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูงในตำบลพลกรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ในบ้านบุขี้ตุ่น หมู่ที่ 5 เป็นชุมชนหนึ่งในตำบลพลกรัง มีพื้นที่ติดกับอำเภอโนนไทยและอำเภอขามทะเลสอ จากสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลกรัง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2565 เพิ่มขึ้นจาก 10,12 และ 18 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 840,994 และ 1,395 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบปัญหาการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง การให้ความรู้ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน การเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุม และไม่มีการประสานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยค่อนข้างน้อย[5]

การพัฒนาบริการสุขภาพในประเทศไทยนั้นมีความหลากหลายแตกต่างกันตามชุมชนและปัจเจกบุคคล ส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากภาวะสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายสุขภาพในที่นั้น ๆ เป้าหมายบริการสุขภาพส่วนบุคคลและยึดประชากรในสังคม ระบบบริการสุขภาพของรัฐตั้งขึ้นเพื่อบรรลุความต้องการสุขภาพของประชากรเป้าหมาย ระหว่างรัฐ องค์กรประสานงานอื่น ๆ การให้บริการโดยเน้นชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก ในการที่จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคแล้วแต่มีความรู้ความสามารถจะดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวและสังคม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังมีแหล่งงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ และ สสส. มีการดำเนินงานตามแผนโดยชุมชนประกอบด้วยผู้นำชุมชน แกนนำ ภาคีเครือข่าย และประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน กิจกรรมการ

ดำเนินงาน มี 6 โครงการ ได้แก่ โครงการออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ เลิกบุหรี่มีเงินออม หยุดเหล้าเพื่อครอบครัว เยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและให้ความรู้ชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[6]

จากสถานการณ์และสภาพปัญหาโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและสภาพการณ์บริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลกรังที่ ดังนั้นผู้วิจัย มีความสนใจที่จะศึกษาเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน ความจำเป็นของการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ทำการศึกษาในช่วงเดือนระหว่างเดือน เมษายน – กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 5 บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้นำในชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ที่ 5 บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 22 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 12 คน ผู้นำในชุมชนจำนวน 12 คน และผู้ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในชุมชน จำนวน 5 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 51 คน ในช่วงเดือนเมษายน – กันยายน 2566 คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนด จึงไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แนวคำถามปลายเปิด ในประเด็นประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนความคิดในการผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้นำในชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย

2) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม.และผู้ให้บริการ จำนวน 31 ข้อ

3) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยศึกษาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากแฟ้มประวัติ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษาพยาบาล ยาที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม เพื่อให้สามารถสรุปประเด็นที่ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้โดยตรง สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เข้าใจตรงกันในการแปรความหมายข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ดังนี้

n แทนค่า จำนวน

PT HT แทนค่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

CG แทนค่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

CM แทนค่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มองค์กรในชุมชน

AA แทนค่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้อง รายได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน ก่อนหลังการพัฒนาแนวทาง

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการจัดบริการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในด้านการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม กิจกรรมการรวมกลุ่มออกกำลังกายของผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่องและจัดการความเครียดไม่เหมาะสม ไม่รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และรับประทานยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง ทั้งเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิต ที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้รายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบเมื่อผู้ป่วยไปรับบริการตรวจรักษาตามนัดเท่านั้นเนื่องจากภาระงาน และในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่ายังไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเลย ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติได้ การสนับสนุนและการช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้นำในชุมชน มีบทบาท ในการสนับสนุนช่วยเหลือการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนค่อนข้างน้อย บทบาทหลักในการให้การสนับสนุนเป็นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการคัดกรอง ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เท่านั้น เนื่องจากผู้นำในชุมชนไม่ทราบสถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนไม่มีการประสานข้อมูลและไม่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับชุมชน ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดทักษะในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเรื่องการเยี่ยมบ้านและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ไม่มีการวางแผนร่วมกันในการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน สภาพการณ์การจัดบริการสุขภาพผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพไม่สามารถให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ครอบคลุมเนื่องจากภาระงานและไม่มีการประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับชุมชน ที่ผ่านมามีการเยี่ยมบ้านเฉพาะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นอัมพาตแล้วเท่านั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ผ่านมา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน มีการดำเนินงานในเรื่องการรวมกลุ่มออกกำลังกายในประชาชนทั่วไป มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งมาร่วมออกกำลังกายแต่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีผู้นำในการออกกำลังกาย และไม่มีการสนับสนุนงบประมาณจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ด้านการผ่อนคลายความเครียดยังไม่มีการดำเนินการส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับบริการสุขภาพไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.73 เพศชาย ร้อยละ 27.27 อายุมากที่สุด 74 ปี และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.63 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.18 สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกร้อยละ 31.82 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.90 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 9.10 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.73 อาชีพค้าขายร้อยละ 27.27 อาชีพทำเกษตรกรรมร้อยละ 13.64 ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ร้อยละ 36.36 สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90.90 สิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 4.55 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 4.55 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,718.18 บาท แหล่งที่มาของรายได้ จากการทำงานของตนเองร้อยละ 45.46 จากบุตร/ญาติร้อยละ 54.54 และในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุมีรายได้ส่วนหนึ่งจากเงินสวัสดิการสงเคราะห์ผู้สูงอายุเดือนละ 600 บาททุกราย

2. การพัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 5 แนวทางดังนี้ 1) การพัฒนาข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) การพัฒนาทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องการเยี่ยมบ้าน การเป็นผู้นำ ในการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด 3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล 4) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด 5) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมสหวิชาชีพ ประเมินความเหมาะสมของแนวทาง ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.24, S.D.=0.43) เมื่อแยกเป็นรายด้านทั้ง 5 ด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากดังนี้ 1) การพัฒนาข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Mean= 4.20, S.D.=0.44) 2) การพัฒนาทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Mean=4.20, S.D.=0.44) 3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล (Mean=4.20, S.D.=0.4) 4) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้านการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Mean=4.20, S.D.=0.44) และ 5) การพัฒนาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Mean= 4.40, S.D.= 0.54)

3. ผลของการใช้ทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หลังการพัฒนาแนวทางพบว่าส่วนมากผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต อยู่ในช่วง <140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 19 คน ร้อยละ 86.36 รองลงมามีค่าความดันโลหิต

ในช่วง >160/≤100 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป จำนวน 2 คน ร้อยละ 9.09 และ ความดันโลหิตในช่วง 140 – 159/90 – 99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 1 คน ร้อยละ 4.55 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายของผู้ป่วย ส่วนมากอยู่ในช่วง ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 Kg/m² (ปกติ) จำนวน 9 คน ร้อยละ 40.91 รองลงมา ดัชนีมวลกาย 25.0 – 29.9 Kg/m² (อ้วนระดับ 1) จำนวน 7 คน ร้อยละ 31.82 และ ดัชนีมวลกาย 23.0 – 24. 9 Kg/m² (ท้วม) จำนวน 3 คน ร้อยละ 13.64 ตามลำดับ ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีจำนวนที่ควบคุมได้เฉลี่ย 10.26 คน ภายหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เฉลี่ย 13.12 คน จากการทดสอบทางสถิติพบว่ามีสามรถควบคุมความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 4.28$ ค่าดัชนีมวลกาย ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปกติมีค่าเฉลี่ย 9.32 คน ภายหลังการพัฒนาพบว่า ค่าดัชนีมวลกายปกติเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 11.23 คน จากการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกันดังแสดง ในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และ ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติภายหลังการพัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (n=44)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาแนวทาง		หลังพัฒนาแนวทาง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้	10.26	1.24	13.12	0.03	4.28	<0.001*
ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลปกติ	9.32	1.41	11.23	0.02	0.12	<1.265

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และสภาพปัญหาการบริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุมากที่สุด 74 ปี และพบว่าเป็นผู้สูงอายุ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้างทั่วไป สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,718.18 บาท แหล่งที่มาของรายได้จากการทำงานของตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ มีเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุเดือนละ 600 บาท การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า บางรายมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้องและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังไม่ถูกต้อง องค์กรในชุมชนไม่ทราบสถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากไม่มีการประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีทักษะในการเยี่ยมบ้านและชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การบริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากการรับประทานอาหารรสเค็ม ไม่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม การรักษาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ในด้านผู้ดูแลไม่ทราบวิธีการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิตที่ถูกต้อง จากประเด็นปัญหาที่ สภาพการณ์มีการ

วางแผนและพัฒนาการดำเนินงานร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโดยการบรรยายประกอบสื่อ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลและ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนร่วมกันจัดบริการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการออกกำลังกายโดยใช้ไม้พลอง การเต้นแอโรบิกและการผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล มีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ เสงี่ยม จิ๋วประดิษฐ์กุล[7]

การพัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 5 แนวทางดังนี้ 1) การพัฒนาข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) การพัฒนาทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องการเยี่ยมบ้าน การเป็นผู้นำ ในการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด 3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล 4) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด 5) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากแนวทางนี้ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสูงแนวทางนี้ใช้ตัวบุคคลคือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือว่าผู้ทรงคุณวุฒินั้นเที่ยงธรรมและมีดุลพินิจที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์ในการพิจารณานั้นเกิดจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง และแนวทางที่ให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอัธยาศัยและความถนัดของแต่ละคนนับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ การเก็บรวบรวม การประมวลผลการวินิจฉัยข้อมูล เพื่อให้เหมาะแก่การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สอดคล้องกับ ฉัตรณรงค์ คงบารมี[8]

ผลของการใช้แนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หลังการพัฒนาแนวทางพบว่าส่วนมากผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต อยู่ในช่วงควบคุมได้เพิ่มมากขึ้น ดัชนีมวลกายในระดับปกติเพิ่มมากขึ้น การทดสอบทางสถิติพบว่ามีสามรถควบคุมความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 4.28$ ในขณะที่ค่าดัชนีมวลกาย พบว่าไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการดำเนินงานทางการแพทย์ส่วนใหญ่ดำเนินการตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ ยังขาดมิติในการดูแลภาคชุมชน สังคม และในบางเรื่องก็ต้องการความละเอียดอ่อนตามบริบทในชุมชนมากกว่า การทำงานควรเน้นสัมฤทธิ์ผลของเป้าหมาย การผสมผสานปัจจัยต่าง ๆ ในการทำงานจึงประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ รุ่งพิทยา คณะช่าง และคณะ[9]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ไปใช้ ควรปรับให้เหมาะกับบริบทของจังหวัดตนเอง โดยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม การประชาสัมพันธ์ การสร้างเสริมความรู้ และการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการนำแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยบ้านบุขี้ตุ่น ตำบลพลกรัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอเมือง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2565. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2565.

2.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังประจำปี 2565. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

3.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพปีงบประมาณ 2558.

4.รายงานของสำนักงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2565. สำนักงานควบคุมป้องกันโรคจังหวัดนครราชสีมา. สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 5 นครราชสีมา 2565.

5.งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. นครราชสีมา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลกรัง. 2565.

6.อนุวัฒน์ศุภชุติกุล. คู่มือเส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร :สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2559.

7.เสงี่ยม จิ๋วประดิษฐ์กุล. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาวาส.วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;3(1): 15-30.

8.ฉัตรณรงค์ คงบารมี (2559). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยง ต่อโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองเม็ก ตำบลด่านช้าง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา.2566;8(4): 624-629.

9.รุ่งพิทยา คณะช่าง และคณะ (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. เอกสารประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2. 2565.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น จังหวัดเลย
Predicting Factors of For Self-harm Behavior among Adolescents in Loei Province

(Received: August 14,2024 ; Revised: August 21,2024 ; Accepted: August 22,2024)

เพ็ญสุดา ไชยเมือง[1], พรรณี บัญชรหัตถกิจ[2], ทัศพร ชูศักดิ์[2], รัฐพล ศิลปรัศมี[2],
Pensuda Chaimueang[1] , Pannee Banchonhattakit[2], Ratthapol Sillaparassamee[2], Kittipong Sornlorm[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นไทยอายุ12-18 ปีที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดเลย จำนวน 176 คน โดยคัดเลือกแบบสุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลเมื่อ เดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้วิจัยมีจำนวน 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเผชิญปัญหา วิธีและปัจจัยพยายามทำร้ายตนเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.81 - 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.70 มีอายุเฉลี่ย 15.3 ปี มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 30.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.30 มีประวัติใช้สารเสพติดเป็นประจำ ร้อยละ 33.00 กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่ คือ เล่นโทรศัพท์ ร้อยละ 27.90 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีตัวแปรทำนาย 3 ตัว คือ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านการเผชิญหา โดยตัวแปรอิสระ 3 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการทำร้ายตนเองของวัยรุ่นจังหวัดเลย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของวัยรุ่นจังหวัดเลย ประมาณร้อยละ 41.00 (Adjust R Square = 0.41)

คำสำคัญ : วัยรุ่น, พฤติกรรมทำร้ายตนเอง, การแก้ไขปัญหา, การเผชิญปัญหา

Abstract

This study was survey research by cross - sectional study aimed to study factors predicting self-injurious behavior among adolescents in Loei Province. The sample group of Thai teenagers aged 12-18 year of study in secondary schools, Loei Province, totaling 176 students by Multi-stages random sampling selection in 7 steps. Data were collected in January - May 2024. The research tools was a questionnaire that consisted of 5 sections: personal information, social support, interpersonal relationship problems test, coping Strategies on methods questionnaire [CSQ] and factors of attempting to harm ownself. which had a confidence value between 0.81 - 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics. Pearson's correlation and multiple regression analysis

Research results: The sample group was 97.70% female, with an average age of 15.3 years, had a Mathayom 5 education, 30.70% had no chronic diseases, 73.30% had a history of regular drug use, 33.00% had mostly leisure activities namely, using the phone at 27.90 %. The results of the analysis found that there were 3 predictors: social and economic factors, psychological factors, and coping factors. The three independent variables were able to predict self-injurious behavior of teenagers in Loei Province. It had

[1] สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏไลยลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏไลยลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

statistical significance at the 0.05 level and the power to predict self-injurious behavior of teenagers in Loei Province was at approximately 41.00 % (Adjust R Square = 0.41).
Keywords: teenagers, adolescents .self-harm behavior, family, problem solving, problem coping .

บทนำ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 11.4 ต่อแสนประชากรโลก ประมาณการว่าแต่ละปี มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 800,000 ราย เพศชายมากกว่าเพศหญิง (13.7:7.5 ต่อแสนประชากร) มักพบในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้น้อยคิดเป็นร้อยละ 78.2 แต่ละประเทศทั่วโลก รายงานการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับ 1 ใน 10 โดยเฉพาะประชากรวัย 15-35 ปี จัดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการตายซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่สาธารณสุขให้ความสนใจแก้ไขปัญหาปัจจุบันทั่วโลกรายงานแนวโน้มว่าทุก 40 วินาที มีคนฆ่าตัวตายสำเร็จหนึ่งรายและปี 2020 จะมีทุก 20 วินาทีที่มีคนฆ่าตัวตายสำเร็จหนึ่งรายสัมพันธ์กับรายงานอัตราการฆ่าตัวตาย 10.7 ต่อแสนประชากร ผลกระทบของการฆ่าตัวตายมีผลต่อด้านจิตใจของคนใกล้ชิด คนในครอบครัวและสังคม โดยเฉลี่ยคนฆ่าตัวตาย 1 คนส่งผลต่อคนรอบข้างอย่างน้อย 6 คน ยิ่งถ้าเกิดในโรงเรียนหรือที่ทำงานยิ่งส่งผลกระทบต่อคนนับร้อย สำหรับประเทศไทยแม้ภาพรวมของอัตรา การฆ่าตัวตายไม่เกินฆ่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในตัวชี้วัดของประเทศ (อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562) แต่พบว่าในแต่ละปี มีคนไทยที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เฉลี่ยปีละ 3,900-4,000 คน[1]

โดยเฉพาะเด็กช่วงวัย 13 -17 ปี ซึ่งเป็นช่วงเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น พบว่า โดยส่วนใหญ่ปัญหาการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นไทยอายุ 10 -19 ปี มีจำนวนเพิ่มขึ้น มีเด็กฆ่าตัวตายจำนวน 139 คน มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าสูงร้อยละ 44 และมีอัตราป่วย เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 18 โดยลักษณะอาการทางอารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะไม่เหมือนอาการของผู้ใหญ่ คือ อาจมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรงทำร้ายตัวเองหรือคนอื่น มีอารมณ์ก้าวร้าว หรือแปรปรวนง่ายมีพฤติกรรมเสี่ยง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อ มีการศึกษาเชิงสำรวจพบว่าวัยรุ่นชายไทย ในโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่า ร้อยละ 4 ที่คิดและวางแผนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีวัยรุ่นมัธยมปลาย ร้อยละ 6.1 ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในจังหวัดเชียงใหม่ พบมีนักเรียนมัธยมชาย ร้อยละ 5.7 และนักเรียนหญิง ร้อยละ 7.4 เคยพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองของวัยรุ่น เป็นปัญหาด้านจิตใจ ที่มีความสำคัญจากที่คิดว่ามีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ มีความเปราะบางทางอารมณ์ที่สูง ในการแก้ไขปัญหาของตนเองและพยายามหาวิธีการป้องกันแก้ไข แต่เมื่อจัดการไม่ได้จะหาทางออกหลายแบบตามประสบการณ์ของตนเอง เช่น ระบายกับเพื่อน คนใกล้ชิด ครอบครัว หากิจกรรมทำ หากจัดการปัญหาไม่ได้ มีปัญหาในการปรับตัวส่งผลต่ออารมณ์ ความเครียด ซึมเศร้า แม้ว่าจะเจอปัญหาเล็กๆก็ปรับตัวได้ลำบาก มีปัญหาพฤติกรรมได้บ่อย หรือมีการทำร้ายร่างกายตัวเองทำลายข้าวของ เป็นต้น แต่ปัจจุบันด้วยลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เทคโนโลยีเริ่มมีบทบาทสำคัญในชีวิตของคนเรามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น จึงเกิดรูปแบบการทำร้ายตนเองรูปแบบใหม่ขึ้น และเกิดความสูญเสียทั้งบุคคลและผลกระทบระยะยาวของอนาคต[2]

จากการรายงานการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 14 คน อัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2565 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการ

ฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรที่สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่เชียงใหม่ น่าน แม่ฮ่องสอน เท่ากับ 15.33, 15.21 และ 14.06 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3] สถานการณ์การฆ่าตัวตายในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี พ.ศ. 2563 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรมากที่สุด ได้แก่ ขอนแก่น หนองบัวลำภู บึงกาฬ และศรีสะเกษ เท่ากับ 10.69, 10.18, 10.18 และ 9.35 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และเมื่อศึกษาข้อมูลอัตรา การฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 8 เมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรมากที่สุด ได้แก่ หนองบัวลำภู บึงกาฬ อุดรธานี และเลย เท่ากับ 10.18, 10.18, 8.54 และ 8.48 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ[4] สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเลย มีจำนวนเด็กนักเรียนระดับมัธยมทั้งในระบบและนอกระบบ ทุกสังกัด ปีการศึกษา 2565 จำนวน 151,731 คน มีประวัติหรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน มีประวัติหรือพฤติกรรมทำร้อยตัวเอง ปี 2563 ,2564 และ 2565 จำนวน 527 ราย , 565 และ 637 ราย

ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่นมีดังนี้ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าเพศชายถึง 2.5 เท่า มีประวัติ ใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ และปัญหาทางสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต การจัดการ กับปัญหาและเหตุการณ์ต่างๆ อารมณ์เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด และวิตกกังวล ตลอดจนวิธีระบาย หรือแก้ไขปัญหา ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ครอบครัว ความผูกพันและสนับสนุน พ่อแม่ที่มีสถานภาพสมรส ของพ่อแม่หย่าร้าง เพื่อน บุคคลใกล้ชิดหรือสนิท เช่น แฟน เพื่อนคุย ที่ส่งให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ โดนกลั่นแกล้ง จากเพื่อน รสนิยมทางเพศ เพศภาวะ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม รายได้ ผลการเรียนตกต่ำหรือไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ปัจจัยเหล่านี้เป็นความเครียดในชีวิตที่บุคคลต้องเผชิญแก้ไขและอยู่กับความไม่ปรารถนา และส่งผลต่อความคิดทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนแอสะสม จัดการไม่ได้และนำไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตาย มีการลงมือกระทำหรือพฤติกรรมทำร้ายตัวเองจนฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในทางจิตเวชศาสตร์ จะแยกการฆ่าตัวตายและเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ดังนั้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) จึงมีความหมายครอบคลุมถึง การคิดอยากฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยที่การพยายามฆ่าตัวตายจะพบบ่อยกว่าการฆ่าตัวตาย ที่เสียชีวิต โดยจะพบได้ตั้งแต่ 6:1 ถึง 25:1 นอกจากนี้จะพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณร้อยละ 30-60 จะเคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน และในผู้พยายามทำร้ายตนเองประมาณร้อยละ 10 จะเสียชีวิต จากการฆ่าตัวตายในที่สุด[5]

พฤติกรรมทำร้ายตัวเองในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ต้องการการป้องกันและแก้ไข เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัย ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ฮอร์โมน อารมณ์ จิตใจ สังคม หากมีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ตรงกับแต่ละบุคคลนั้น ส่งผลให้กลุ่มเด็กวัยรุ่นเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ที่เป็นผลจากกระบวนการความสัมพันธ์ระหว่างด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และแรงจูงใจนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศชาติต่อไปได้ ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง และการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น มีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ โดยเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ การรับรู้ การคาดการณ์ การลอกเลียนแบบ มาจากการตัดสินใจที่มีความหุนหันพลันแล่น ขาดวุฒิภาวะ ความนึกคิดใคร่ครวญ ไตร่ตรอง ขาดความอดทนต่อสถานการณ์ รวมทั้งปัญหาภายในบุคคลและปัญหาระหว่างบุคคล[6] จึงมีโอกาสเกิดได้ง่ายโดยแต่ละบุคคล ตัดสินเหตุการณ์ที่พบเจอจากสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ และรูปแบบความคิดเกิดจากการ

แปลสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่ดี เช่น เศร้า กังวล โกรธ และอีกหลากหลายอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ด้านลบ การพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีความถี่มากกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยวัยรุ่นที่ถือว่ามีความเสี่ยงในการพฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือ การพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือวัยรุ่นชายที่มีอายุในช่วง 16-19 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น บุคลิกภาพก้าวร้าว หรือมีอาการทางจิตและโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีประวัติเคยพฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับวิจัย ศึกษาความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดและความพยายาม ฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยความเหงาโดดเดี่ยว และความวิตกกังวลจนทำให้นอนไม่หลับ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง[7]

จากความเป็นมาและสภาพปัญหาที่ผู้วิจัยได้กล่าวถึงข้างต้น รวมถึงความพยายามดำเนินงานตามเข็มมุ่งลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงศึกษาปัจจัยในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อีกทั้งยังพบว่าไม่มีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดเลย ประกอบกับขาดการวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นรากของปัญหาที่มีความซับซ้อนได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยพฤติกรรมทำร้ายตนเองในกลุ่มวัยรุ่น ในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา ที่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อจากเด็กไปสู่วัยรุ่นตอนปลาย เพื่อนำไปพัฒนาและขยายผลให้เกิดการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเผชิญปัญหา

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตัวเองของวัยรุ่น จังหวัดเลย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross - sectional study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในจังหวัดเลย เพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 12-18 ปี กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีการรายงานจากรายงานสถิติของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเลย หนองบัวลำภู ปีการศึกษา 2566 จำนวน 91,321 คน เป็นนักเรียนชาย 47,039 คน และนักเรียนหญิง 44,282 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง โดยเกณฑ์คัดเข้าของการวิจัยประชากรเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) และผู้ปกครองอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

(1) ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครซี่และมอร์แกน ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรเช่นเดียวกัน และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ 10 ขึ้นไป ดังนี้

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (/ '=3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.035(3.5%)

ในการคำนวณผู้วิจัยทราบขนาดของประชากรและสัดส่วนของลักษณะที่สนใจของประชากร จึงได้กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนและระดับความเชื่อมั่นด้วย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน จำนวน 91,321 คน จึงแทนที่สูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 91{,}321 \times 0.035(1-0.035)}{0.05^2\,(91{,}321-1)+3.841 \times 0.035 \times (1-0.035)}$$

n = 176 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าในการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง
2. ไม่เจ็บป่วยหรือมีอาการทางจิตรุนแรง
3. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือให้ความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจ
5. ผู้ปกครองยินยอมให้ร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่นหรือมีความผิดปกติทางสมอง
2. มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตัวเองรุนแรง ไม่สามารถยับยั้งตนเองได้
3. มีภาวะเมาสุราหรือสารเสพติด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาข้อมูลจากวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง โดยในแบบสอบถามนั้นมีข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น จังหวัดเลย การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) เพื่อให้ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อให้นักเรียนเป็นผู้ตอบ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบปลายปิด เพศ อายุ สุขภาพ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมยามว่าง การนอนหลับ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ(Checklist questions) และ แบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended questions) คำตอบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ผลการเรียน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานภาพสมรสของบิดามารดา การเดินทางมาโรงเรียน สื่อต่างๆ เทคโนโลยีต่างๆ รายได้ของครอบครัว เป็นแบบสอบถามมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire: PRQ 2000) ฉบับแปล เป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 แต่ละข้อแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 1 - 5 โดยน้อยที่สุดหรือไม่มี 1 คะแนน มากที่สุด 5 คะแนนตามลำดับ การคิดคะแนนและการแปลผลค่าคะแนน เพื่อแปลความหมายของการสนับสนุน ทางสังคมเป็น 3 ระดับ ดังนี้15-45 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย 46-75 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 76-105 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 3 ด้านจิตใจ ทัศนคติ อารมณ์ การกลั่นแกล้ง บุคลิกภาพ สัมพันธภาพ ปัจจัยและความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง แบบสอบถามส่วนนี้ แบบสอบถามประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) ใช้วัดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเผชิญและการจัดการกับปัญหา แบบสอบถามนี้แปลและพัฒนาจากคู่มือการบำบัดทางจิต ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง

(validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability)โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82 ด้านความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (interpersonal deficits) การคิดคะแนนและแปลผลเป็นการวิเคราะห์จากข้อคำถาม โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ มีระดับคะแนนที่ 0-12(Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82) ระดับการให้คะแนนไม่มี 1 คะแนน สูงสุดคือ มาก 4 คะแนน ตามลำดับการคิดคะแนนและแปลผล 1-3 คะแนน หมายถึง มีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาที่ดี 4-7 คะแนน หมายถึง มีปัญหาการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง 8-12 คะแนน หมายถึง มีปัญหามากในการปรับตัว และแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

ส่วนที่ 4 ด้านการเผชิญปัญหา ใช้แบบสอบถามการเผชิญปัญหา(Coping Strategies Questionnaire [CSQ]) เป็นแบบประเมินการเผชิญความเครียด (ฉบับภาษาไทย) มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.7-0.8 แบบสอบถามประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ด้านที่ 1 คือ การมุ่งแก้ไขปัญหาจำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็นการแสวงหาข้อมูล (3 ข้อ) การกระทำโดยตรง (3 ข้อ)การแสวงหาความช่วยเหลือ (2 ข้อ) และการหยุดยั้งการกระทำ (2 ข้อ) ส่วนองค์ประกอบด้านที่ 2 คือ การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 10 ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ ระดับ 1 คือ ไม่เคยใช้วิธีนี้เลย ระดับ 4 คือ ใช้วิธีการนี้บ่อยที่สุด ตามลำดับ การคิดคะแนนและแปลผล 0-20 คะแนน หมายถึง มีความเครียดหรือการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี 21-40 คะแนน หมายถึง มีปัญหาการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง 41- 80 คะแนน หมายถึง การมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิธีและปัจจัยพยายามทำร้าย โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบสวนโรค การฆ่าตัวตายร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (อาจารย์ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ APN) และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) 0.93 (Davis,1992) ผลซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.81 - 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ผู้วิจัยทำหนังสือบันทึกข้อความขอเก็บข้อมูล เสนอต่อผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเลย หนองบัวลำภูและนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเลยและ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่โรงเรียนในพื้นที่จังหวัดเลย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบครูประจำชั้น และนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1 - 6 เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เอกสารชี้แจงและใบลงนามยินยอมของผู้ปกครองและนักเรียนใส่ลงไปในซองเดียวกัน และให้นักเรียนนำกลับมาส่งในวันต่อมาตามที่ได้นัดหมายไว้ ตามรวบรวมเอกสารในวันรุ่งขึ้น ในวันต่อมาผู้วิจัยให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในห้องเรียน โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เตรียมสำหรับนักเรียนนำมาแจกแบบ สอบถาม ผู้วิจัยจะอธิบายและทำความเข้าใจแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในการตอบแบบสอบถาม ระหว่างนั้นหากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ สมารถสอบถามได้ เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม จะรวบรวมและทวนสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

หลังการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมวิเคราะห์ โดยกำหนดนัยสำคัญ

ทางสถิติ เท่ากับ .05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายคุณลักษณะประชากรได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation)

ข้อมูลเชิงพรรณนาวิเคราะห์ด้วยสถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรม สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ พฤติกรรมการทำร้ายตัวเองเป็นค่าคะแนน ซึ่งเป็น Outcome ของการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ หมายเลขโครง 0078/ 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 176 คน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพ ประวัติการใช้สารเสพติด กิจกรรมยามว่าง และการนอนหลับ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.70 มีอายุเฉลี่ย 15.3 ปี มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 30.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.30 มีประวัติใช้สารเสพติดเป็นประจำ ร้อยละ 33.00 กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่คือ เล่นโทรศัพท์ ร้อยละ 27.90

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากคือ ฉันมีใครคนหนึ่งที่เมื่อได้อยู่ใกล้ชิดแล้วฉันรู้สึกว่ามีความปลอดภัย อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.28, S.D. = 1.28) รองลงมา คือ ฉันใช้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.26, S.D. = 1.16) และฉันพอจะหาความช่วยเหลือได้ ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือในระยะยาว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.19, S.D. = 0.62) ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ฉัน แม้เขาจะรู้สึกว่าฉันไม่อาจจะตอบแทนเขาได้ ($\bar{X}$ = 3.19, S.D. = 0.62) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ฉันมีโอกาสมากเพียงพอในการพบปะกับบุคลที่ทำให้ฉันมีความรู้สึกสึกว่าฉันเป็นคนพิเศษ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.14, S.D. = 0.96) มีคนบางคนที่รักและห่วงใยฉัน อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.17, S.D. = 1.25) ฉันรู้สึกว่าคนอื่นรู้สึกนิยมชมชอบในตัวฉันอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.86, S.D. = 0.78) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ด้านจิตใจ ทัศนคติ อารมณ์ การกลั่นแกล้ง บุคลิกภาพ สัมพันธภาพ พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม ($\bar{X}$ = 2.11, S.D. = 0.96) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก ($\bar{X}$ = 2.10, S.D. = 1.18) ด้านความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต ($\bar{X}$ = 1.66, S.D. = 1.02) และด้านความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ($\bar{X}$ = 1.60, S.D. = 0.91) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ด้านการเผชิญปัญหา พบว่า ด้านมุ่งแก้ไขปัญหา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมาก คือ กินหรือนอนต่างไปจากเดิม เช่น กินมากขึ้น นอนน้อยลง ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = 0.84) รองลงมา คือ กังวล หงุดหงิด ไม่มีความสุข ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.91) และฉันปิดบังความรู้สึกของฉันไม่ให้คนอื่นรู้ ($\bar{X}$ = 3.01, S.D. = 1.31) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เล่าปัญหาหรือระบายความในใจให้ใครสักคนรับรู้ ($\bar{X}$ = 1.83, S.D. =

0.80) รองลงมา คือ ขอความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ($\bar{x}$ = 1.80, S.D. = 0.94) และพูดระบายให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ฟังอื่น ($\bar{x}$ = 1.67, S.D. = 0.92) ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการทำร้ายตนเอง พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 27.30 รองลงมาคือ ใช้อาวุธปืน จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 22.70 เมื่อพิจารณาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความคิดหรือการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า มีความน้อยใจ ถูกดุด่า ถูกตำหนิ จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 19.50 รองลงมาคือ ต้องการการเอาใจใส่/ตามใจ/เรียกร้องความสนใจ จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20 และปัจจัยป้องกันและปัจจัยเฝ้าระวังความคิดหรือการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ครอบครัวมีความสำคัญและอยู่เคียงข้าง จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 31.50 รองลงมาคือ เก็บกดความรู้สึก ไม่มีที่ปรึกษาหรือรับฟัง/ช่วยเหลือ จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 25.50 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองของวัยรุ่นจังหวัดเลย

ในการวิเคราะห์ที่ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองของวัยรุ่นจังหวัดเลย โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณเส้นตรง (Multiple Regression Analysis) โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน มีค่าเท่ากับ 0 โดยวิธีการกำลังสองน้อยที่สุด จะมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0 เสมอ

2. การตรวจสอบจากปัญหา Multicollinearity กล่าวคือ ตัวแปรอิสระทั้งหมดจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหลาย ๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ผลที่ได้มี 2 ค่า คือ ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.28 – 0.43 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 2.30 – 3.53 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเอง ระหว่างตัวแปรอิสระดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่า Tolerance และ VIF ของตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	Tolerance	VIF
ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ	0.43	2.30
ปัจจัยด้านจิตใจ	0.39	2.52
ปัจจัยด้านการเผชิญหา	0.28	3.53

3. การตรวจสอบความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าระหว่าง -0.07 – 0.56 (r น้อยกว่า 0.80) ซึ่งปรากฏว่าทุกคู่มีความสัมพันธ์ไม่เกิน 0.80 แสดงถึงตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ปัจจัย	พฤติกรรมทำร้ายตนเอง	ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ	ปัจจัยด้านจิตใจ	ปัจจัยด้านการเผชิญหา
พฤติกรรมทำร้ายตนเอง	1	0.56	-0.07	0.54
ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ		1	0.09	0.54
ปัจจัยด้านจิตใจ			1	-0.59
ปัจจัยด้านการเผชิญหา				1

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของวัยรุ่นจังหวัดเลยภาพรวม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ปัจจัย	พฤติกรรมทำร้ายตนเอง			t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่ (a)	-2.22	0.37		-5.91	0.00*
ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ	0.22	0.08	0.24	2.77	0.00*
ปัจจัยด้านจิตใจ	0.16	0.06	0.22	2.49	0.01*
ปัจจัยด้านการเผชิญหา	0.87	0.17	0.55	5.07	0.00*

Adjust R Square = 0.41 **R Square** = 0.42 **R** = 0.65

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีตัวแปลทำนาย 3 ตัว คือ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านการเผชิญหา โดยตัวแปรอิสระ 3 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการทำร้ายตนเองของวัยรุ่นจังหวัดเลยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของวัยรุ่นจังหวัดเลย ประมาณร้อยละ 41.00 (Adjust R Square = 0.41)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตัวเองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 15.3 ปี มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย เมื่อสอบถามข้อมูลเชิงลึกมีการใช้สารเสพติดเพราะอยากรู้อยากลองและใช้เวลาที่มีความเครียด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กิจกรรมยามว่างในการเล่นโทรศัพท์ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา ตราชู และคณะ[8] ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.7 มีอายุระหว่าง 15 – 18 ปี ร้อยละ 74.1 ส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองเป็นครั้งแรก ร้อยละ 69.6 วิธีทำร้ายที่พบมากที่สุด คือ กินยาเกินขนาด ร้อยละ 44.6 และกินสารเคมี ร้อยละ 24.1 เมื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่นในจังหวัดเลย โดยพบว่าปัจจัยหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมนี้ ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา จากการศึกษาของณัฏฐญา พัฒนะวาณิชนันท์ และคณะ[9] ที่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 6 อาการขึ้นไป มีปัญหา ทะเลาะขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ปัจจัยปกป้องการทำร้ายตนเองได้แก่ การยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำรงชีวิต โดยจากการวิเคราะห์เชิงพหุคูณ พบว่าปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ประมาณ 41% (Adjusted R Square = 0.41)

ผลการวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่นไม่ว่าจะเป็นมิติทางเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และการเผชิญปัญหา ซึ่งแต่ละมิติล้วนมีอิทธิพล ที่สัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน นอกจากนี้ยังได้สะท้อนถึงบทบาทของสภาพแวดล้อมที่วัยรุ่นอาศัยอยู่ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ที่ล้วนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางพฤติกรรมของวัยรุ่น ในด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ผลวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือประสบปัญหา ทางเศรษฐกิจ มักจะเผชิญกับความเครียดทางจิตใจมากกว่ารวมไปถึงสัมพันธภาพระหว่างเด็กและสมาชิก ในครอบครัว การศึกษาของอัสนี อนุตธโต[10] และการศึกษาของอรุโณทัย สิงห์ตาแก้วและคณะ[11] ที่พบว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ไม่อยู่ด้วยกันและมีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอก็มีแนวโน้มพฤติกรรมการจงใจทำร้ายตนเองเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียด

ทางสังคม (Social Stress Theory) ที่อธิบายว่า ความกดดันจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต สำหรับปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความเครียดและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามักเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการทำร้ายตนเองของวัยรุ่น การวิจัยนี้ยังเน้นถึงความสำคัญของการเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาของวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนี้ วัยรุ่นที่ไม่มีการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีมักจะหันไปใช้พฤติกรรมทำร้ายตนเองเป็นทางออกจากความเครียดหรือความทุกข์สอดคล้องกับการศึกษาของภานุพันธ์ ไพฑูรย์[12] ที่สะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งในจิตใจและอารมณ์ การรับมือกับความกดดันและปัญหาต่างๆ หากวัยรุ่นมีการจัดการที่ดีจะทำให้พฤติกรรมเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองเกิดขึ้นน้อยลง ทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเอง สร้างทักษะการปรับตัวและการตอบสนองต่อสถานการณ์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดความเครียดและความกดดันพัฒนาทักษะในการจัดการกับอารมณ์และสถานการณ์ที่เครียดโดยส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์เฉพาะความคิดหรือการกระทำที่แสดงถึงการฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งทำให้มีความชัดเจนในแต่ละความคิดและการกระทำของการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากร แต่หากมองในรายกลุ่มประชากรโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ ผลวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวมีโอกาสที่จะลดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้มากกว่าวัยรุ่นที่ขาดการสนับสนุนสอดคล้องกับการศึกษาของกฤติกา สุภรัมย์และคณะ[13] การเลี้ยงดูมีผล ต่อความคิด ความรู้สึกและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ส่งผลซึ่งกันและกัน การเลี้ยงดูที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมองโลกในลักษณะที่ต่างกัน เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามวัยบุคคลนั้นเมื่อเติบโตขึ้นจะเป็นคนที่มองโลกตามความเป็นจริง มองมุมบวก มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ นอกจากนี้ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน เช่น การสร้างกลุ่มสนับสนุน การให้บริการคำปรึกษา และการส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิต อาจช่วยลดอัตราการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพจากผลการวิจัยนี้ อาจเสนอแนวทางในการลดพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่นโดยการมุ่งเน้น ที่การเสริมสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกันพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น ได้ในระยะยาว

ดังนั้นการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น ควรให้ความสำคัญกับทักษะในการแก้ไขปัญหาและเฝ้าระวังปัจจัยด้านส่วนบุคคล เป็นความคิด การรับรู้ ประสบการณ์ที่ส่งผลให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมไม่เหมาะสม รวมไปถึงควรมีการสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการให้คำปรึกษาด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมและเข้าถึงวัยรุ่นมากขึ้น เมื่อนำมาวิเคราะห์ให้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเฝ้าระวังและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง เพื่อสะท้อนให้เห็นความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดปัจจัยด้านครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน เนื่องจากวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความหุนหันพลันแล่น หัวเลี้ยวหัวต่อ และอยู่ในระหว่างการปรับตัวและปรับสังคมให้สอดคล้องกับความเป็นตัวตนของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. อรพิน ยอดกลาง, มธุรส ทิพยมงคลกุล. (2563). การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. [มหาวิทยาลัยมหิดล].
2. Pascoe, M. C., Hetrick, S. E., & Parker, A. G. (2020). The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 104-112.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2562).*รายงานระบบบริการสาธารณสุข จังหวัดประจำปี 2562*. เข้าถึงเมื่อ16 ก.พ. 2566 เข้าถึงได้จาก http://dmsic.moph.go.th/index/detail/9127
4. กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน (GIS Report). เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://dmh.go.th/report/map/reds.asp?noyear=2563
5. กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แยกตามจังหวัดประจำปี 2563. เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp
6. Izadi-Mazidi, M., Yaghubi, H., Mohammadkhani, P., & Hassanabadi, H. (2019). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: factor analysis of functional assessment of self-mutilation among adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(3), 184-191.
7. พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ, ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. (2564). ศึกษาความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. *วารสารวิจัย มข. สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 9(3), 108-119.
8. อัจฉรา ตราชู, ฐิตวี แก้วพรสวรรค์, สิรินัดดา ปัญญาภาส. (2556). พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 323-332.
9. ณัฏฐญา พัฒนะวาณิชนันท์, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, รุจิดา ศิริวัฒนา. (2551). ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตนเอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(3), 61-71.
10. อัสรี อนุตธโต. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการข่มเหงรังแกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
11. อรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว, นุจรี ไชยมงคล, ไพรัตน์ วงษ์นาม. (2565). ความชุกของการจงใจทำร้ายตนเองในวัยรุ่นไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การประยุกต์ใช้สำหรับผู้เฝ้าระวัง. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 17(4), 326-334.
12. ภานุพันธ์ ไพทูรย์. (2567). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดพะเยา. *วารสารสหวิทยาการเพื่อการพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*, 14(1), 84-97.
13. กฤติกา สุภรัมย์, สุพจน์ คำสะอาด. (2566). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 10. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 38(5), 470-479.

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

Model of health literacy promotion in changing health behaviors of hypertension risk groups Kuddon Subdistrict Health Promoting Hospital.

(Received: August 14,2024 ; Revised: August 21,2024 ; Accepted: August 22,2024)

สมศรี ภูแพง[1]
Somsri Poopang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 10 ตำบลกุดโดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน จำนวน 60 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ : รูปแบบการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

Abstract

Study of model for promoting health literacy in changing health behaviors of groups at risk for high blood pressure. Kuddon Subdistrict Health Promoting Hospital The objective was to study the characteristics and problems of high blood pressure risk groups and to study the model for promoting health literacy in changing health behaviors of high blood pressure risk groups. Kuddon Subdistrict Health Promoting Hospital This action research with a study period between May 2024 and July 2024, a total of 3 months. The sample group includes the high blood pressure risk group, Village No. 10, Kuddon Subdistrict, Kuddon Subdistrict Health Promoting Hospital, totaling 60 people. By selecting specifically (Purposive Selection) according to the inclusion criteria. Data were collected from a questionnaire on health literacy and health behavior of people at risk for hypertension. Kuddon Subdistrict Health Promoting Hospital Huai Mek District Kalasin Province Analyze data By content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

The results of the study found that the health literacy of the hypertension risk group at Kuddon Sub-district Health Promoting Hospital, Huai Mek District, Kalasin Province before the implementation, overall and in each aspect, was at a moderate level. After the implementation, it was at the highest level. The health behavior of the hypertension risk group at Kuddon Sub-district Health Promoting Hospital, Huai Mek District, Kalasin Province before the implementation, overall and in each aspect, was at a fair level. After the implementation, it was at a very appropriate level. The health literacy and health behavior of the hypertension risk group at Kuddon Sub-district Health Promoting Hospital, Huai Mek District, Kalasin Province before and after the implementation were found to be significantly different at a statistical level of 0.05. After the implementation, the health literacy of the hypertension group at Kuddon Sub-district Health Promoting Hospital, Huai Mek District, Kalasin Province was higher than before the implementation.

Keywords: strengthening model, Health literacy, Changing health behaviors, High blood pressure risk group.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ในปี 2019 มีรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน[1] โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั่วโลกไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตน ซึ่งมากกว่าสามในสี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง[2] โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตอย่างมีนัยสำคัญ และเป็นหนึ่งในสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะแรงดันขณะที่หัวใจบีบตัวของหลอดเลือด มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันปกติ หมายถึงภาวะแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว มีค่าต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันขณะหัวใจคลายตัว มีค่าต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท[3]

สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนประมาณ 13 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคนที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้[4] ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น และอาจแสดงอาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก และหัวใจเต้นผิดปกติ[3] นอกจากนี้ ประชากรไทยที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนประมาณ 7.4 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 24.7 ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงนี้คือผู้ที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ที่ 120–139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ที่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การป่วยในไม่ช้า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย และหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองโรคความดันโลหิตสูงมักไม่แสดงอาการในระยะแรก ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนเองป่วย และเมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอย่างสม่ำเสมอสามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก[3]

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งสามารถป้องกันได้ หากสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดัน

โลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และลดการสูญเสียที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปสู่การลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้อีก จำนวนมากปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารรสเค็มจัด การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การขาดการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา รวมถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หากเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ จะช่วยให้พวกเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นได้[5]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองและสังคม[6] ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจาก ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและการรักษาได้ดีขึ้น สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยต้องมีการพัฒนาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย และคณะ[7] ได้ทำการศึกษาพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง โดยรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง 2) เข้าถึงและเข้าใจโรคของเรา 3) สื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ 4) กำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเองและ 5) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในปี 2561- 2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 8496.1, 9687.8 10392.6, 11073, 11599.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยในปี 2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่คิดเป็น 1182.8 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์อำเภอห้วยเม็ก พบว่า อัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2563 ถึง 2565 เท่ากับ 727.59, 733.85 และ 967.04 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จากการศึกษาสภาพปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของตำบลกุดโดน พบว่า สาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการตายจากโรคความดันโลหิตสูง คือโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2563 ถึง 2565 เท่ากับร้อยละ 3.94, 4.17 และ 4.51 ตามลำดับ[4]

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและลดอัตราการเกิดโรคของกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 10 ตำบลกุดโดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน จำนวน 60 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มเสี่ยง BP>120/80-139/89 mmHg
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือโรคร่วม
3. ยินดีและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน หมายถึง กิจกรรมของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการกินยาและพบแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

2.2 แบบวัดพฤติกรรม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำหมายถึง ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติทุกวัน เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ 5 – 6 วัน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ 3 – 4 วัน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง ความวิตกกังวล ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ 1 – 2 วัน เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ความวิตกกังวล ในรอบสัปดาห์ไม่มีการปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสม มากที่สุด
3.41 – 4.20	เหมาะสม มาก
2.61 – 3.40	พอใช้ ปานกลาง
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง น้อย
1.00 - 1.80	ไม่เหมาะสม น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

1.2 กำหนดกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

1.3 การดำเนินการรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

1.4 สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 113/2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะและปัญหาของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 33.33 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 53.33 และ รายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.33 และปัญหาของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การใช้เครื่องปรุงขาดการรับประทานผักและผลไม้ในทุกมื้ออาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การสูบบุหรี่ หรือสูดดมควันบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก และเส้นรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียดและการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน ประกอบด้วย การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7 ขั้นตอน การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 8 และพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การกำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์กรหรือภาคีเครือข่ายในหมู่บ้าน/ชุมชนกับการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.88	0.50	4.40	0.35	59	-20.186	.000	-1.66701	-1.36633
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	2.98	0.44	4.45	0.28	59	-21.467	.000	-1.61249	-1.33751
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	2.94	0.46	4.40	0.26	59	-20.325	.000	-1.61106	-1.32227
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	2.87	0.57	4.42	0.36	59	-18.317	.000	-1.71933	-1.38067
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	2.89	0.46	4.42	0.27	59	-28.393	.000	-1.63248	-1.41752

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	2.90	0.35	4.45	0.32	59	-30.331	.000	-1.64337	-1.43996
รวม	2.91	0.29	4.42	0.18	59	-33.852	.000	-1.60191	-1.42309

6. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วย
เม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ด้านการบริโภคอาหาร	2.88	0.26	2.88	0.26	59	-48.209	.000	-1.64616	-1.51495
ด้านการออกกำลังกาย	2.87	0.34	2.87	0.34	59	-38.195	.000	-1.66628	-1.50038
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	2.86	0.37	2.86	0.37	59	-31.557	.000	-1.68728	-1.48606
ด้านการกินยาและพบแพทย์	2.86	0.32	2.86	0.32	59	-34.995	.000	-1.69149	-1.50851
รวม	2.87	0.20	2.87	0.20	59	-66.325	.000	-1.63554	-1.53974

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า คุณลักษณะและปัญหาของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 33.33 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 53.33 และ รายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.33 และปัญหาของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การใช้เครื่องปรุง ขาดการรับประทานผักและผลไม้ในทุกมื้ออาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือสูดดมควันบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักและเส้นรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด และการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ อิสรา จุมมาลี และคณะ[8] ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.80 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ

68.60 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ (r = 0.279, p = 0.004) และสอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสา ยะเกี๋ยงงา และคณะ[9] ได้ศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตากจังหวัดตาก พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้าน การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้น จึงได้จัดทำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน ประกอบด้วย การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7 ขั้นตอน การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 8 และพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การกำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์กรหรือภาคีเครือข่ายในหมู่บ้าน/ชุมชนกับการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้มีการประยุกต์จากคู่มือการดำเนินงานสุขศึกษา “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[10] ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ[6] ส่งผลให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัยและคณะ[7] ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี พบว่า รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง 2) เข้าถึงและเข้าใจโรคของเรา 3) สื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ 4) กำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเองและ 5) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี 2. ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 ที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการควบคุมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และความดันโลหิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน สามารถทำให้ ความ

รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ ดังนั้น จึงความส่งเสริมรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงให้นำไปใช้ในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน.(2021). การศึกษาใหม่รายงานว่า ภาวะความดันโลหิตสูง พบได้มากขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง.
2. World Health Organization (2023). Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: World Health Organization
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์
4. กรมควบคุมโรค.(2563). โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention). ออนไลน์ https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
5. รุ่งนภา อาระหัง.(2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสาหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
6. วชิระ เพ็งจันทร์.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. สมจิตต์ สินธุชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ,กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ปัฐยาวัชร ปราฎผล.(2565).รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1) 58-74
8. อิสรา จุมมาลี ณัฐสิทธิ์ สินโท วิโรจน์ คำแก้ว ธารินี ศรีศักดิ์นอก.(2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 15(2). 99-113
9. วันวิสา ยะเกี๋ยงงา , ณิชารีย์ ใจคาวัง และ พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตาบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตากจังหวัดตาก. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ 2563; 15(2): 97-116.
10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษา “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ”. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

FACTORS AFFECTING DEMENTIA PREVENTION BEHAVIORS OF THE ELDERLY IN BAN MAD SUBDISTRICT BUNTHARIK DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE.

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 19,2024 ; Accepted: August 22,2024)

กัลยาลักษณ์ กองแก้ว[1] กิตติ เหลาสุภาพ[2]
Kalayalak Kongkaew[1] Kitti Laosupap[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 205 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 และใช้สถิติเชิงอนุมานในทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น พบว่า สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 67.7 (R^2=0.677, R^2_{adj}=0.669, SE_{est}=4.067, F= 83.568, p<0.001)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผล พฤติกรรม ภาวะสมองเสื่อม

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study the factors affecting dementia prevention behaviors of the elderly in Ban Mad subdistrict Buntharik district, Ubon Ratchathani province. The study included a total of 205 participants. Data were collected using a questionnaire created by the researcher in January 2023 to May 2024. The data were analyzed using descriptive statistics to present frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles and inferential statistics were used to analyze the factors affecting dementia prevention behaviors of the elderly, using stepwise multiple linear regression analysis, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results of the study showed that the factors affecting dementia prevention behaviors of the elderly, in order of the best predictive variables, included perception of the risk of dementia, participation in social activities, smoking, and perception of barriers to behavior to prevent and control dementia, respectively. The results of the analysis of multiple linear regression showed that could be explained together of variation of factors affecting dementia prevention behaviors of the elderly in Ban Mad subdistrict Buntharik district, Ubon Ratchathani province to 67.7 percent (R^2 = 0.677, R^2adj = 0.669, SEest = 4.067, F = 83.568, p < 0.001).

Keywords: factors affecting, behavior, dementia

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์กลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Corresponding author

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้การเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปกระทั่งผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้และก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงตามมา อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณเมื่ออายุเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปี ค.ศ. 2015 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกราว 50 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มสูงขึ้นแบบก้าวกระโดดถึง 132 ล้านคนในปี 2050[1] เช่นเดียวกับจำนวนผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย จากการคาดการณ์ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 6 แสนกว่าราย[2] ผลกระทบสำคัญของภาวะสมองเสื่อมไม่ได้มีเพียงแต่ผู้สูงอายุเท่านั้นแต่ยังกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐานะของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอีกด้วย รวมไปถึงรัฐบาลที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาในระบบสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญ ต้องอาศัยหลักการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลตั้งแต่ระยะก่อนการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต[3] การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่มีความเสื่อมของสมองที่ผ่านมา อาจสรุปในเบื้องต้นได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานบางปัจจัย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเกิดภาวะสมองเสื่อม ยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อม และงานวิจัยในทศวรรษที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศ นอกจากนี้การศึกษาข้างต้นมุ่งศึกษาที่ตัวแปรความเสี่ยงในการเกิดโรค ไม่ใช่พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุให้ลดลงและในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องนี้จำกัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย จากการศึกษาของวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ[4]ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ดีที่สุดคือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และรองลงมาคือ ดัชนีมวลกาย โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 31.9 (R^2=0.32) วิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ[5] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสูบบุหรี่ และระดับการศึกษา สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 35.50 และอาทิตยา สุวรรณ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค[6] ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ < 0.05 คือ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

ดังนั้น จากข้อมูลและสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ในปี 2565 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมด พบผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 764 คน (ร้อยละ 66.26) และต่อมาในปี 2566 พบ

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจำนวน 64 คน (ร้อยละ 8.37) ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง[7] จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รพ.สต. บ้านแมด ปี 2565 ตามแบบคัดกรอง Abbreviated Mental Test (AMT) พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 36 คน (ร้อยละ 3.13) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ จะอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน เนื่องจากบุตรหลานต้องออกไปทำงาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือหายออกจากบ้านได้ จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นที่ผู้สูงอายุบางส่วนมีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต และยังไม่มีการศึกษาในเขตชนบทเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ ที่ชัดเจนผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ นำมาวางแผนดูแลและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมชะลอภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานของการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,150 คน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 205 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง เคลลี่และแม็กเวล[8] นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

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

โดยที่:

N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่ (2) ที่นำเสนอโดย Cohen (1988)

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model เท่ากับ 12

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก เท่ากับ 0.15

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของวรารัตน์ ทิพรัตน์ และคณะ[4] เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีค่าเท่ากับ 0.32

$R^2_{x\text{-}xj}$ = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่น ๆ

$X^2_{(1-\gamma;\, N-1)}$ = ควอไทล์ที่ $1-\gamma$ ของการแจกแจงไคร์สแควร์มีองศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom; df) เท่ากับ N-1

ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 205 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตาม ร้อยละ 15

$$n_{ads} = \frac{205}{1\text{-}0.15}$$

$$n_{ads} = 205 \text{ คน}$$

ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างโดยใช้การประกาศรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการได้อาสาสมัครไม่น้อย จำนวน 205 คน

เกณฑ์ในการคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ผู้ที่เป็นผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี อายุ 60 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย คือ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ขอถอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล และมีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย 3) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ข้อ 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย 5) พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และด้านความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลโนนค้อ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.72 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 0.81 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 0.83 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 0.71 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.74 และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เท่ากับ 0.76 ตามลำดับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ผู้วิจัยพรรณนาโดยใช้ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์รายตัวแปร (Univariate Analysis) โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)วิเคราะห์สมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-162/2566 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 62.9 มีอายุเฉลี่ย 70.83 ปี (SD. = 7.25 ปี) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.8 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 1,500 บาท (P_{25} = 1,000 บาท: P_{75} = 3,000 บาท) มีมัธยฐานของค่าดัชนีมวลกาย 22.49 Kg/m^2 (P_{25} = 20.17 Kg/m^2 : P_{75} = 25.39 Kg/m^2) และไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.9 ตามลำดับ

2. ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.9 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 49.8 ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมระดับสูง ร้อยละ 74.6 ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อมระดับสูง ร้อยละ 63.9 ระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อมระดับสูง ร้อยละ 55.1 และระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 57.6 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ (n=205)

ระดับปัจจัย	จำนวนคน (ร้อยละ)			Mean (SD.)
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	170(82.9)	32(15.6)	3(1.5)	63.9(7.64)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม	92(44.9)	102(49.8)	11(5.4)	18.34(4.26)
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม	153(74.6)	50(24.4)	2(1.0)	20.51(3.20)

ตารางที่ 1 ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ (n=205)

ระดับปัจจัย	จำนวนคน (ร้อยละ)			Mean (SD.)
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม	131(63.9)	65(31.7)	9(4.3)	20.13(5.63)
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม	113(55.1)	88(42.9)	4(2.0)	18.73(3.54)
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	65(31.7)	118(57.6)	22(10.7)	32.11(6.23)
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	96(46.8)	103(50.2)	6(2.9)	33.99(7.07)

3. การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เรียงตามลำดับตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น พบว่าตัวแปรซึ่งเป็นสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 67.7 (R^2=0.677, R^2adj=0.669, SEest=4.067, F= 83.568, p<0.001)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=205)

โมเดลวิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
		B	β				
โมเดลที่ดีที่สุด	การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	0.983	0.593	0.543	0.540	4.794	0.543
	การเข้าร่วมกิจกรรมฯ	0.426	0.375	0.645	0.641	4.236	0.102
	การสูบบุหรี่	-2.343	-0.116	0.662	0.657	4.143	0.017
	การรับรู้อุปสรรคฯ	-0.211	-0.106	0.677	0.669	4.067	0.007

Constant = 6.697, R^2=0.677, R^2_{adj}=0.669, SE_{est}=4.067, F= 83.568, p<0.001

จากการวิเคราะห์ความถดถอยพหุแบบหลายขั้นตอน เพื่อหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี สามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

$Y = a+b_1x_1+b_2x_2+...b_nx_n$

เมื่อ

a = ค่าคงที่ (8.122)

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสูบบุหรี่

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม

X_9 = ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

X_{13} = ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

X_7 = ปัจจัยการสูบบุหรี่

X_{12} = ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม

(1) สมการคะแนนดิบ คือ

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม = 6.697 + 0.983 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม) + 0.426 (การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม) - 2.343 (การสูบบุหรี่) – 0.211 (การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม)

$Y = 6.697 + 0.983X_9 + 0.426X_{13} - 2.343X_7 - 0.211X_{12}$

(2) สมการคะแนนมาตรฐาน คือ

Z (พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม) = 0.593 (Zการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม) + 0.375 (Zการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม) - 0.116 (Zการสูบบุหรี่) – 0.106 (Zการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม)

$Z'_y = 0.593X_9 + 0.375X_{13} - 0.116X_7 - 0.106X_{12}$

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีตัวแปรที่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงนั้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ[9] พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยกระตุ้น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และนูรมา สมการณ์[10] พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (r=2.37, SD.=0.48) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (r =1.95, SD.=0.63) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย (r= 0.19, P-value=0.001) การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย (r=0.16, P-value=0.04) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (r=0.11, P-value=0.05) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ (r=-0.14, P-value=0.01) ตามลำดับ

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง ฝึกทักษะทางสังคม และลดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ[4] พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อยู่ใน

ระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.97 (SD=3.584) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ดีที่สุดคือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (P=0.535) และรองลงมาคือ ดัชนีมวลกาย (B=-0.129) โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 31.9 (R=0.319) และวิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ[5] พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 88.30 มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Beta 0.463, p<0.00 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta 0.169, p<0.01) การสูบบุหรี่ (Beta -0.142, p<0.01) และระดับการศึกษา (Beta 0.11 7, P<0.05) สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 35.50

การสูบบุหรี่ พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากสารพิษในบุหรี่ทำลายหลอดเลือดและเซลล์สมอง สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ[5] พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.30 มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Beta 0.463, p<0.00 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta 0.169, p<0.01) การสูบบุหรี่ (Beta -0.142, p<0.01) และระดับการศึกษา (Beta 0.11 7, P<0.05) สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 35.50

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะสมองเสื่อม พบว่า อุปสรรคในการปฏิบัติตน เช่น ขาดความรู้ ขาดแรงจูงใจ หรือขาดการสนับสนุนจากคนรอบข้าง สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในทางลบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอมร ศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และนูรมา สมการณ์[10] พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (r=2.37, SD.=0.48) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (r =1.95, SD.=0.63) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย (r=0.19, P-value=0.001) การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย (r=0.16, P-value=0.04) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (r=0.11, P-value=0.05) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ (r=-0.14, P-value=0.01) ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017- 2025. Geneva: World Health Organization, 2017.
2. Case Management Society of America. Standards of practice for case management. Arkansas: CMSA National, 2016.
3. อาทิตยา สุวรรณ์. “บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม”, วารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(1): 6-15; มีนาคม, 2560.
4. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ. “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง”, วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 27(1): 100-108; มีนาคม, 2562.
5. วิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี”, วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 42(3): 97-110; กันยายน, 2565.
6. อาทิตยา สุวรรณ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. “ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี”, วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 5(2) : 21-32; ธันวาคม, 2559.

7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมด. สถานการณ์ผู้สูงอายุ. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมด, 2566.
8. Kelley, K. & Maxwell, S. E. "Sample size for multiple regression: Obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant", Psychological Methods. 8(3): 305-321; September, 2003.
9. ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ. "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด", รามาธิบดีพยาบาลสาร, 14(3): 298-311; ธันวาคม, 2551.
10. อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และนูรมา สมการณ์. "การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส", วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 5(1): 146-155; เมษายน, 2565.

รูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of dengue fever perception development among community leaders Khok Si Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province.

(Received: August 14,2024 ; Revised: August 21,2024 ; Accepted: August 22,2024)

สุเทพ ภูนาเหนือ[1]
Suthep Phuna nuea[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์และศึกษารูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 54 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนา การรับรู้โรค ไข้เลือดออก แกนนำชุมชน

Abstract

This study was action research aimed to study the awareness of dengue fever among community leaders at Khok Si Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province and to study the development model of dengue fever awareness among community leaders at Khok Si Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province. The study period is between March and May 2024, a total of 3 months. The sample group includes community leaders at Khok Si Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province, totaling 54 people. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the awareness of dengue fever among community leaders of Kok Si Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province before the implementation, overall and in each aspect, was at a moderate level. After the implementation, overall and in each aspect, it was at the highest level. The awareness of dengue fever among community leaders of Kok Si Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province before and after the implementation was significantly different at a statistical level of 0.05. After the implementation, the awareness of dengue fever among community leaders of Kok Si Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province was higher than before the implementation.

Keywords: Development model, Awareness of disease, Dengue fever, Community leaders

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 100 ประเทศที่โรคนี้กลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้ยังคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจากประเทศในภูมิภาคเอเชีย จึงต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างจริงจัง[1]

สำหรับประเทศไทยในปี 2565 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 45,145 ราย อัตราป่วย 66.97 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมา 4.5 เท่าโดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม และเริ่มสูงกว่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม และสูงลอยต่อเนื่องจนถึงปลายปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยเรียนและผู้ใหญ่ตอนต้น ในกลุ่มอายุ 5-14 ปี อัตราป่วย 189.80 ต่อประชากรแสนคน อายุ 15 - 24 ปี (122.69) และ 0 - 4 ปี (84.51) ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยกระจายทุกภูมิภาคในประเทศไทย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ แม่ฮ่องสอน 2,207.33 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ตาก (252.74) ชลบุรี (152.29) เชียงใหม่ (136.38) และกรุงเทพมหานคร (135.38) ตามลำดับ[2]

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus: DENV) เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยวบวก (single – stranded RNA) อยู่ใน genus Flavivirus และ family Flaviviridae โดยโครงสร้างของไวรัสมีไขมันเป็นเปลือกหุ้ม (lipid envelope) และโครงสร้างภายในประกอบด้วย โปรตีนโครงสร้าง (Structural proteins) และ โปรตีนไม่ใช่โครงสร้าง (Non - structural proteins) ได้แก่ NS1, NS2A, NS2B, NS3, NS4A, NS4B และ NS5 โดยเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัสจะมีการปล่อยโปรตีน NS1 ออกมาในระยะมีไข้เฉียบพลัน จึงทำให้ในปัจจุบันมีการใช้ชุดตรวจชนิดรวดเร็วในการตรวจหาโปรตีน NS1 เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเดงกี สำหรับการรักษา ในปัจจุบันยังไม่มียาฆ่าเชื้อไวรัสเดงกี เป็นการรักษาตามอาการ แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยผู้ป่วยในระยะแรกอาจยังไม่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล โดยแพทย์จะนัดตรวจตามอาการตั้งแต่วันที่ 3 ของอาการไข้เป็นต้นไป โดยติดตามทุกวันจนผู้ป่วยไม่มีไข้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยไม่ใช้ยาลดไข้ สำหรับหลักการดูแลรักษาเมื่อเป็นไข้เลือดออกเบื้องต้น[1,3]

การรับรู้ เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือก จัดระเบียบ และตีความสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบประสาทสัมผัสของตน เพื่อให้เกิดความหมายและความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ ในบริบทของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคนี้มีความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรค โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุ อาการ วิธีการติดต่อ และการป้องกัน การรับรู้ความเสี่ยงของตนเองและชุมชน ต่อการเกิดโรค ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน ที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารสาธารณะ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานต่างๆ ประสบการณ์ส่วนตัวและของคนรอบข้าง ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การรับรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจะช่วยให้ประชาชนมีความตระหนักและปฏิบัติตนในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงและควบคุมการระบาดของโรคในระดับชุมชน โดยเฉพาะแกนนำชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับชุมชน การทำให้แกนนำชุมชนสามารถเป็นผู้สร้างการรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนั้น มีแนวทางที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะของแกนนำชุมชน โดยการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สาเหตุ อาการ และวิธีการป้องกัน การฝึกทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้ให้แกนนำ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างแรงจูงใจและความตระหนักรู้ สร้างความตระหนักรู้ในบทบาทของแกนนำในการเป็น

ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ให้การยกย่องและสนับสนุนแกนนำที่ทำงานเด่นชัด เพื่อเป็นแรงจูงใจให้คนอื่นๆ อยากเข้ามามีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม สนับสนุนให้แกนนำสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก และการติดตามและประเมินผล ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแกนนำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรค นำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการสร้างการรับรู้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ไกรศิลป์ ศิริวิบูรณ์ ศิริรัตน์ กัญจา[4] ได้ศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่า ความถี่ในการได้รับการอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านสุขภาพ และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ปานกลางเชิงลบกับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของ อสม. (r=-0.122) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธชัย นาดอน และคณะ[5] ได้ศึกษาการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรการในการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา จนถึงมีกิจกรรมแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ดีขึ้นจากก่อนการพัฒนา มีการจัดการสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้ดีขึ้น เช่น ห้องนอน ที่พักผ่อนในเวลากลางวัน แสงสว่างในบ้าน การจัดแขวนเสื้อผ้า การจัดเก็บสิ่งของในที่พัก การจัดการขยะและวัสดุที่ไม่ใช้และอาจเป็นที่ขังน้ำได้ ทำให้บริเวณบ้านไม่เป็นสถานที่เอื้อต่อการเกาะพักหรือเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมครั้งนี้คือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน การสร้างความรู้ความเข้าใจในโครงการและกิจกรรม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ เกิดการนำมาตรการไปใช้ในชุมชน

จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2565 มีผู้ป่วยทั้งหมด 1,098 ราย และมีผู้เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วยที่ 61.2 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายที่ 0.1 ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของอำเภอยางตลาด พบว่ามีการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 238.5 ต่อประชากรแสนคนในปีเดียวกัน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อใช้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนการดำเนินงานและเป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิผลในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา เรื่อง รูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 54 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน หมู่บ้านละ 3 ท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านละ 3 ท่าน 9 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์และการรับรู้โรคไข้เลือดออก การเสริมสร้างการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน และ การสรุปผลการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. แบบสอบถามการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน ในระดับมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน ในระดับมากเท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน ในระดับปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน ในระดับน้อยเท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน ในระดับน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การเสริมสร้างการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์และการรับรู้โรคไข้เลือดออก การเสริมสร้างการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน และ การสรุปผลการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.41 อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 44.44 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 70.37 และ รายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 72.22

2. การรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทและกิจกรรมที่แกนนำควรปฏิบัติ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แนวทางการเฝ้าระวังโรค และภาชนะและวัสดุต่าง ๆ ที่ประชาชนควรทาการสำรวจหาลูกน้ำยุงลาย

4. การรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.87	0.34	4.44	0.34	53	-36.805	.000	-1.65149	-1.48079
การรับรู้ความรุนแรง	2.92	0.23	4.51	0.25	53	-46.229	.000	-1.65617	-1.51843
การรับรู้ประโยชน์	2.89	0.36	4.49	0.31	53	-31.155	.000	-1.70639	-1.49996
การรับรู้อุปสรรค	2.87	0.26	4.45	0.25	53	-39.635	.000	-1.65651	-1.49693
รวม	2.89	0.26	4.47	0.27	53	-45.096	.000	-1.65376	-1.51291

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า คุณลักษณะของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.41 อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 44.44 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 70.37 และ รายได้ มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 72.22 การรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วิทยา ศรแก้ว.(2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก คะแนนเฉลี่ย 7.52 (SD=1.74) (คะแนนเต็ม 10.00) ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คะแนนเฉลี่ย 3.77 (SD=0.45) และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญประจักษ์ จันทร์วิน[6] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean=4.05, SD=0.38) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.39, 3.30, 3.04 และ 3.63; SD= 0.25, 0.30, 0.47 และ 0.37) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.26, SD=0.31) ความสัมพันธ์การรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r= 0.462, p <0.01) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r= 0.287, 0.342 และ 0.306; p < 0.01) ส่วนการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (r= 0.117, p < 0.05) ดังนั้น จึงได้จัดทำรูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทและกิจกรรมที่แกนนำควรปฏิบัติ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แนวทางการเฝ้าระวังโรค และภาชนะและวัสดุต่าง ๆ ที่ประชาชนควรทาการสำรวจหาลูกน้ำยุงลาย[7,8] โดยประยุกต์จากคู่มือการจัดการโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข คู่มืออาสาปราบยุง (โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคไข้ปวดข้อยุงลาย)[9] และ คู่มือโรคไข้เลือดออก สำหรับประชาชนและเครือข่ายประชาสังคม[9] ส่งผลให้ การรับรู้โรค

ไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ทองบน เนาว์แก้ว[10] ได้ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในช่วงหลังการทดลองวัดซ้ำเพิ่มอีกใน 1 เดือน และ3 เดือน กลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ จึงควรส่งเสริมรูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทและกิจกรรมที่แกนนำควรปฏิบัติ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แนวทางการเฝ้าระวังโรค และภาชนะและวัสดุต่าง ๆ ที่ประชาชนควรทาการสำรวจหาลูกน้ำยุงลายมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาการรับรู้โรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2565). ไข้เด็งกี่ (Dengue). ออนไลน์ https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
2. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง. (2566). รายงานประเมินความเสี่ยงการระบาดโรคติดต่อนำโดยแมลง ปี พ.ศ. 2566. ออนไลน์ http://core-website.com/public/dispatch_upload/backend/core_dispatch_324766_4.pdf
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (ฉบับย่อ) 2566. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
4. ไกรศิลป์ ศิริวิบูรณ์ ศิริรัตน์ กัญจา.(2564). การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 29(1). 129-38
5. ยุทธชัย นาดอน สุมัทนา กลางคาร ศิรินาถ ตงศิริ.(2563). การพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 6(1). 60-71
6. บุญประจักษ์ จันทร์วิน.(2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 8(4). 141-56

7. อำนาจ รินทราช.(2561). ความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนสูง ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 3(1). 18-24
8. ปรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
9. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2558) โรคไข้เลือดออก สำหรับประชาชนและ เครือข่ายภาคประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
10. ทองบน เนาว์แก้ว.(2565). การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 7(2). 150-69

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.4 July - August 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART III

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส 552
ราตรี หะนุรัตน์

ผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม 559
พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ ,นันทยา นนเลาพล ,มนันยา มณีปกรณ์ ,ปริชาติ แพนพา ,พรสวรรค์ นาวงศ์หา ,ขวัญยืน กมลเรือง

ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทในผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกฉับพลันในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลกู่แก้ว โรงพยาบาลทุ่งฝนและโรงพยาบาลไชยวาน 567
ดวงฤทัย โนวฤทธิ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ 575
นันทยา นนเลาพล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครพนม 585
อรวรรณ แสนลัง ,พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์

ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 595
ชัญญ์นิฏฐ์ วงศ์อุดมกอง ,สุภาพร สุวรรณวงษ์ ,ขวัญกัลยา ปุนนา ,อิศริณ อินทรวิเชียร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย : กรณีศึกษา 606
จันทนา คูณสวัสดิ์

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 615
เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส 623
นฤมล ปิ่นพรม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคาใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 630
ยุทธศาสตร์ ภูวิชัย

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันเนื่องจากภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 643
จริยาพร สังข์มณีโชติ

การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ 654
ถมญาณี โชติการณ์ ,ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ ,วิภาวี เหล่าจตุรพิศ1

การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 665
ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ,อรรถวิทย์ เนินชัด ,เกรียงไกร ประจัญศรี

สมองอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus type 2 672
ลลิดา วุฒิพลากร

บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการร่วมบังคับใช้กฎหมายช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง :กรณีศึกษา 677
สุรชัย สินธวาชีวะ

แนวทางพัฒนาการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ 686
ขวัญชาติ สายน้อย ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ... 708
นิติรัฐ นาให้ผล

แนวทางการจัดการขยะในโรงแรมห้าดาวในจังหวัดภูเก็ต 718
พชรวร ลิมปัธฐานนท์ ,ธันวา ใจเที่ยง ,จุฑามาศ เจียมสาธิต2

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 VOL. 9 NO. 4 July – August 2024 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ 727
ภาดล จันทพรม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก และกระดูกหักหลายตำแหน่ง : กรณีศึกษา . 738
รัตนาภรณ์ ศรีเสงี่ยม

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: การก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน 749
ภฤศมน แจ่มสว่าง ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์ ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย ,ชญานิษฐ์ วิทยาภิรมย์ ,มงคล รัชชะ

รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดน ประเทศไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 760
วรวัตต์ ชาญวิรัตน์ ,พรชรัฐ สายยุทธ ,พรชนก เพ็ญศรี

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาใน หน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 769
วรวรรธน์ แก้ววิเชียร

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกาหนด : กรณีศึกษา 2 ราย 779
สุจิตรา สมวงษา

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 789
ธนาพร ปะตาทะโย

สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี 796
บรรเทิง พลสวัสดิ์ ,อรทัย พินสุวรรณ์ ,ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ ,บุญรักษ์ เชิงชุมพิทักษ์ ,พัชรี ใจการุณ ,เพชรไทย นิรมานสกุลพงษ์

บทบาทพยาบาลในการให้คาปรึกษาสตรีตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองและป้องกันกลุ่มอาการดาวน์: กรณีศึกษา 809
เพ็ญ จิระชีวะนันท์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 821
จุฑามาศ แก้วจันดี ,ถิรดา สุจันทร์ ,กาญจนา ขันตี ,เรียมลัดดา พิมพ์ทอง ,อิสราภรณ์ เฉลิม ,วิชชุดา พิสัย ,สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 เชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 829
ประภัสสร แสงฟ้าสกุลไท

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 28 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสม การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา ผู้ป่วยบาดเจ็บหลอดเลือดส่วนปลายห้องฉุกเฉิน ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ การให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กร่วมกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ตรวจสอบจุลินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมและการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย การจัดการความเครียดของพนักงาน 1330 Contact Center ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การใช้งานระบบจอดรถอัตโนมัติ อาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม บริการผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือด การตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพ การเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเตรียมความพร้อมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ การดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การประเมินและป้องกันภาวะหลอดเลือดดาอักเสบในทารกแรกเกิด การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพนักงานในสถานประกอบการ ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ ปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียม ผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน การป้องกันอันตรายจากการทางานของพนักงานเก็บขยะ การทาพินัยกรรมชีวิตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน บริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสาหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด บริการสุขภาพสาหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

Effect of the program to promote knowledge and skills for STEMI patient in Sungaipadi Hospital, Narathiwat Province.

(Received: August 17,2024 ; Revised: August 22,2024 ; Accepted: August 23,2024)

ราตรี หะนุรัตน์[1]
Ratree Hanurat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi -experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส โดยวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในคะแนนรู้ ทักษะ และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำการศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลา 14 เดือน กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในจำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส จำนวน 41 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.80 ช่วงอายุส่วนมากอายุ 31-40 ปี จำนวน ร้อยละ 53.66 สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 75.61 สถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน (IPD) ร้อยละ 43.90 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนมากมีประสบการณ์ 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90.24 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 เดือนในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ พบว่าความรู้ทักษะ และ ความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (t = 8.90, 7.27, 7.49 ตามลำดับ) สรุปและอภิปรายผลโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ต้องส่งเสริมรู้ทักษะ ในบุคลากรเป็นประจำและต่อเนื่องจึงได้ผลของโปรแกรมเต็มที่และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะในบุคลากร

Abstract

This research is Quasi-experimental research. Aim to studying for results of program to promote knowledge and skills for patients acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) in Sungaipadi Hospital Narathiwat Province. Measuring before and after participating in program of knowledge, skills, and satisfaction with participating in program promote knowledge and skills in caring for patients STEMI. Study was conducted during October - December 2022, total of 3 months, a sample group of professional nurses in outpatient wards (OPD) emergency and accident room (ER) inpatient ward. (IPD) were 47 people. Research tools ware general information interview, knowledge assessment, Practical skills assessment form Satisfaction assessment were analyzed using descriptive statistics, percentage, median, and comparing mean scores before and after with inferential statistics, paired t-test. Results of the study found sample group of health care worker for patients STEMI in Sungaipadi Hospital, Narathiwat Province has 41 people, most of them female, 87.80 percent, most of them 31-40 years old 53.66%t, marital status most married 75.61% percent, work location Most of them are professional nurses in the inpatient ward (IPD) 43.90%, with experience in caring for STEMI patients most of them have more 6 years 90.24%. After participating in program period 3 months found knowledge, skills, and satisfaction increased in every aspect at a statistical significance of .05 (t = 8.90, 7.27, 7.49 respectively). Conclusion and discuss found program to promote knowledge and skills in caring for STEMI patients develop knowledge and skills must be promoted among personnel on a regular and continuous basis in order to achieve was full and effective results of the program.

Keywords: Health program for STEMI patients, Program for promote knowledge and skills in personnel health

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, ACS) การเจ็บป่วยวิกฤติและฉุกเฉินนั้นเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจอย่างเฉียบพลัน และต้องได้รับความดูแลอย่างถูกต้องและ รวดเร็ว เพื่อลดอัตราตายที่จะเกิดขึ้น หากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนาน จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและตายอย่างถาวร จึงนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณ 20 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกโดยประมาณ 101 ล้านคนทั่วโลก และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน ทุกๆ 3 วินาที และมีแนวโน้มการป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี[1] ประเทศไทยมีแนวโน้มการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2554 มี 22.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 เพิ่มมาเป็น 31.8 ในปี 2561 อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทียก (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI) นับว่าเป็น 5 อันดับแรกของการตายในประเทศ และมีการตาย ร้อยละ 10 จากการเสียชีวิตในประเทศทั้งหมด ในปี 2565 พบอัตราป่วยสะสมโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง 731.56 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งพบว่าโรคโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นปัจจัยเสียงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือด สมอง[2] ในปี 2563-2565 มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย 26.58, 29.24 และ 29.87 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ การปริแตกของก้อนไขมันที่อยู่บนผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดโคโรนารี่ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ เป็นผลทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณกว้างและรุนแรงโดยเริ่มจากผนังชั้นในแล้วลามออกไปสู่ผนังชั้นนอก ทำให้ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ เพศ กรรมพันธุ์ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด โรคอ้วน การไม่ออกกำลังกาย และความเครียดเป็นต้น[3]

จังหวัดนราธิวาสจากสถิติ ปี 2563-2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 1.28, 1.32 , 1.96 ตามลำดับ อำเภอสุไหงปาดี พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 2.63, 4.20, 2.0 ตามลำดับ โรงพยาบาลสุไหงปาดี ในปี 2564-2565 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษา จำนวน 19 คน 21 คน และ 25 คน ตามลำดับ โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 9 คน 11 คน และ 14 คน ตามลำดับ โดยให้บริการตามศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนราธิวาส ขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในเขตอำเภอสุไหงปาดีและเขตใกล้เคียง จากการเก็บข้อมูลและทบทวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ปีย้อนหลัง พบมีอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทาง และปฏิบัติตามแนวทางไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทียกที่มีโรคร่วมเนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา การดูแลอย่างมาก อีกทั้งมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรง เฉียบพลัน และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่ายซึ่งเป็นประเด็นท้าทายในการดูแลระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งระยะวางแผนจำหน่าย[4]

การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด ควรเน้นไปที่ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ความครบถ้วน การให้ยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ภายใน 30 นาที การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล (door to EKG) 10 นาที ที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกสามารถปฏิบัติได้อย่างมี การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า และรายงานแพทย์ที่ถูกต้องจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลดลง ดังนั้นการพัฒนาความรู้และทักษะดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด[5]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในบุคลากร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัย การ

รักษาที่ถูกต้องตามแนวทางการพยาบาล ให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และการวินิจฉัย การรักษารวดเร็ว และการส่งต่อที่ถูกต้อง ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในบุคลากรก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในบุคลากรก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi -experimental research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 14 เดือน ภายหลังการอบรมให้ความรู้ ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 -ธันวาคม ปี 2565 ในบุคลากรที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยนอก (OPD) พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช(ER) พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน(IPD) โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 -ธันวาคม ปี 2565

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช(ER) จำนวน 13 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 18 คน รวมจำนวน 41 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้เข้ารับกระบวนการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 14 เดือน ภายในโรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 - ธันวาคม ปี 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 10 ข้อ

3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ

4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และ ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความพึงพอใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และคะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส จำนวน 41 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน ร้อยละ 87.80 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน ร้อยละ 12.20 ช่วงอายุส่วนมากอายุ 31-40 ปี จำนวน 22 คน ร้อยละ 53.66 รองลงมา ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 31.71 และ 20-30 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 9.76 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 31 คน ร้อยละ 75.61 รองลงมา โสด จำนวน 6 คน ร้อยละ 14.63 และหม้าย จำนวน 3 คน ร้อยละ 7.32 ตามลำดับ สถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 18 คน ร้อยละ 43.90 รองลงมาเป็น พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (ER) จำนวน 13

คน ร้อยละ 31.71 และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 10 คน ร้อยละ 24.39 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนมากมีประสบการณ์ 6 ปีขึ้นไป จำนวน 37 คน ร้อยละ90.24 รองลงมา 1-3 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 9.76 ตามลำดับ

2. โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส มีกระบวนการจัดโปรแกรมในการพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยเข้ารับกระบวนการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 4 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที ประกอบด้วย กระบวนการอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรม ครั้งที่ 1 ในหัวข้อ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดเลือดเฉียบพลัน 2) การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การซักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจการให้ยาอมใต้ลิ้น การให้ยาและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก ข้อบ่งชี้ในการรายงานแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การวางแผนจำหน่าย ระยะที่ 2 การอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรม ครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 2 เดือน) กิจกรรมคือตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และความสามารถใน1) ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดเลือดเฉียบพลัน 2) การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การซักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจการให้ยาอมใต้ลิ้น การให้ยาและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก ข้อบ่งชี้ในการรายงานแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การวางแผนจำหน่าย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม ทบทวนเนื้อหาจาก โปรแกรมครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 การอบรมให้ความรู้ครั้งที่ 3 และการติดตาม (ห่างจากครั้งแรก 4-6 เดือน) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะที่ 2 และ ช่วยเหลือ กรณีปฏิบัติไม่ตรงกับที่อบรมตามโปรแกรมว่าทำได้ครบถ้วน ถูกต้อง หรือไม่ ระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล (ห่างจากครั้งแรก 13 เดือน) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะที่ 2 และ ช่วยเหลือ กรณีปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ทำการวัดผลคะแนนความรู้หลังการอบรม ทำการประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติ จนครบตามโปรแกรม 14 เดือน

3. โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่มีความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คะแนนเฉลี่ย 5.02 คะแนน ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คะแนนเฉลี่ย 3.99 คะแนน และ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะ มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 3.95 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่มีความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คะแนนเฉลี่ย 6.82 คะแนน ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคะแนนเฉลี่ย 4.56 คะแนน และ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะ มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.65 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจในเจ้าหน้าที่ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส (n=41)

รายการ	ก่อน		หลัง	
	Mean	SD	Mean	SD
1. ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	5.02	0.98	6.82	0.96
2. ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	3.99	0.51	4.56	0.25
3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะ	3.95	0.48	4.65	0.42

3.2 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุ

ไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 5.02 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นเป็น 6.82 คะแนน การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.90)

3.3 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ย 4.33 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็น 4.54 คะแนน การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.27)

3.4 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ย 4.37 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็น 4.65 คะแนน การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.49) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส (n=41)

รายการ	Mean	S.D.	t	p-value
ความรู้				
ความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	5.02	0.98	8.90	<.001*
ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	6.82	0.96		
ทักษะ				
ทักษะการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.99	0.51	7.27	<.001*
ทักษะการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.56	0.25		
ความพึงพอใจ				
ความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.95	0.48	7.49	<.001*
ความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.65	0.42		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ส่วนมากเป็นเพศหญิง ช่วงอายุส่วนมาก อายุ 31-40 ปี สถานภาพสมรสส่วนมาก แต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน สถานที่ปฏิบัติงานส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน (IPD) พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (ER) และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ตามลำดับ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนมากมีประสบการณ์ 6 ปีขึ้นไป ตามลำดับสอดคล้องกับ เบญจมาศ แสนแสง และคณะ[6]

โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดเลือดเฉียบพลัน 2) การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การซักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การให้ยาอมใต้ลิ้น การให้ยาและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก ข้อบ่งชี้ในการรายงานแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การวางแผนจำหน่าย จากนั้นจึงทดสอบความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ วัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต้องอบรมครบตามโปรแกรม และติดตามวัดผลครั้งสุดท้ายในเดือนที่ 14 จึงสิ้นสุดโปรแกรม เนื่องจากการอบรมเจ้าหน้าที่ที่มีภาระงานประจำมาก ต้องใช้ความระมัดระวังไม่ให้เกิดภาระ และต้องความเข้าใจเป็นอย่างมาก ต้องทำทีละนิดและต้องใช้กระบวนการยาวนานและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ จิราพร มณีพราย[7]

โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส พบว่า ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการบวนการดังกล่าวมีระยะเวลาดำเนินโครงการค่อนข้างยาวนาน ร่วมกับการเอาใจใส่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในการเข้ารับการอบรมครบตามโปรแกรมจึงทำให้สำเร็จ สอดคล้องกับ สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์[8]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ควรเหมาะกับกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง ควรสนับสนุนความรู้ ทักษะ และความพึงใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นสำคัญ

3. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาโดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลพัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่ช่วย ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและแก้ไขปัญหาได้

4. ควรมีการพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แล้วทดลองวัดผลก่อนหลังการอบรมว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

5. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการทดลองเปรียบเทียบในพื้นที่โรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดใกล้เคียงกัน เพื่อทำให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้ได้ดีขึ้นตามความต่างในแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุไหงปาดี ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาลสุไหงปาดี ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลสุไหงปาดี เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). cardiovascular-diseases-(cvds). 2020.

2.The Heart Association of Thailand. The Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020. Bangkok: The Heart Association of Thailand; 2020.

3.กฤษฎา เขียวรี. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2560; 26(2): 81-94.

4.มรรยาท ขาวโต และ สุรเชฏฐ์ กุคำใส. พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.วารสารวิลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2564; 4(2): 93-110.

5.กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุไหงปาดี. รายงานผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลสุไหงปาดี 2567.

6.เบญจมาศ แสนแสง และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสยก. วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563; 1(3): 172-190.

7.จิราพร มณีพราย. การพัฒนาเครือข่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูง (STEMI) จังหวัดกำแพงเพชร.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(5): 907-920.

8.สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558; 29(1): 22-30.

ผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม
Development of long-term care systems in public health For the elderly with dependency Nakhon Phanom Province.

(Received: August 17,2024 ; Revised: August 22,2024 ; Accepted: August 23,2024)

พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์[1] นันทยา นนเลาพล[1] มนันยา มณีปกรณ์[1] ปริชาติ แพนพา[1]
พรสวรรค์ นาวงศ์หา[1]ขวัญยืน กมลเรือง[1]
Pisit Sereethammapithak[1] Nantaya Nonlaopon[1] Manunya Manyprakorn[1] Parichat Pheanpha[1] Pornsawan Nawongha[1] Khwanyuen Kamonrueang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เข้ารับบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม จำนวน 313 คน ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน 2566 ใช้ระยะเวลารวม 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL), คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This research was action research aimed to study the results of the development of the long-term public health care system. For the elderly who are dependent Nakhon Phanom Province. The sample group is Elderly people who are dependent who receive services in the public health long-term care system For the elderly who are dependent Nakhon Phanom Province, 313 people who were willing to participate in the research. The research tools were a general information questionnaire. Assessment of the ability to perform daily living according to the Barthel ADL Index (Activity Daily Living: ADL). Assessment of the quality of life of the elderly who are dependent. and a satisfaction assessment form for the elderly who are dependent. The study was conducted between January and June 2023, using a total period of 6 months. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Compare the ability to carry out daily activities according to the Barthel ADL Index (Activity Daily Living: ADL), quality of life of dependent elderly people. and satisfaction of dependent elderly people using inferential statistics to analyze t-values (t-test) type dependent Sample t-test

Results of the study : It was found that 1) the ability to carry out daily living according to the Barthel ADL Index (Activity Daily Living: ADL) of the volunteer sample Elderly people who are dependent It was found that after

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

development, the average ability to carry out daily activities increased than before development. Statistically significant at the 0.05 level. 2) Quality of life of the elderly who are dependent. of the volunteer sample Elderly people who are dependent It was found that after development, the average quality of life increased than before development. Statistically significant at the 0.05 level and 3) satisfaction of the elderly who are dependent of the volunteer sample Team of stakeholders It was found that after the development there was an increase in the mean satisfaction of the dependent elderly than before the development. Statistically significant at the 0.05 level.
Keywords : elderly, dependent elderly, long-term public health care for dependent elderly

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งประเทศไทย[1] ทั้งจากสัดส่วนและขนาด พบเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 โดยประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมากด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ส่งผลให้ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกประมาณ 5 ปีข้างหน้า เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุ[2] ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความต้องการการบริการสุขภาพของประเทศ วัยผู้สูงอายุร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอยเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการตามมา[3] เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเฉพาะ สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ภาวะกระดูกพรุน การบาดเจ็บจากการหกล้มและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนมีความพิการ มีภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านติดเตียง[4] บุคคลเหล่านี้ต้องเผชิญปัญหาต่างๆ และมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ยังได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก[5] ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากผู้ดูแล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[6] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญ ในการจัดการเพื่อลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2565-2569) ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ[7] และได้ทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care for The Dependent Elderly)[8,9] ในปัจจุบันเป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ถือได้ว่าเป็นกลไกลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่โดยเป็นผู้เชื่อมประสานระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัวทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้บริการทางด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[10] ซึ่งการช่วยเหลือดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง[11]

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีหน้าที่ในการถ่ายทอดนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขนำไปสู่การกำหนดนโยบายระดับจังหวัด และการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ร่วมทั้งการสนับสนุน ส่งเสริม กำกับและติดตามการทำงานในระดับพื้นที่ครอบคลุม 12

อำเภอในจังหวัดนครพนม จากรายงานสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพ (Focal points) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ปี 2565 พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดนครพนม ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 โดยเป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 2.60, 3.66, 4.10 และ 4.63 ตามลำดับ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.45, 0.52, 0.66 และ 0.61 ตามลำดับและพบมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ NA, NA, 24.15, 28.27 จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสภาพปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการแก้ปัญหาโดยพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care: LCT) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2559 ได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน อย่างไร ก็ตามถึงแม้จังหวัดนครพนมจะมีแนวทางในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายปฏิเสธการดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ความต่อเนื่องของงบประมาณที่จัดสรร ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมออกนอกระบบบริการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีข้อจำกัดหลายอย่าง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางประจำคลินิกในการดูแลหรือประสาน ขาดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงเครือข่าย ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน เครือข่ายสุขภาพ ด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางราย มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ญาติผู้สูงอายุยังขาดความรู้ในการดูแล ขาดความตระหนักรู้ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านชุมชนพบว่า ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแล และไม่มีการกำกับ ติดตามร่วมกับหน่วยงาน จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ดังนั้นการมีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ การมีทีมเครือข่ายสุขภาพที่มีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดฟื้นฟูที่ถูกต้อง เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้ภาวะสุขภาพที่เผชิญอยู่[12]

ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและองค์กร ในการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินการ เน้นพัฒนาระบบบริการ ในการบำบัดที่มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง บุคลากรมีความพร้อมด้านทักษะองค์ความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่ครอบคลุม ตามมารตฐาน และมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของทุกภาคส่วนซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สอดคล้องตามบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข รวมทั้งยังสามารถลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการกำหนดรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จังหวัดนครพนม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนางานตามขั้นตอน วงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle) หรือ PDCA Cycle ในการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน 2566 ระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ขั้นตอน ที่ 3 การตรวจสอบ/แก้ไข และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงของทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา จำนวน 30 คน และทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัดนครพนม จำนวน 36 คน กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ที่ได้รับการประเมินตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) มีค่าคะแนน ADL 0 – 11 คะแนน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 313 คน มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคู่มือการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2. ผู้ศึกษาขอหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตจังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก

3. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้บำบัดขณะที่ผู้บำบัดรอการตรวจหรือภายหลังที่ได้รับการตรวจแล้ว เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่อง วัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วม รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

5. เมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ จึงดำเนินการนัดในการเข้ามาร่วมการทดลองตามแผนการดูแล (Care plan) ในระบบการดูแลระยะ

ยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม

6. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ได้แก่

1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง

2) เก็บรวบรวบข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา

3) ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา

4) จัดทำแผนและกำหนดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ได้แก่

1) ประชุมชี้แจง และเพิ่มพูนทักษะทีมสหวิชาชีพผู้ร่วมวิจัย

2) การลงมือปฏิบัติตามแผนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมที่กำหนดไว้ในสถานบริการ เพื่อช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบและศึกษาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม โดยการสังเกต และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบผลลัพธ์ของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ดังนี้

1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL)

2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4) สรุปและวิเคราะห์ ข้อมูลตามระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.8 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL), คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL), คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง,

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice) ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 070/65

ผลการวิจัย

1. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยภาพรวมก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเท่ากับ X=7.74, SD=2.06 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถด้านการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองเท่ากับ X=9.12, SD=1.50 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (N=313)		หลังพัฒนา (N=313)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ADLs	7.74	2.06	9.12	1.50	-28.68	312	0.00

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับที่ไม่ดี (X=55.76, SD=7.37) หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับกลางๆ (X=90.71 SD=9.07) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (N=313)			หลังพัฒนา (N=313)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	55.76	7.37	ปานกลาง	90.71	9.07	-55.94	312	0.00

3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยภาพรวมก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับน้อย (X=21.92 SD=3.08) หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก

ที่สุด (X=33.88 SD=2.02) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (N=313)			หลังพัฒนา (N=313)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ	น้อย	21.92	3.08	มากที่สุด	33.88	2.02	-54.49	312	0.00

สรุปและอภิปรายผล

ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ที่เน้นจัดบริการโดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ส่งเสริมการความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ภายใต้กระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์[13] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบได้กระบวนการจัดบริการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน 3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ 4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือญาติและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของศศินันท์ สายแววและวรพจน์ พรหมสัตยพรต[14] ที่ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ เริ่มดำเนินการปี 2561 โดยความร่วมมือของภาควิชาการและภาคท้องถิ่นเป็นหลัก แต่ภาคประชาชนไม่มีบทบาทร่วมดำเนินการชัดเจน เมื่อประเมินความพร้อมและสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ 4 ขั้น คือ 1) ศึกษาบริบทวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการกำหนดกิจกรรมและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่กำหนด โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาท 3) ทุกภาคส่วนร่วมกำกับ ติดตามประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาท 4) ทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยส่งเสริมและ เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผ่านศูนย์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงระดับตำบล ภายใต้การปกครองของ อปท. ของแต่ละพื้นที่

3. ควรมีการขยายผลรูปแบบบริการไปยังกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้พิการ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). ผลการสำรวจประชากรสูงอายุพ.ศ. 2557.กรุงเทพฯ: สำนักงาน สถิติแห่งชาติ.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). สถานการณผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2014). Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. [in Thai]
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). Situation of the Thai elderly 2018. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. [in Thai]
5. World Health Organization. (2000). Home-based long-term care: Report of a WHO study group. Geneva: WHO.
6. World Health Organization. (2003). Collection on long-term care: Key policy issues in long term care. Geneva: WHO.
7. ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ และคณะ. (2560). แนวโน้มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง. ในปราโมทย ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559, นครปฐม: บริษัท พริ้นเทอรี่ จำกัด.
8. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวง สาธารณสุขปี งบประมาณ พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
9. กรมอนามัย. (2553). คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
10. เกรียงไกร ซื่อเลื่อม. (2552). องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. สัมฤทธิ์ ศรีธ ารงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอร์รี่ จำกัด.
13. รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. (2564). การพัฒนาระบบการจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม; ปีที่ 15(37).
14. ศศินันท์ สายแวและวรพจน์ พรหมสัตยพรต (2564) การพัฒนาระบบการจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน; ปีที่ 7(4).

ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทในผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกฉับพลันในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลกู่แก้ว โรงพยาบาลทุ่งฝน และโรงพยาบาลไชยวาน

Cost-effectiveness of testing for neurosyphilis infection in patients presenting to the emergency room with suspected ischemic stroke Nong Han Hospital, Ku Kaew Hospital, Thung Fon Hospital and Chaiwan Hospital.

(Received: August 14,2024 ; Revised: August 21,2024 ; Accepted: August 22,2024)

ดวงฤทัย โนวฤทธิ์[1]
Duangruethai Nowarit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทในผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกฉับพลันในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลกู่แก้ว โรงพยาบาลทุ่งฝน และโรงพยาบาลไชยวาน ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เวชระเบียนผู้ป่วย ระหว่างปี 2564-2566 จำนวน 515 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Binary logistic regression

ผลการวิจัย: พบว่าผู้ป่วยจำนวน 515 คนที่มาด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจคัดกรองซิฟิลิสในเลือด VDRL พบจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 3 หลังจากตรวจน้ำไขสันหลัง พบเป็นติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 ผู้ติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100.0 มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 62.5 เคยป่วยโรคซิฟิลิส ร้อยละ 50.0 ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อซิฟิลิสมีค่าใช้จ่ายในการรักษา 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 100.0 ซึ่งมากกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้อซิฟิลิสมีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 73.8 กลุ่มผู้ติดเชื้อซิฟิลิส มีอาการสำคัญมากที่สุด คือ มุมปากตก ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว ร้อยละ 50.0 มีระยะเวลารักษาในห้องฉุกเฉิน ≤ 30 นาที ร้อยละ 87.5 จำนวนวันนอน มากกว่า 5 วัน ร้อยละ 75.0 ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ร้อยละ 75.0 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 12 ปัจจัย จากทั้งหมด 25 ปัจจัย คิดเป็นร้อยละ 48.0 เรียง 3 ลำดับปัจจัยเสี่ยง Adjusted Odds Ratio ดังนี้ ประวัติเคยป่วยโรคซิฟิลิส (Adj.OR = 24.79, p = 0.028) การติดเชื้อเอชไอวี (Adj.OR = 10.65, p = 0.027) และ อาการสำคัญ (OR = 8.53, p <0.001) สำหรับค่าใช้จ่ายคัดกรองซิฟิลิสในเลือดใช้รวม 25750 บาทสามารถคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท ได้ 8 ราย ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองหาเชื้อซิฟิลิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ความคุ้มทุน, การส่งตรวจ, ซิฟิลิสระบบประสาท, ห้องฉุกเฉิน

ABSTRACT

This study was survey research aimed to analysis cost-effectiveness of testing for neurosyphilis infection in patients presenting to the emergency room with suspected ischemic stroke Nong Han Hospital, Ku Kaew Hospital, Thung Fon Hospital and Chaiwan Hospital. Study between May and August 2024, 515 patients were studied. Research instrument was medical records from 2021-2023. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression.

[1] พ.บ., นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกู่แก้ว

Results: were found that syphilis infected were 62.5% male, 100.0% aged 60 years and over, 62.5% had ever had a sexually transmitted disease, 50.0% had had syphilis. The cost-effectiveness testing for neurosyphilis infection of syphilis infected had treatment costs of 10,000 baht or more 100.0%, 73.8% more than not syphilis infected whose treatment costs less than 10,000 baht. Syphilis infected was most important symptoms were drooping mouth, stiff tongue, crooked mouth 50.0%, treatment time in emergency room ≤ 30 minutes 87.5%, length of stay more than 5 days 75.0%, treatment results improved 75.0%. Risk factors were significantly related to neurosyphilis infected at 0.05 level were 12 factors. 3 risk factors as follows: history of having had syphilis (Adj.OR = 24.79, p= 0.028), HIV (Adj.OR = 10.65, p = 0.027) and symptoms significantly (OR = 8.53, p < 0.001), costs were not significantly related to syphilis screening.

Keywords: Stroke, Cost-Effectiveness, Testing, Neurosyphilis, Emergency Room

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นโรคที่สำคัญ ในประเทศไทยพบมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72ต่อแสนประชากรในปี 2565 จึงมีระบบบริการ Stroke fast track ที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง จากร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 5ในปี 2565[1]

โรงพยาบาลหนองหานเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลไชยวาน โรงพยาบาลทุ่งฝน โรงพยาบาลกู่แก้ว ซึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติมีการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสด้วยทุกราย เนื่องจากการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท อาจมีอาการแรกรับคล้ายกับโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากการศึกษาพบว่ามีความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทร้อยละ 4 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

รายงานขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งข้อมูลในประเทศไทยพบว่า โรคซิฟิลิส มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยหนึ่งในประชากรเป้าหมายหลักที่พบการระบาดของโรคซิฟิลิสนั้น ได้แก่กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2018 พบการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วโลกมีถึง 1.6 ราย ต่อพันประชากร[1] การติดเชื้อของโรคซิฟิลิสยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบต่อสาธารณสุขไทยที่ต้องเพิ่มงบประมาณในด้านการรักษาสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หากไม่ได้ป้องกันจะสามารถรับเชื้อจากช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ได้โดยโรคซิฟิลิสนั้นอาจจะแสดงอาการหรือไม่ก็ได้ ในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศอินเดีย จากรายงานการตรวจคัดกรองกรองเชื้อซิฟิลิส ในปี ค.ศ. 2012– 2016 พบผู้ติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 0.75[2] ในประเทศจีน จากการสำรวจการคัดกรองซิฟิลิสจากผู้ที่มาบริจาคโลหิตในเมืองเฉิงตู ปี 2005 – 2017 พบผู้ติดเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 0.88[3] สำหรับประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตในปี พ.ศ. 2549 – 2551 พบการติดเชื้อซิฟิลิสจากการคัดกรอง ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2559 พบอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 0.60[4]

โรคติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทเกิดขึ้นได้ร้อยละ 25 อาจจะไม่แสดงอาการแต่มีความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง เช่น มีเซลล์มากขึ้นหรือมีโปรตีนมากขึ้น หรือ เกิดอาการ เยื่อหุ้มสมองอักเสบมีไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียนมีความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง เช่น ไม่ได้ยินเสียง กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง มีสายตาพร่า มีอาการชักและหลงอาการของ meningovascular syphilis มีการอุดตันของเส้นเลือดสมอง ทำให้เกิดอัมพาต พูด ไม่ได้ ตามองเห็นเพียงครึ่งเดียว ประสาทสันหลังอักเสบ ความผิดปกติของเส้นประสาทโดยเฉพาะเส้นที่ 8 ทำ

ให้มีอาการหูหนวก อาการทางสายตา มี fixed pupil, Argyll Robertson pupil ในซิฟิลิสระยะที่ 3 (tertiary syphilis) เกิดการทำลายของเนื้อสมองและไขสันหลัง ได้แก่ การทำลายเนื้อสมอง paresis มีอาการปวดหัว อ่อนเพลีย ความจำเสื่อม มีอาการหลงและสมองเสื่อม tabes dorsalis (demyelination of the posterior columns of the spinal cord) การทำลายของเซลล์ไขสันหลังทำให้เกิดอาการ เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ ปัสสาวะไม่ได้ ปวดชา reduced deep tendon reflex, Charcot joint[5] หากไม่ได้รับการรักษา เชื้อโรคซิฟิลิสจะสามารถถ่ายทอดไปในระบบสำคัญของร่ายกาย โดยเชื้อสามารถเข้าไปทำลายหลอดเลือดสมอง (neurosyphilis) ทำให้สูญเสียความจำ สูญเสียการทรงตัว ทำลายจอประสาทส่งผลต่อการมองเห็น นอกจากนี้เชื้อยังเข้าไปทำลายหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular syphilis) ส่งผลต่อเส้นเลือดหัวใจ เกิดเส้นเลือดหัวใจโป่งพอง (Aortic aneurysm) หรืออาการรุนแรงส่งผลให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อในร่างกาย เกิดการตายของเนื้อเยื่อบริเวณผิวหนัง ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี ซึ่งสอดคล้องข้อมูลการรายงานของกองระบาดในประเทศไทย ที่พบกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคซิฟิลิสอยู่ในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากสุด และพบมีอายุ 15-24 ปี[6]

ระบบบริการตรวจซิฟิลิสปัจจุบัน การตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ได้ดำเนินการตรวจในวันแรกที่มารับบริการฝากครรภ์และตรวจซ้ำเมื่อครบไตรมาสสามของการตั้งครรภ์ หรือช่วงระหว่างให้นมบุตร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง ถือเป็นมาตรฐานที่ควรยึดถือปฏิบัติ ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสทุกราย[7] โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งหวังให้มีจำนวนการตรวจคัดกรองโรคเพิ่มขึ้น แต่ยังพบปัญหาของการตรวจซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ เกิดจากสาเหตุ 3 ประการ ได้แก่ ระบบบริหารจัดการและระบบคุณภาพ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และข้อจำกัดของเทคนิคการตรวจ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบคุณภาพบริการ พร้อมทั้งการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ผลการตรวจซิฟิลิสของห้องปฏิบัติการที่ถูก เช่น การตรวจสอบน้ำยาให้มีคุณภาพและทำ control ก่อนจะทำการตรวจผู้ป่วยทุกวัน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดที่โรงพยาบาลบางแห่งไม่สามารถ repeat ผลการตรวจผู้ป่วยได้ทุกรายอาจเนื่องจากชุดตรวจมีราคาแพง แนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลทุ่งฝน โรงพยาบาลไชยวาน และโรงพยาบาลกู่แก้ว ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและหลอดเลือดสมองผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการตรวจแอนตี้บอดี้ต่อซิฟิลิสทุกคน แล้วส่งมาเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ โรงพยาบาลหนองหานทุกราย แล้วส่งมาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่โรงพยาบาลหนองหาน จากการทบทวนปัญหาดังกล่าว จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัย ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทในผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกฉับพลันในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลกู่แก้ว โรงพยาบาลทุ่งฝน และโรงพยาบาลไชยวาน ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทในผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกฉับพลันในห้องฉุกเฉิน

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะของการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทในผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกฉับพลันในห้องฉุกเฉิน

วิธีการศึกษา

รูปแบบ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective analytic study) สถานที่ศึกษา คือ ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลกู่แก้ว โรงพยาบาลทุ่งฝน และโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาศึกษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในห้องฉุกเฉินด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกฉับพลัน ทุกราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลกู่แก้ว โรงพยาบาลทุ่งฝน และโรงพยาบาลไชยวาน ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 ทั้งหมดมีจำนวน 515 คน

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ คู่มือวิธีปฏิบัติการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท[8]

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การติดเชื้อเอชไอวี ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อซิฟิลิส ประวัติการป่วยโรคติดเชื้อซิฟิลิส

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ การศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการตรวจเลือด ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อเอชไอวี และ การตรวจเลือดหาเชื้ออื่นๆ

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจน้ำไขสันหลัง

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย การศึกษาเกี่ยวกับ การวินิจฉัยแรกรับ ระยะเวลารักษาในห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงเวลาส่งต่อ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล สรุปค่าใช่จ่ายรวม และผลลัพธ์การรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามกระบวนการบริหารจัดการงานบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทางตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามข้อมูลระดับไม่ต่อเนื่อง พิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ รายข้อมีค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกข้อจึงนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และวิเคราะห์ค่าตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิส

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 8767 วันที่ 27 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อซิฟิลิสมีค่าใช้จ่ายในการรักษา 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ

100.0 ซึ่งมากกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้อซิฟิลิสมีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 73.8

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100.0 มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 62.5 การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.0 เคยตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ร้อยละ 0.0 มีประวัติการป่วยโรคซิฟิลิส ร้อยละ 50.0

ลักษณะอาการเปรียบเทียบระหว่างผู้ไม่ติดเชื้อซิฟิลิสกับผู้ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า อาการสำคัญของผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิส คือ มุมปากตก ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ร้อยละ 50.0 Triage scale พบมากที่สุดคือ Urgent ร้อยละ 37.3 Emergency ร้อยละ 50.0 และ Resuscitation ร้อยละ 50.0 ระยะเวลารักษาในห้องฉุกเฉิน ≤ 30 นาที ร้อยละ 87.5 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล มากกว่า 5 วัน ร้อยละ 75.0 ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น (improved) ร้อยละ 75.0

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 12 ปัจจัย จากทั้งหมด 25 ปัจจัย คิดเป็นร้อยละ 48.0 เรียง 3 ลำดับปัจจัยเสี่ยง Adjusted Odds Ratio ดังนี้ ประวัติเคยป่วยโรคซิฟิลิส (Adj.OR = 24.79, p = 0.028) การติดเชื้อเอชไอวี (Adj.OR = 10.65, p = 0.027) และ อาการสำคัญ (OR = 8.53, p <0.001) สำหรับค่าใช้จ่ายไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองหาเชื้อซิฟิลิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท (N=515)

ปัจจัย	Syphilis screening โดยวิธี VDRL			χ^2	p-value
	B	Adjusted OR	95%CI		
เพศ					
ชาย	-0.140	0.869	0.61-1.23	0.606	0.437
อายุ					
>60	-0.043	0.957	0.65-1.39	0.051	0.822
เคยป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
	0.4022	1.495	0.55-4.04	0.622	0.429
การติดเชื้อเอชไอวี					
	2.366	10.657	1.30-87.27	7.816	0.027*
การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส					
	1.792	0.606	0.54-0.66	3.316	0.009*
ประวัติเคยป่วยโรคซิฟิลิส					
	21.631	24.797	0.01-0.44	14.693	0.028*
ค่าใช้จ่ายในการรักษา					
	1.113	1.120	0.75-2.97	7.305	0.058

*p <0.05, Binary logistic regression

สรุปและอภิปรายผล

1. ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อซิฟิลิส มีค่าใช้จ่ายในการรักษา 10,000 บาทขึ้นไป ซึ่งมากกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้อซิฟิลิสที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่า 10,000 บาท สำหรับค่าใช้จ่ายคัดกรองซิฟิลิสใน

เลือดราคา 50-100 บาท ผู้ป่วย 515 ราย ค่าใช้จ่ายคัดกรองซิฟิลิสในเลือดรวม 25750 บาทสามารถคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท ได้ 8 ราย ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองหาเชื้อซิฟิลิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิส พบมากที่สุดคือ Urgent รองลงมาคือ emergency และ resuscitation ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการวิเคราะห์ความคุ้มทุนของการส่งตรวจคัดกรองการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบในประเทศไทย ยังมีความจำเป็น เพื่อคัดกรองหาการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท พบว่าการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาทไม่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำเป็นต้องคัดกรองเป็นพิเศษในกลุ่มเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีประวัติการป่วยโรคซิฟิลิส ร้อยละ 50.0 ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาท[9]

2. ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อซิฟิลิส ส่วนใหญ่มีระยะเวลารักษาในห้องฉุกเฉิน ≤ 30 นาที จำนวนวันนอนมากกว่า 5 วัน และผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น (improved) ลักษณะอาการในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมากที่สุด คือ มุมปากตก ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิส พบมากที่สุดคือกลุ่ม Urgent รองลงมาคือ emergency และ resuscitation ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดซิฟิลิสในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเอชไอวีพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดการติดเชื้อซิฟิลิสมากกว่าเพศหญิง[10] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคซิฟิลิส ได้แก่ อายุ และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น[11] และองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิส คือการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการวินิจฉัยรักษาโดยเร็ว[12]

3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท เรียงลำดับปัจจัยเสี่ยง Adjusted Odds Ratio 3 ลำดับแรก ดังนี้ ประวัติเคยป่วยโรคซิฟิลิส การติดเชื้อเอชไอวี และ อาการสำคัญ และ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ติดเชื้อซิฟิลิสตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า กลุ่มที่ไม่ติดเชื้อซิฟิลิส[13] และการศึกษาที่พบว่า การดำเนินงานตรวจคัดกรองผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาที่ต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยซิฟิลิสเข้าสู่ระบบการรักษาได้รวดเร็วและจะช่วยให้ควบคุมการระบาดของโรคซิฟิลิสในอนาคตได้[14]

ข้อสรุป ผลการวิเคราะห์ความคุ้มทุนของการส่งตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท พบว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองหาเชื้อซิฟิลิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งตรวจคัดกรองการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบในประเทศไทยยังมีความจำเป็น เพื่อคัดกรองหาการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท พบว่าการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาท และจำเป็นต้องคัดกรองเป็นพิเศษในกลุ่มเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีประวัติการป่วยโรคซิฟิลิส ร้อยละ 50.0 ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาท

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้ให้บริการ จากการศึกษานี้พบว่าการส่งตรวจการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาท ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาผู้ป่วย ดังนั้นควรสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานสุขภาพให้มีการส่งตรวจการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาทขยายความครอบคลุมให้มากขึ้น

การส่งตรวจคัดกรองการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบในประเทศไทย ยังมีความจำเป็น เพื่อคัดกรองหาการติดเชื้อซิฟิลิสระบบประสาท พบว่าการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาท และจำเป็นต้องคัดกรองเป็นพิเศษในกลุ่มเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีประวัติการป่วยโรคซิฟิลิส ร้อยละ 50.0 ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาท อาจมีการทำวิจัยเพื่อหาลักษณะที่ควรคัดกรองเพื่อทำแบบคัดกรองประเมินการติดเชื้อซิฟิลิส

2. ด้านผู้รับบริการ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการเป็นเพศหญิง และเป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี เคยตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสเพียงร้อยละ 1.0 ดังนั้น หน่วยงานที่ให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรเข้ามามีบทบาทในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย และมีการพัฒนางานด้านการให้การปรึกษาให้เข้มแข็ง เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กลุ่มเสี่ยงได้เห็นถึงความสำคัญในการส่งตรวจการติดเชื้อโรคซิฟิลิสระบบประสาท

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้ผลการศึกษามีความครอบคลุมและน่าเชื่อถือมากขึ้น ควรมีการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเชิงลึกของโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. Journal of Neurology 2566;39(2):39–45.
2. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance. [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO. [Internet]. 2018. [Cited 2024 February 17]. Available from: https://www.who.int3. Liu S, Luo L, Xi G, Wan L, Zhong L, Chen X, et al. Seroprevalence and risk factors on Syphilis among blood donors in Chengdu, China. BMC Infectious Diseases. 2019;19(1): 509-18.
4. สายทอง วงศ์คำ. อัตราการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และเชื้อซิฟิลิส ในเลือดบริจาคของโรงพยาบาลหัวหิน. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(2): 105-13.
5. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S. Adams and Victor's Principles of Neurology. 11th ed. New York: McGraw-Hill, 2019.
6. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปีงบประมาณ 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual.php
7. National Geographic. ซิฟิลิส: กามโรคที่ไม่เคยห่างหายไปจากมนุษย์ 2562. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://ngthai.com/science/21797/syphilis
8. ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2565.
9. สามารถ พันธ์เพชร, จิราวรรณ สว่างสุข, นิรมล ปัญสุวรรณ, รสพร กิตติเยาวมาลย์. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ. วารสารโรคเอดส์ 2565; 34(3):144-59.
10. พิชญา จารุวิจิตรรัตนา, สุเบญจา พิณสาย. การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เป็นโรคซิฟิลิสในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. อภัยภูเบศรเวชสาร 2565; 37-47.
11. Kojima N, Park H, Konda KA, Davey DLJ, Bristow CC, Brown B, et al. The PICASSO Cohort: baseline characteristics of of men who have sex with men. BMC Infect Dis 2017;17(1):1-8.

12. ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์, รสพร กิตติเยาวมาลย์. ซิฟิลิส : การกลับมาอีกครั้ง. วารสารควบคุมโรค 2564; 47(2): 199-208.
13. อภิษฎา รัศมี, จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวี. การติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อซิฟิลิส และมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: การศึกษาในจังหวัดพังงา. วารสารโรคเอดส์ 2562; 31(1):9-20.
14. พรนารา ธิเขียว, สุทิพา วงศาโรจน์, วัชรี ประสิงห์, รัชณี เขื่อนแก้ว, พจมาลย์ คชินทร์ไพร. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสเพื่อดูแลรักษา ในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่. วารสารโรคเอดส์ 2561; 30(1): 35-45.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์

The Effectiveness of the health belief model program on health behaviors and levels of blood pressure among the risk people of hypertension diseases Phonsawan Hospital.

(Received: August 17,2024 ; Revised: August 22,2024 ; Accepted: August 23,2024)

นันทยา นนเลาพล[1]
Nantaya Nonlaopon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการคัดกรองในปี 2566 ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2567 จำนวน 35 คน เปรียบเทียบก่อนและหลัง ชนิดแบบ 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์ทางคลินิกโดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการป้องกันโรค, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to study the effects of the health belief model application program on health behaviors and blood pressure levels in the hypertensive risk group at Phon Sawan Hospital. Study in the hypertensive risk group who came for screening in 2023. The study was conducted between March and May 2024, with 35 people. The study was conducted before and after the first group. The instruments used to collect data included a general information questionnaire, a health belief model perception assessment form, and a behavioral behavior questionnaire to prevent hypertension. The instruments used in the experiment included the health belief model application program for the hypertensive risk group, and a manual for modifying behavioral behavior to prevent hypertension. The general data, health belief model perception, behavioral behavior to prevent hypertension, and clinical outcomes were analyzed using descriptive statistics to find frequencies, percentages, and standard deviations. The difference was tested for comparison using Paired t-test statistics.

Results : 1) The perception according to the health belief pattern of the hypertensive risk group of the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment, with statistical

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

significance at the 0.05 level. 2) The behavior to prevent hypertensive disease of the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 3) The blood pressure level after the experiment had a better mean score than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords : Hypertensive risk group, Disease prevention behavior, Health belief model.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นโรคหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกราว 1 พันล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าจะมีความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ.2568[1] และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกราว 7.5 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด[2] สำหรับประเทศไทย พบความชุกในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 [3,4] ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุเสียชีวิตร้อยละ 13.13, 14.21 และ 14.22 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[5] ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์อัมพาตและโรคหัวใจ[2] ทำให้ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น โดยประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณ 10 ล้านคน[6] ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษา สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ภาครัฐควรให้ความสำคัญในการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นเพชฌฆาตเงียบ เนื่องจากส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการ สาเหตุสำคัญส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอร์ การมีภาวะเครียดสะสม การมีอายุที่มากขึ้นร่วมกับการมีพันธุกรรมโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น[7] องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางการลดอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงภายในปี ค.ศ.2025 ให้ไม่เกินร้อยละ 25.00 โดยให้ความสำคัญในการป้องกันระยะเริ่มต้น ด้วยการควบคุมอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่[8] สอดคล้องกับประเทศไทยได้มีนโยบายในการควบคุมอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ด้วยการเพิ่มการคัดกรองความดันโลหิตในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์นครพนม พบว่ามีผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 6,102, 6,618 และ 6,835 รายตามลำดับ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ พบร้อยละการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.15, 1.60 และ 2.36 ตามลำดับ และจากการสำรวจพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลโพนสวรรค์จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินของกองสุขศึกษา (โรงพยาบาลโรงพยาบาลโพนสวรรค์, 2566) พบว่าบุคคลเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 49 บริโภคอาหารโดยไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าทาง

โภชนาการ ซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน ใช้ผงชูรส เครื่องปรุงรส ปลาร้า ในการปรุงอาหาร ร้อยละ 47 มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ขาดการออกกาลังกายทำให้เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 33 การเร่งรีบกับการทำงาน ร้อยละ 11 เครียดจากปัญหาครอบครัว และไม่มีเวลาพักผ่อน ร้อยละ 9 จากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมะสมดังกล่าวทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (โรงพยาบาลโพนสวรรค์, 2566) สอดคล้องกับการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ไม่ทราบว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพราะเชื่อว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง บางรายทราบว่ามีความเสี่ยงทางพันธุกรรมแต่เชื่อว่าไม่จำเป็นต้องป้องกัน บางรายเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องป้องกัน เพราะเป็นโรคของผู้สูงอายุ บางรายเชื่อว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย บางรายเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเกิดโรคปอดไม่ใช่สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง และเชื่อว่าการดื่มสุรามีผลต่อตับไม่สามารถทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงการมีความเชื่อหรือการรับรู้ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสมถูกต้อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยก่อให้เกิดแรงจูงใจ กระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งหลายๆ การศึกษาที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคได้ นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยส่วนใหญ่จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและกลุ่มป่วยที่เป็นโรค หรือใช้สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ผลการศึกษาก็พบว่าทฤษฎีนี้สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ทฤษฎีนี้เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการในการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จึงมีความสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งการให้ความรู้ในการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher and Rosenstock (1997)[9] เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[9] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ออกแบบกิจกรรมประกอบด้วยการส่งเสริมการรับรู้ใน 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

ความดันโลหิตสูง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และ 6) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมมีลักษณะเป็นการดำเนินการรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อยที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ 6 กิจกรรม สื่อที่ใช้คือ คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและไม่มีภาวะแทรกซ้อน และเครื่องมือสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 -59 ปี เขตตำบลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม จากการคัดกรองประจำปี 2566 โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตค่าซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 120-139 mmHg และค่าไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80-89 mmHg 2) มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตตำบลโพนสวรรค์ 3) อายุ 35 – 59 ปี 4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งพูด อ่าน เขียน 5) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ย้ายที่อยู่หรืออยู่นอกเขตตำบลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 2) มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น พิการหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ประเมินโดยใช้ Barthel ADL Index) 3) ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ เช่น ต้องทำงานทุกวันหรือมีข้อจำกัดในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม 5) เป็นผู้มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำ (ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตค่าซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 mmHg และค่าไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80-89 mmHg ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนบัญชีรายชื่อการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงประจำปี 2566 ตำบลโพนสวรรค์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จาก G * power (Faul, et.al., 2007) [10] โดยใช้สถิติ t-test ค่า effect size กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็น

อิทธิพลขนาดกลาง (Cohen J.,2013)[11] และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 35 คน

ขั้นตอนการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนบัญชีรายชื่อการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประจำปี 2566 ตำบลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มเสี่ยงชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะนัดในอีก 2 สัปดาห์ต่อไปที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ประกอบการดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Pre-test) วัดระดับความดันโลหิตและประเมินภาวะสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สื่อประกอบการนำเสนอเป็น Power Point และถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองและ ตระหนักถึงความสำคัญจากสิ่งที่ได้เรียนรู้จนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) และการรับรู้ (Perceived Barriers) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 “ประโยชน์ที่ฉันได้รับ กับอุปสรรคที่ฉันมี”โดยการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติตัวที่ดี กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันลหิตสูงและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ2ส

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมที่ 5 การสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้าน สอบถามปัญหาและอุปสรรค พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม ตรวจวัดระดับความดันโลหิตและจดบันทึกในสมุดคู่มือ และในสัปดาห์ที่ 4-5 ,7-8 และสัปดาห์ที่ 10-11 ติดตามผ่านโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมที่ 6 สรุปและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมและวัดระดับความดันโลหิต

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนร่วมกัน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (post-test) และบันทึกระดับความดันโลหิตพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ และคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ แบบสอบถามเองโดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.98 นำเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรม และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[13] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยใน

มนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 005/67 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 41 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.22 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 31.4 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,501-4,000 บาท ร้อยละ 57.1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.9 ไม่มีโรคประจำตัว

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างองกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างองกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =147.08, S.D.=8.47) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =153.14, S.D.=5.43) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
การรับรู้	147.08	8.47	ปานกลาง	153.14	5.43	สูง	-5.19	34	.000

* p<0.05

พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 47.91, S.D.=6.93) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 65.22, S.D.=4.09) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
พฤติกรรมสุขภาพ	47.91	6.93	ปานกลาง	65.22	4.09	สูง	-21.01	34	0.000

* p<0.05

ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าระดับความดันโลหิต (Blood Pressure) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 118.11/128.02, S.D.=5.73/5.58; $\bar{x}$ = 76.91/81.80, S.D.=5.62/3.96) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)		หลังทดลอง (n=35)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
Systolic pressure	128.02	5.58	118.11	5.73	12.93	34	0.000
Diastolic pressure	81.80	3.96	76.91	5.62	4.83	34	0.000

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ระดับความดันโลหิต (Blood Pressure) Systolic และ Diastolic ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเป็นเพราะว่าก่อนการทดลองมีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ มีการคืนข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงแต่ละบุคคล มีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง รวมทั้งในกระบวนการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและวิธีการในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามรูแบบบริบทของตนเอง นอกจากนั้นการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล ร่วมกับการทำกลุ่มทำให้กลุ่มเสี่ยงได้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความกลัว วิตกกังวล จึงสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น และโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงเน้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อ

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านอาหาร การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การจัดการตนเองด้านความเครียด และการจัดการตนเองเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้ดัชนีชี้วัดทางด้านสุขภาพดีขึ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของวรารัตน์ เหล่าสูง[12]และคณะศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 28.73, p < 0.001) และพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 22.33, p < 0.001, t = 21.41, p < 0.001 ตามลำดับ)14 และการศึกษาของกรรณิการ์ เงินดี , (2564)[13] ได้ทำการศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอด เลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่ม ทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.001

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาดังที่สรุปข้างต้นสามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกัน เน้นการสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และควรพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบของสื่อดิจิตอลออนไลน์ที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อช่วยให้สะดวกและเข้าถึงสื่อ เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles. Geneva, 2013.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1 - accessed 12 May 2022
2. World Health Organization. (2014). **A global brief on hypertension**. Geneva: World Health Organization : WHO.
3. Kulpimon Charoendee et al. (2022). Annual Report 2022, Noncommunicable Disease Division. (1st edition). Report2565NCDs.pdf (thaincd.com) http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14502&gid=1-015-005.
4. Thai Public Health Survey Office. (2020). Report on the 6th survey of the health status of Thai people by physical examination. Bangkok: Ministry of Public Health; 2020.
5. Thai Hypertension Society. (2019). Thai guidelines on the treatment ofw hypertension2019.http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf (In Thai)

6. Medical Technology Research and Evaluation Institute. (2014). **Literature review. current situation and service models for chronic non-communicable diseases**. Nonthaburi: Art Qualified
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแหงประเทศไทย. (2558). **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป.** กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
8. World Health Organization.(2021). **Hypertension**. Retrieved January 5, 2023 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
9. Strecher, V. J. and Rosenstock, I. M. (1997). **The Health Belief Model. In Health behavior and health education:** Theory, research, and practice. (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
10. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. (2007). **G*power 3: a flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences**. Behav Res Methods 2007; 39(2):175-191.
11. Cohen J. (2013). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
12. วรารัตน์ เหล่าสูง, วรรณรันต์ ลาวัง และพรนภา หอมสินธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**, 12(4), 32-45.
13. กรรณิการ์ เงินดี. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครพนม

A study of the correlation between perception of chronic kidney disease and behavior to prevent chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes in Nakhon Phanom Province.

(Received: August 17,2024 ; Revised: August 22,2024 ; Accepted: August 23,2024)

อรวรรณ แสนลัง[1] พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์[1]
Orawan Saenlang[1] Pisit sereethammapithak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 406 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation co-efficient)

ผลการศึกษา : พบว่า 1) การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับสูง $\overline{x}$ =133.16, S.D=12.73 2) พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง $\overline{x}$ =76.60, S.D=8.29 3) การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังพบว่า การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.444, p=0.000) นอกจากนั้นยังพบว่า การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.437, p=0.000) และการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.303, p=0.000)

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, โรคไตจากเบาหวาน, การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรัง, พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

Abstract

This study was survey research aimed to study the perception of chronic kidney disease and prevention behavior of chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes and to study the relationship between perception of chronic kidney disease and prevention behavior. Chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes in Nakhon Phanom Province. The sample group used in this research was 406 patients with type 2 diabetes. The research instrument was a general information questionnaire. Questionnaire on perception of chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes and questionnaire on behavior to prevent chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes. Data were collected between May and June 2024. Data

[1] สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม

were analyzed using descriptive statistics to find frequencies. Percentage, mean, and standard deviation and find relationships using Pearson's Product Moment Correlation co-efficient statistics.

Results of the study : It was found that 1) the perception of chronic kidney disease among the sample group was found to be The sample group had an overall score of perception of chronic kidney disease. is at a high level =133.16, S.D=12.73 2) Behavior to prevent chronic kidney disease It was found that the sample group had overall behavioral scores for preventing chronic kidney disease. It was found to be at a moderate level =76.60, S.D=8.29 3) Perception of chronic kidney disease and behavior to prevent chronic kidney disease were found. Overall perception of chronic kidney disease is positively related to overall chronic kidney disease prevention behavior. with statistical significance (r= 0.444, p=0.000) In addition, it was found that Overall perception of chronic kidney disease is positively related to behavior in controlling diabetes to prevent chronic kidney disease. Statistically significant (r= 0.437, p=0.000) and overall awareness of chronic kidney disease has a positive relationship with general behavior. To control factors that promote chronic kidney disease. Statistically significant (r= 0.303, p=0.000)

Keywords : chronic kidney disease, diabetic kidney disease, awareness of chronic kidney disease, behavior to prevent chronic kidney disease.

บทนำ

ปัญหาโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงจากการมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ[1] ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับน้ำตาลและโรคร่วม ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษาส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[2] ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตามมา

โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy-DN) เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญของโรคเบาหวานและเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไต พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการทำลายของเนื้อไตจนกระทั่งเกิดไตเสื่อมได้โดยประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยเบาหวานจะมีโรคไตจากเบาหวาน และเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณร้อยละ 43 ส่วนในประเทศไทยพบโรคไตจากเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยพบประมาณร้อยละ 30[3] ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ทั่วโลกสูงขึ้นเรื่อยๆ อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตวายทุกระยะร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 11.44 ล้านคน[4] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังจนต้องได้รับผลกระทบของโรคไตเรื้อรังตามมา

จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในงานคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดนครพนม 12 แห่ง มีผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 8,765 ราย, 8,399 ราย และ 9,684 รายตามลำดับ โดยพบว่ามีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 8,032 ราย ,7,297 รายและ 7,327 รายตามลำดับ ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

มากกว่าร้อยละ 90 คิดเป็นร้อยละ 91.63, 86.87 และ 75.66 ตามลำดับ (งานคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครพนม ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2564-30 ก.ย. 2566) อย่างไรก็ตามโรคไตจากเบาหวานถือได้ว่าเป็นฆาตกรเงียบ เนื่องจากเมื่อเริ่มเป็นจะไม่ค่อยปรากฏอาการที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติให้เห็นชัดเจน บางรายไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อม หรือบางรายแม้ทราบแต่ก็ละเลยไม่สนใจรักษาเพราะรู้สึกปกติ สบายดี จึงทำให้ขาดการตระหนักถึงการควบคุมภาวะโรคและการป้องกันการเกิดไตเรื้อรัง[3]

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น ผู้ป่วยดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง รวมถึงยังขาดความตระหนักถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ป่วยรับประทานข้าวเหนียว ในด้านการออกกำลังกายพบว่าไม่ออกกำลังกาย และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีวิธีการรักษาเยียวยาแบบอื่นร่วมด้วย เช่น รับประทานยาสมุนไพรและยาพื้นบ้าน ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมปริมาณอาหาร และรับประทานผลไม้รสหวานและขนมหวาน และรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ควบคุมปริมาณ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปรับลดยาเอง[5] สะท้อนให้เห็นถึงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตตามมา ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมจะช่วยชะลอและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย หนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพก็คือ ความเชื่อ (การรับรู้) ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์[6] กล่าวว่า การรับรู้มีความสำคัญในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้บุคคลมีโอกาสที่จะเกิดโรคหรือผลกระทบจากโรคนั้นลดลง และการรับรู้เป็นปัจจัยภายในซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพราะการรับรู้จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ โดยจะทำในสิ่งที่ตนคาดว่าเห็นผลดี และจะหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7, 8] ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพหรือความเชื่อด้านสุขภาพจึงนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีการรับรู้และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นเกิดจากรับรู้ว่าต้องควบคุมอาหารแต่ไม่ต้องควบคุมปริมาณ และรับรู้ว่าผลไม้รสหวานและขนมหวานถ้ารับประทานนานๆ ครั้งไม่ต้องควบคุมปริมาณ ผู้ป่วยบางส่วนซึ่งรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักก็ไม่ควบคุมปริมาณเช่นกัน ผู้ป่วยที่รับประทานข้าวเหนียวให้เหตุผลว่าทำให้มีแรงในการทำเกษตร ในด้านการออกกำลังกายนั้นผู้ป่วยบางรายคิดว่าการทำงานหนักเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้วและบางรายมีวิธีการรักษาเยียวยาแบบอื่นร่วมด้วย เช่น รับประทานยาสมุนไพรและยาพื้นบ้าน เพราะเชื่อว่ามีผลดีต่อสุขภาพ[9] สอดคล้องกับการศึกษานำร่องใน

ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 ราย โรงพยาบาลโพนสวรรค์ โดยใช้คำถามปลายเปิดถึงการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ให้เหตุผลว่าภาวะโรคเบาหวานเป็นสาเหตุทำให้เกิดไตเสื่อม แต่ด้านการดูแลตนเองผู้ป่วยกล่าวว่าไม่จำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดเพราะยังไงก็เกิดโรคไตเรื้อรังอยู่แล้ว บางรายบอกว่าไม่ทราบว่าเกิดได้อย่างไรและบางรายกล่าวว่าโรคเบาหวานไม่ทำให้เกิดไตเสื่อมได้จึงไม่จำเป็นต้องป้องกันมากมาย และเมื่อสอบถามถึงพฤติกรรมทั่วไปในชีวิตประจำวันพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ไม่ได้ควบคุมอาหาร บางรายกล่าวว่าชอบรับประทานเนื้อ ด้านการออกกำลังกายพบว่า ผู้ป่วยไม่มีการออกกำลังกายเลย นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บางรายกล่าวว่าตนเองทำงานรับจ้างก่อสร้างซึ่งต้องยกของหนักจึงรับประทานยาแก้อักเสบทั้งก่อนทำงานและหลังทำงานเพื่อป้องกันอาการปวดตามร่างกาย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้องจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีทั้งพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานและพฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับ cholesterol ในเลือด การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การควบคุมโปรตีนรั่วในปัสสาวะและการมาตรวจตามนัด[10] รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด การดื่มน้ำและการหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ การรักษาความสะอาดของร่างกายและการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การหลีกเลี่ยงกลุ่มยาที่อาจมีผลต่อไต และการไม่หลงเชื่อคำโฆษณา[11] ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะช่วยในการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่อาจจะเกิดตามมาได้

ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ในการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานเร็วขึ้น มีจำนวนมากขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าวคือ การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยสืบเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการประเมินการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องก็จะนำมาซึ่งการวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องตามมา ถึงแม้จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะแสดงเห็นถึงการรับรู้การเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคและเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความซับซ้อน การรักษาและการป้องกันจะต้องมีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ไม่ชัดเจนและไม่เพียงพอที่จะสรุปเป็นองค์ความรู้สำหรับกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์[6] มาใช้ในการประเมินการรับรู้การเกิดโรคเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ และมีองค์ประกอบในการประเมินการรับรู้อย่างครอบคลุมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคของบุคคลได้ จึงนำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์[6] เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้การเกิดโรคหรือภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และ 5) แรงจูงใจในด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคได้ โดยการรับรู้การเกิดโรคที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคตามมา โดยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2) พฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถควบคุมโรค ลดโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังและชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครพนม

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(survey research)

ประชากร

ประชากรของการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตจังหวัดนครพนม และกำลังรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง และหรือประเมินจากภาวะโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ (albuminuria) โดยการเก็บปัสสาวะแบบสุ่มตรวจครั้งเดียว (spot urine) ได้ผลมากกว่า 30 μg/ mg. ของครีอะตินีน (Normoalbuminuria) ผลระดับ BUN ในเลือดเกิน 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และผล Creatinine ในเลือดเกิน 1.5-2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยนอกเขตจังหวัดนครพนม 3) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่หน่วยบริการในเขตจังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังร่วม ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงได้มาจากวิธีสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (Non-probability sample) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (convenient sampling) ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครจซี่และมอร์แกน กำหนดความคลาดเคลื่อน 5% และระดับความเชื่อมั่น 95%

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 369 คน แต่เพื่อป้องกันการ Drop out ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10 เปอร์เซ็นต์ ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 406 คน

วิธีการศึกษา

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนมทุกแห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติ/เวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

3) ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรอการตรวจหรือภายหลังที่ได้รับการตรวจแล้ว เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ การรักษาความลับ และรายงานเป็นผลสรุปของการศึกษาทั้งหมด และขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

4) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ แล้วจึงให้ตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที

5) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ โดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.94 นำเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) แบบสอบถามการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังได้เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลของคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation co-efficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[12] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 043/67 วันที่ 4 มิถุนายน 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากร้อยละ 65.0 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 23 ปีอายุสูงสุด 87 ปี อายุเฉลี่ย 59.24 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.35 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 99.3 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 64.8 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.0 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 9,001 บาท ร้อยละ 29.3 ส่วนใหญ่มีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 67.2 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานระยะเวลาการเกิดโรคต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 25 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 4.23 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.91 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว และร้อยละ 77.7 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 84.8

การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าคะแนนการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =133.16, S.D=12.73 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าคะแนนการรับรู้ด้านที่สูงที่สุดคือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =33.07, S.D=4.28 รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =30.35, S.D=3.80 และด้านแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =25.44, S.D=3.00 ส่วนคะแนนการรับรู้ด้านที่ต่ำที่สุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง $\bar{x}$ =24.53, S.D=6.25 รองลงมาคือด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =19.92, S.D=2.94

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังพบว่า การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.444, p=0.000) นอกจากนั้นยังพบว่า การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.437, p=0.000) และการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.303, p=0.000) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (n=406 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง	พฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตเรื้อรัง	**พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยรวม**
1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	0.241 (p=0.000) *	0.093 (p=0.061)	**0.316 (p=0.000) ***
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง	0.076 (p=0.128)	0.104 (p=0.036) *	**0.028 (p=0.570)**
3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง	0.352 (p=0.000) *	0.185 (p=0.000) *	**0.415 (p=0.000) ***
4. การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง	0.166 (p=0.001) *	0.192 (p=0.000) *	**0.097 (p=0.050) ***
5. แรงจูงใจทางด้านสุขภาพทั่วไป	0.418 (p=0.000) *	0.270 (p=0.000) *	**0.445 (p=0.000) ***
การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยรวม	**0.437 (p=0.000) ***	**0.303 (p=0.000) ***	**0.444 (p=0.000) ***

* p=0.05

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =133.16, S.D=12.73 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าคะแนนการรับรู้ด้านที่สูงที่สุดคือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =33.07, S.D=4.28 รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =30.35, S.D=3.80 และด้านแรงจูงใจทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =25.44, S.D=3.00 ส่วนคะแนนการรับรู้ด้านที่ต่ำที่สุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง $\bar{x}$ =24.53, S.D=6.25 รองลงมาคือด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =19.92, S.D=2.94 สามารถอภิปรายได้ว่า นั้นอาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานจัดเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง (High Risk) ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ทั้งสาเหตุ อาการ ความรุนแรง แผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงโรคไตเรื้อรัง ตลอดจนการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสมอย่างสม่ำเสมออยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ดี รู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง และรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และเมื่อปฏิบัติตนตามแผนการรักษาแล้ว สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้และภาวะแทรกซ้อนได้ ร่วมกับเห็นประโยชน์ในการปฏิบัติจึงทำให้ผู้ป่วยสนใจในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนูร์มา แวบือซอ[13] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้โรคป่วยเบาหวาน ในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้นำเอาสิ่งที่ตนได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึกจากสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคลเข้ามาจัดระเบียบและให้ความหมาย ทำให้บุคคลเกิดความรู้ ความเข้าใจ ต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นการประเมินว่าตนมีโอกาสหรือมี

ความเป็นไปได้ต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย ส่งผลให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามความเชื่อและแรงจูงใจ

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ =76.60, S.D=8.29 สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 ซึ่งเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์[14] พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ยนาน 4.23 ปี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากเจ้าหน้าที่ ผ่านการลองผิดลองถูกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกิดกระบวนการเรียนรู้จึงสามารถดูแลตนเองได้ และพบว่าอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 59.24 ปี ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมซึ่งบุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างกัน ดังการศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ[15] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีการตระหนักถึงอันตราย ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับสูง และการศึกษาของนูร์ แวบือซอ[13] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอปะนาแระ จังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.444, p=0.000) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการตอบสนองต่อการรับรู้ โดยบุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการป้องกันโรคที่สอดคล้องกับการรับรู้นั้นๆ ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อโณทัย เหล่าเที่ยง[16] ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในการวางการพัฒนาการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการส่งเสริมการรับรู้ทุกด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งเพื่อพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสมและถูกต้อง เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

3. จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. สืบค้น 21 พฤศจิกายน 2566, จากhttps://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf.
2. 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.
3. วุฒิเดช โอภาศเจริญสุข. (2550). โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy). ใน สมชาย เอี่ยมกลาง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). โรคไต กลไก พยาธิสรีวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นิล พับลิเคชั่น.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
5. นุสรา วิโรจนกุฎ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 31(1), 41-48.
6. Becker, H. M. (1990). Theoretical Models of Adherence and Strategies for Improving Adherence. In S. A. Shumaker, E. B. Schron & J.K. Ockene (Eds.), The Handbook of Health Behavior Change. (p 5-37). NewYork: Springer.
7. Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare, New Jersey: CharlesB. Slack.
8. Nemcek, M. A. (1990). Health beliefs and preventive behavior: A review of research literature. AAOHN Journal, 38(3), 127-138.
9. พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์, แสงอุษา ทัศคร และมารดี วิทยาดำรงชัย. (2559). การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในประชาชน จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 3(2), 23-32.
10. อัมพร ซอฐานานุศักดิ์. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. Journal Nursing Science, 26(2-3), 33-42.
11. ทวี ศิริวงศ์ และอุดม ไกรฤทธิชัย. (2550). กลเม็ดเคล็ดลับ ทำอย่างไรไตไม่วาย. กรุงเทพฯ: ส. พิจิตรการพิมพ์.
12. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
13. นูร์มา แวบือซา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 19(2), 72-85.
14. จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
15. ศิริพร ปาระมะ. (2544). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
16. อโณทัย เหล่าเที่ยง. (2560). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

The Results of Lifestyle Behavior Changes on Diabetic Patients Aiming for Diabetes Remission at Phon Phisai Hospital Community Health Center, Nong Khai Province

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 17,2024 ; Accepted: August 18,2024)

ชัญญ์นิฏฐ์ วงศ์อุดมกอง[1] สุภาพร สุวรรณวงษ์[2] ขวัญกัลยา ปุนนา[3] อิศริณ อินทรวิเชียร[4]
Chanyanit Wongudomkong[1] Supaporn Suwannawong[2] Khwankanlaya Poonna[3] Isrin Intrarawichian[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 122 ราย ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด การสนทนากลุ่ม การบันทึกภาพถ่าย และรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้เป็นเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.67-1 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t - test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการดำเนินโครงการ ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เท่ากับ 8.52 ค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เท่ากับ 146 mg% คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่คะแนนระดับปานกลาง จำนวน 65 ราย ร้อยละ 53.3 รองลงมา คะแนนระดับสูง จำนวน 35 ราย ร้อยละ 28.7และระดับคะแนนต่ำ จำนวน 22 ราย ร้อยละ 18 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตโดยใช้ “รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้เป็นเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย” ประกอบด้วย การดูแลพื้นฐานทั่วไป การตั้งเป้าหมาย การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และการติดตามผู้ป่วยรวมทั้งการปรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังโครงการพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) 8.14 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร(FBS) เท่ากับ 137 mg% ซึ่งลดลง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่คะแนนระดับปานกลาง จำนวน 60 ราย ร้อยละ 49 รองลงมา คะแนนระดับสูง จำนวน 47 ราย ร้อยละ 39 และระดับคะแนนต่ำ จำนวน 15 ราย ร้อยละ 12 และไม่พบอุบัติการณ์แทรกซ้อนฉุกเฉินจนต้องนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การดำเนินชีวิต, โรคเบาหวานระยะสงบ

Abstract

This action research aimed to study the results of lifestyle behavior changes on diabetic patients aiming for diabetes remission at the Phon Phisai Hospital Community Health Center, Nong Khai Province. The sample consisted of 122 diabetic patients between April and July 2024. The instruments included a diabetes knowledge questionnaire, blood sugar record forms, focus group discussions, photo documentation, and “The Phonpisai Lifestyle Behavior Changes on Diabetic Patients Model." The validity of the Index of item objective congruence

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
[2] นักโภชนากร
[3] Ph.D.
[4] นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

is from 0.67 to 1, and the reliability measured by KR-20 is 0.86. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, dependent t-test, and content analysis.

The research results revealed that before the project implementation, diabetic patients had an average HbA1C (glycated hemoglobin) level of 8.52 and a fasting blood sugar (FBS) level of 146 mg%. The diabetes knowledge scores showed that most patients had a moderate level of knowledge, with 65 patients (53.3%), followed by a high level of knowledge with 35 patients (28.7%), and a low level of knowledge with 22 patients (18%). The lifestyle behavior changes were implemented using "The Phonpisai Lifestyle Behavior Changes on Diabetic Patients Model," which included general basic care, goal setting, motivational communication, dietary adjustments, exercise and physical activity, and patient follow-up, including adjustments in blood sugar-lowering medication. After the project, the average HbA1C level decreased to 8.14, and the average FBS level decreased to 137 mg%. The diabetes knowledge scores showed that most patients still had a moderate level of knowledge, with 60 patients (49%), followed by a high level of knowledge with 47 patients (39%), and a low level of knowledge with 15 patients (12%). There were no incidents of emergency complications requiring hospitalization.
Keywords: Behavior Change, Lifestyle, Diabetes Remission

บทนำ

ในสถานการณ์ยุคปัจจุบัน เกิดการเปลี่ยนแปลงรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ อีกทั้งค่านิยมอื่นๆ ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบโดยทั่วไปและพบจำนวนมาก เป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเผาผลาญ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด สูงขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ดวงตา ไต และเส้นประสาทเมื่อเวลาผ่านไป ที่พบบ่อยที่สุดคือโรคเบาหวานประเภท 2 ซึ่งมักเกิดในผู้ใหญ่ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อร่างกายต้านทานต่ออินซูลินหรือผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การเข้าถึงการรักษาที่สามารถซื้อหาได้ รวมถึงอินซูลิน มีความสำคัญต่อการอยู่รอด มีเป้าหมายที่ตกลงกันทั่วโลกในการหยุดการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานและโรคอ้วนภายในปี 2568 ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 500 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 มีผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคนมีสาเหตุโดยตรงจากโรคเบาหวานในแต่ละปี ทั้งจำนวนผู้ป่วยและความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา ระหว่างปี 2000 ถึง 2019 อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 3% ตามอายุ ในปี 2014 8.5% ของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวาน ในปี 2562 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิต 1.5 ล้านคน และ 48% ของการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานทั้งหมดเกิดขึ้นก่อนอายุ 70 ปี การเสียชีวิตด้วยโรคไตอีก 460,000 รายเกิดจากโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 20% องค์การอนามัยโลกได้ก่อตั้ง WHO Global Diabetes Compact ก่อตั้งขึ้นเพื่อแบ่งปันแนวคิด ข้อมูล และมุมมองที่ช่วยสนับสนุนโลกให้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานลดลง มีวิสัยทัศน์ในการลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน และสร้างความมั่นใจว่าทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจะสามารถเข้าถึงการรักษาและการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ เท่าเทียม ครอบคลุม ราคาไม่แพง และมีคุณภาพ งานที่ดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้จะสนับสนุนการป้องกันโรคเบาหวานประเภท 2 จากโรคอ้วน อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการไม่ออกกำลังกาย แนวคิดดังกล่าว ตั้งอยู่บนพื้นฐานความ

คิดเห็นและแรงบันดาลใจของประเทศสมาชิก WHO ดังที่แสดงไว้ในมติของสมัชชาอนามัยโลก WHA74.4 ว่าด้วยการลดภาระของโรคไม่ติดต่อผ่านการเสริมสร้างการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน[1]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน[2] เขตสุขภาพที่ 8 พบ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2563 – 2564 มีแนวโน้มลดลง คิดเป็น 580.10 และ 557.54 ตามลำดับ ส่วนปี พ.ศ.2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 612.99 และปี พ.ศ.2566 มีแนวโน้มลดลง เท่ากับ 537.70 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี พ.ศ.2563 – 2564 มีแนวโน้มลดลง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ เท่ากับร้อยละ 21.78 และ 20.79 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 26.96 และปี พ.ศ. 2566 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 28.55 จังหวัดหนองคายมีประชากรทั้งหมด 516,843 ราย[3] ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 316,387 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวาน 30,804 ราย อัตราความชุก 9.7[4] อำเภอโพนพิสัย มีประชากร 92,858 ราย[3] ในปี 2565 ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 62,146 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5,270 ราย อัตราความชุก 8.48 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (เกณฑ์>ร้อยละ 40) เป้าหมาย 5,256 ราย สามารถควบคุมได้ 2,881 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.81[4]

โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง จากการสำรวจข้อมูลจากสรุปรายงานของโรงพยาบาล พบว่า แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่มีอัตราต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ในปี 2565-2567 ร้อยละ 54.81 20.30 และ 37.52 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตความรับผิดชอบดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย ที่มาตรวจเลือดเพื่อหาค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ในปี 2564 จำนวน 195 ราย ตรวจพบ HbA1C> 7 % จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 ปี 2565 จำนวน 223 ราย ตรวจพบ HbA1C> 7 % จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.5 และในปี 2566 จำนวน 331 ราย ตรวจพบ HbA1C> 7 % จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 18

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเท่าที่ควร ได้แก่ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค ไม่ออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในเขตความดูแลรับผิดชอบ เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะสามารถลดระดับค่า HbA1C ให้ลดลงได้และให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้ยาในการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะ

สงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน-31 กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับ HbA1C > 6.5 % ที่ตรวจในปี 2566 จำนวนทั้งหมด 174 ราย ซึ่งเกณฑ์ประชากร มีดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพนพิสัย 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 3) ค่าระดับ HbA1C > 6.5 % 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะไตวาย โรคหัวใจหรือภาวะวิกฤติอื่นๆ 5) มีสติสัมปะชัญญะ สามารถสื่อสารได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ได้จากประชากรที่กำหนด โดยใช้โปรแกรมแอพพลิเคชั่น Sample tools คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (1970)[5] กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 ค่าความเชื่อมั่นประชากรที่ระดับ 95% ได้ตัวอย่างจำนวน 122 ตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและข้อเสนอแนะ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพและรายได้ ใช้แบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ด้านความรู้ ใช้แบบ เลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ทั้งหมด 20 ข้อ เต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ส่วน โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของบลูม[6] คือ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (13-15 คะแนน) และระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-12 คะแนน) 2) แบบบันทึก HbA1C 1 ครั้ง หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร(FBS) ก่อนอาหารเช้า เดือนละครั้ง 3 ครั้ง 3) บันทึกภาพถ่ายหรือวิดีโอภายหลังการได้รับการอนุญาตจากผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์[7] และการสนทนากลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้เป็นเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย ประกอบด้วย หลักการดูแลพื้นฐานทั่วไป การตั้งเป้าหมาย การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และการติดตามผู้ป่วยรวมทั้งการปรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด กิจกรรม ได้แก่ 1) สมุดบันทึกติดตามการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คำมั่นสัญญาร่วมกัน การกำหนดอาหาร การออกกำลังกาย และการบันทึก 2) โปสเตอร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย เนื้อหาประกอบด้วย อาหาร การออกกำลังกาย สมาธิบำบัด 3) การประชุมกลุ่มร่วมกันทำกิจกรรม ได้แก่ การทบทวนความรู้และให้ความรู้ในส่วนขาด การสาธิตและฝึกการกำหนดอาหาร การออกกำลังกาย 4) เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (Glucometer) เพื่อติดตามน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเช้าเดือนละครั้ง รวม 3 ครั้ง 5) การตรวจเลือดเพื่อหาค่า HbA1C โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 เดือน

6) ระบบเครือข่ายสุขภาพ อสม.ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนที่มีกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การดูแลให้แรงเสริมการให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยน สนับสนุนการออกกำลังกาย สนับสนุนการรับประทานอาหารตามสัดส่วน และเพื่อการติดตามเป็นระยะหรือเมื่อจำเป็นสามารถประสาน อสม.ที่รับผิดชอบได้ทันที

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม การตรวจสอบความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่า IOC ได้ค่าระหว่าง 0.67-1 ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงรอบพัฒนา 2 วงรอบ 4 ขั้นตอน อ้างอิงของ Kemmis & McTaggart[8] โดยมีรายละเอียด คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ (Planning) เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมในการดำเนินโครงการวิจัย ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา มีการประชุม พูดคุย ปรึกษาหารือร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน ได้แก่ นักกำหนดอาหารหรือโภชนากร และ อสม.ที่รับผิดชอบผู้ป่วยในครัวเรือนที่รับผิดชอบ ชี้แจงแนวทางการศึกษาวิจัยเพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ค้นคว้าหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในรายงานการบันทึกผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยงาน วางแผนกำหนดกิจกรรมการกำหนดอาหาร การออกกำลังกาย การบันทึกข้อมูล จัดทำสมุดบันทึกกิจกรรมประจำตัวผู้ป่วย โปสเตอร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน กำหนดการประชุมให้ความรู้ สาธิตการกำหนดอาหารพร้อมการฝึกทักษะการปฏิบัติ การร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย วางแผนการติดตามผลน้ำตาลในเลือด FBS เดือนละครั้ง รวม 3 ครั้ง HbA1C 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามแผนที่วางไว้ ซึ่งประกอบด้วย การทำแบบทดสอบก่อนเริ่มโครงการ การทบทวนความรู้และให้ความรู้ในส่วนขาด การสาธิตการกำหนดอาหารโดยนักกำหนดอาหารหรือโภชนากร กิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน การเสริมแรง การบันทึกกิจกรรมในสมุดบันทึกประจำตัว

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) ประกอบด้วย การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเช้า (FBS) เดือนละครั้ง, HbA1C 1 ครั้ง และภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินที่ต้องนอนโรงพยาบาล รวมทั้งการเก็บข้อมูลแบบสอบถามอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดโครงการ นำมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ได้แก่ เปรียบเทียบคะแนนแบบทดสอบวัดความรู้โรคเบาหวาน, ค่าเฉลี่ย FBS และ HbA1C ก่อนและหลังดำเนินโครงการฯ โดยใช้ Pair sample t-test และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FBS, HbA1C กับค่าปกติโดยใช้สถิติ One sample t-test

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข (Act) ตามความเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ได้แก่ Shapiro-Wilk[9] เพื่อแจกแจงความปกติของข้อมูล และสถิติเชิงอนุมานหรือสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ใช้ Dependent t-test[10] เปรียบเทียบคะแนน

แบบทดสอบความรู้, ค่าเฉลี่ย HbA1C และ FBS ก่อนและหลังโครงการฯ

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 34/2567

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะวงรอบคือ ระยะวงรอบที่ 1 และระยะวงรอบที่ 2 ได้แก่

ระยะวงรอบที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน ผลวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาผู้เป็นเบาหวาน ติดตาม และให้การรักษาโรคแทรกซ้อนที่ได้รับการส่งกลับมาจากโรงพยาบาล ให้การดูแลต่อเนื่อง เช่น การส่งต่อ และการเยี่ยมบ้าน ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานแต่ไม่ได้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวานแต่ไม่ได้มีการติดตามผลการให้ความรู้ ให้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยให้คำแนะนำ เช่น แนะนำการออกกำลังกาย แต่ไม่เป็นรูปธรรม ขาดความต่อเนื่อง มีฐานข้อมูลและการลงทะเบียน มีระบบการนัดหมายและระบบติดตามผู้เป็นเบาหวานอย่างต่อเนื่อง มีระบบกำจัดหรือส่งต่อไปกำจัดขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย และของมีคมที่ใช้งานแล้วโดยใส่ขวดไปฝากโรงพยาบาลกำจัด การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติฉุกเฉิน แนวทางแก้ไข นักโภชนาการ ให้คำปรึกษาในการกำหนดอาหาร แต่ยังไม่มีการกำหนดหลักสูตรเป็นลายลักษณ์อักษร การสาธิตอาหารและการเน้นย้ำพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่อย่างจริงจัง เครื่องตรวจและแถบตรวจน้ำตาลมีไม่เพียงพอ ซึ่งมี 1 เครื่องต่อ 1 หมู่บ้าน มีการประเมินภาวะโภชนาการค่าดัชนีมวลกาย แต่ยังไม่ได้นำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ รวมทั้ง จัด แจกยา เสร็จแล้วให้ผู้ป่วยกลับบ้านแต่ไม่ได้ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จึงนำไปสู่ขั้นปฏิบัติการโดยการตอบสอบถามก่อนเริ่มโครงการ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 18-30 ปี มีจำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.8 อายุ 31-40 ปี จำนวน 4 ราย ร้อยละ 3.3 อายุ 41-50 ปี จำนวน 17 ราย ร้อยละ 13.9 อายุ 51-60 ปี จำนวน 37 ราย ร้อยละ 30.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 63 ราย ร้อยละ 51.6 ไม่มีอาชีพ จำนวน 28 ราย ร้อยละ 23 อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 46 ราย ร้อยละ 37.7 รับราชการ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 4.9 พนักงาน จำนวน 26 ราย ร้อยละ 21.3 ค้าขาย จำนวน 10 ราย ร้อยละ 8.2 และอาชีพอื่นๆ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 4.9 ด้านรายได้ของผู้ป่วยเบาหวาน พอใช้ มีเงินเก็บออม จำนวน 34 ราย ร้อยละ 27.9 พอใช้ ไม่มีเงินเก็บออม จำนวน 69 ราย ร้อยละ 56.6 และไม่พอใช้ ไม่มีเงินเก็บออม จำนวน 19 ราย ร้อยละ 15.6 ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของ HbA1C เท่ากับ 8.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.74 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 6.5 ค่าสูงสุดเท่ากับ 14.1 ส่วน FBS มีค่าเฉลี่ย 146 mg% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 33.6 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 76 mg% และค่าสูงสุดเท่ากับ 277 mg% จึงสรุปประเด็นที่ได้คือ ค่าเฉลี่ย HbA1C > 6.5 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานโรคเบาหวานระยะสงบ ค่าเฉลี่ย HbA1C > 7 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดผลลัพธ์ค่าเฉลี่ย FBS > 130 mg% ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดผลลัพธ์และเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัว ผลคะแนนของแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน คะแนนระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) จำนวน 35 ราย ร้อยละ 28.7 คะแนนระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (13-15 คะแนน)

จำนวน 65 ราย ร้อยละ 53.3 และระดับคะแนนต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-12 คะแนน) จำนวน 22 ราย ร้อยละ 18 จึงดำเนินการทบทวนความรู้โรคเบาหวานโดยพยาบาล และมีนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหารแก่ผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลนำพาออกกำลังกาย และรับยากลับบ้าน หลังจากนั้นติดตามผล เข้าสู่ขั้นการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของ FBS 145 mg% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 39.1 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 77 mg% และค่าสูงสุดเท่ากับ 312 mg% ไม่มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน และขั้นการสะท้อนกลับ ผลของค่าระดับน้ำตาลที่ยังอยู่ระดับสูง และมีบางรายที่มีค่า FBS เพิ่มสูงขึ้นจึงนำไปสู่การเพิ่มเติมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะวงรอบที่ 2 ขั้นตอนการวางแผนจากการวิเคราะห์ผลลัพธ์วงจรพัฒนาระยะวงรอบที่ 1 พบประเด็นปัญหาคือ 1) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย FBS ลดลง จาก 146 mg% เหลือ 144 mg% แต่ยังมากกว่า 130 mg% เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน 2) เมื่อพิจารณาค่าสูงสุดของ FBS ก่อนดำเนินโครงการเท่ากับ 277 mg% แต่ภายหลังดำเนินโครงการ มีค่าเท่ากับ 312 mg% แสดงว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3) จากการสอบถาม สาเหตุที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เพิ่มสูงขึ้นพบว่า 1) ร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ 2) มีผลไม้ตามฤดูกาล เป็นสิ่งล่อตาล่อใจ 3) บางครั้งมีปัญหาความเครียด ทำให้นอนไม่หลับ ผู้วิจัยจึงวางแผนกิจกรรมเพิ่มเติมโดยกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เรียกว่า “PPS DM remission Model” ซึ่งประกอบด้วย1) ขั้นตอนการดูแลและหลักพื้นฐานในการดูแล เป็นการประเมินสภาวะทั่วไป การดูแลการให้คำปรึกษา 2) การตั้งเป้าหมาย แบบ SMART goal กำหนดคำมั่นสัญญาร่วมกันจะปฏิบัติตามคู่มือคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เป้าหมายค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินจนต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล 3) การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ โดยเน้นจุดสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและแนวทางในการจัดการปัญหา ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี 4) การปรับเปลี่ยนอาหาร การเลือกชนิดของอาหาร การปรับการบริโภค ให้ดื่มน้ำให้มากกว่า 2 ลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันการขาดน้ำ มีการสาธิตการกำหนดอาหาร การปรุงอาหาร การรับประทานอาหารร่วมกัน 5) การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย การเดินหลังอาหาร รวมถึงการทำสมาธิบำบัด 6) การติดตามผู้ป่วยและการปรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และสร้างเครื่องมือที่ใช้ประกอบกิจกรรม ได้แก่ โปสเตอร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและสมุดบันทึกการติดตามการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย นำสู่ขั้นตอนการปฏิบัติจริง นอกจากการกิจกรรมดูแลทั่วไปแล้ว มีกระบวนการกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน พยาบาล นักโภชนากร อสม. สร้างสัมพันธภาพที่ดีร่วมกัน สื่อสารสร้างแรงจูงใจ ให้คำแนะนำโปสเตอร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนะนำอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การใช้สมุดบันทึกการติดตามการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สาธิตเกี่ยวกับอาหาร การกำหนดอาหาร การปรุงอาหารและรับประทานอาหารที่ปรุงร่วมกัน พาออกกำลังกายโดยการเดินหลังรับประทานอาหาร และการทำสมาธิบำบัด ขั้นตอนการติดตามผล ในสัปดาห์ที่ 12 ตรวจค่าเฉลี่ยของ FBS เท่ากับ 144 mg% และค่าสูงสุดเท่ากับ 254 mg% ในสัปดาห์ที่ 16 ค่าเฉลี่ยของ FBS เท่ากับ 137 mg% และค่าสูงสุดเท่ากับ 262 mg% ค่าเฉลี่ย HbA1C เท่ากับ 8.14 ซึ่งลดลงจากก่อนดำเนินโครงการ

ภายหลังดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ผลคะแนนของแบบทดสอบวัดความรู้พบว่า ผลคะแนนของแบบทดสอบวัดความรู้ภายหลังดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ในสัปดาห์ที่ 16 พบว่า คะแนนระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) จำนวน 47 ราย ร้อยละ 39 คะแนนระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (13-15 คะแนน) จำนวน 60 ราย ร้อยละ 49 และระดับคะแนนต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-12 คะแนน) จำนวน 15 ราย ร้อยละ 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินโครงการฯ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน		Statistic	df	p
ก่อน	หลัง	22.4	121	<.001

Posttest>Pretest

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ค่าสถิติทดสอบ เท่ากับ 22.4 ที่องศาอิสระเท่ากับ 121 และ p เท่ากับ <.001 จึงสรุปได้ว่า หลังจากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นระยะเวลา 4 เดือน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ก่อนและภายหลังดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

ค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)		Statistic	df	p
ก่อน	หลัง	-2.20	121	.015

Note; หลัง < ก่อน

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ก่อนและภายหลังดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ค่าสถิติทดสอบเท่ากับ -2.20 ที่องศาอิสระเท่ากับ 121 และ p เท่ากับ .015 จึงสรุปได้ว่า หลังจากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นระยะเวลา 4 เดือน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ก่อนและภายหลังดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

ค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C)		Statistic	df	p
ก่อน	หลัง	-8.60	121	<.001

Note; หลัง < ก่อน

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ก่อนและภายหลังดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ค่าสถิติทดสอบเท่ากับ -8.60 ที่องศาอิสระเท่ากับ 121 และ p เท่ากับ <.001 จึงสรุปได้ว่า หลังจากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นระยะเวลา 4 เดือน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและการอภิปรายผล

ผู้วิจัยสรุปผลตามสมมติฐานการวิจัย ก่อนดำเนินโครงการผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลขณะอดอาหาร(FBS) เท่ากับ 146 mg% ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C)เท่ากับ 8.52 ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โดยใช้ “PPS DM remission model” ซึ่งประกอบด้วยหลัก 6 ประการ ได้แก่ 1) ขั้นตอนการดูแลและหลักพื้นฐานในการดูแล 2) การตั้งเป้าหมาย แบบ SMART goal 3) การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ 4) การปรับเปลี่ยนอาหาร 5) การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย 6) การติดตามผู้ป่วยและการปรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลขณะอดอาหาร เท่ากับ 137 mg% ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 8.14 ดังนั้นผลการวิจัยจึงเป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 3 ข้อ คือ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ทำให้คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ทำให้ระดับค่าเฉลี่ย HbA1C ของกลุ่มตัวอย่างลดลง 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ทำให้ระดับค่าเฉลี่ย FBS ของกลุ่มตัวอย่างลดลง จากผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรรณวลี บุญค้ำชู[11] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ การศึกษา และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับนิคม แก้วน้ำอ่าง[12] พบว่า การได้รับคำแนะนำและการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) สอดคล้องกับพันธวี คำสาว, วลัยภรณ์ กุลวงค์และบุญยัง ขันทะหัด[13] พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 2) นำครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมในกิจกรรม 3) ให้คำแนะนำผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ 4) การใช้นวัตกรรมกราฟน้ำตาลที่ดูผ่านโทรศัพท์ได้และการติดตามก่อนวันนัดผ่าน Line notify และโทรศัพท์ 5) การปรับแผนการรักษาโดยแพทย์ 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับ Daniel J. Cox, etc. (2013)[14] พบว่าวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารให้พลังงานต่ำ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการออกกำลังกายแบบแรงต้าน และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Girija Kumari, etc. [15] พบว่า การยึดมั่นที่ดีต่อความ

สมดุลการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติสมาธิเพื่อจัดการกับความเครียด มีผลต่อการลดลงของน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรใช้ระยะเวลาศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน

2. นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกสมุดบันทึกการติดตามการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย มาศึกษาและจัดกิจกรรมสอดคล้องเป็นรายบุคคล

3. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นเบาหวานภายในระยะเวลา 5 ปี ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และไม่ต้องใช้ยา นำมาสร้างโมเดล เป็นตัวอย่างในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยรายอื่น

4. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต (AIOS) ซึ่งประกอบด้วย ด้านกิจกรรม (Activities) ความสนใจ (Interest) ความคิดเห็น (Opinion) เพื่อการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Diabetes [Internet]. 2023 [Cited 2024 March 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwqpSwBhClARIsADlZ_TkHxqm5tPiqWRCy7SRJWHXpyV3XT8x6AXo95qt8UQTpsFF_XEWUOY4aAuuSEALw_wcB#tab=tab_1

2.กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2567]; เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606.

3.สำนักงานสถิติจังหวัดหนองคาย. รายงานสถิติจังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2567]; เข้าถึงจาก: https://nongkhai.nso.go.th/

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานประจำปี 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2567]; เข้าถึงจาก: https://wwwnko2.moph.go.th/plan/Evaluation/Year_Report/YR_2565.pdf.

5. Taro Yamane. Statistic: An Introductory Analysis (2nd ed). New York: Harper & Row; 1970.

6. Bloom, Benjamin S., et al. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.

7. Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S.. Collection and interpreting qualitative materials (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008.

8. Kemmis, S. and McTaggart, R.. The Action Research Reader. Third edition. Deakin University Press: Victoria; 1988.

9. Shapiro, S.S. and Wilk, M.B.. An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples) Biometrika [Internet]. 1965; 52: 591-611 [Cited 2024 March 20]. Available from: https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591.

10.พูนพงษ์ สุขสว่าง. one-sample t-test [วิดีโอ]. 1 กุมภาพันธ์ 2567 [สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.youtube.com/watch?v=-AhhF6UgmvQ.

11. วรรณวลี บุญค้ำชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองผักบุ้ง ตำบลกลางดง อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย[อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2567]; เข้าถึงจาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004-02-0000001174-0000001196.pdf.
12. นิคม แก้วน้ำอ่าง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงอำเภอทอง แสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2567]; เข้าถึงจาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001045-0000001058.pdf.
13. พันธวี คำสาว, วลัยภรณ์ กุลวงค์และบุญยัง ขันทะหัด. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร 2566; 26(2): 14-27.
14. Daniel J. Cox, etc.. Impact of Behavioral Interventions in the Management of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. Clinical phytoscienece. [Internet]. 2013 [Cited 2024 March 11]. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s11892-013-0423-7.
15. Girija Kumari, etc.. Effectiveness of Lifestyle Modification Counseling on Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Current Research in Nutrition and Food Science. 2018; 6(1): 70-82.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย : กรณีศึกษา

Nursing care of the patient Suboccipital craniotomy removal Vestibular schwannoma : A case study

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 17,2024 ; Accepted: August 18,2024)

จันทนา คูณสวัสดิ์[1]
Jantana Khoonsawad [1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 60 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มาด้วยอาการสำคัญ มุมปากข้างซ้ายตก พูดไม่ชัด เดินเซ แพทย์ได้ทำผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกเส้นประสาทหูออก จากการศึกษาพบว่า ปัญหาในระยะเยี่ยมก่อนผ่าตัด คือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เสี่ยงต่อการถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัด ในระยะผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในโพรงสมอง เสี่ยงต่อเกิดการบาดเจ็บของเนื้อสมองและเส้นประสาทสมองใกล้เคียงกับบริเวณผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทหรุดลง โดยไม่รู้สึกตัว แขนขา ข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 ไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ หลังจากได้รับการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขา ข้างซ้ายขยับได้ในแนวราบ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 2 ถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ หายใจได้เอง โดยไม่ต้องให้ออกซิเจนบำบัด ผลการประเมินความสามารถทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง แพทย์จึงส่งกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

คำสำคัญ: โรคเนื้องอกเส้นประสาทหู, การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problem and nursing care of patient with Suboccipital craniotomy removal Vestibular schwannoma. This patient is a 60-year-old female with a history illness of type 2 Diabetes mellitus, Hypertension, and Dyslipidemia. The patient came with the chief complaint of left facial palsy, dysarthria, and ataxia so the Neurologist performed surgery to remove Vestibular schwannoma**.** This study found that an important problem each period namely the visit preoperative period reduces the risk of falls, the risk of having surgery canceled or postponed surgery, the operative period includes complications such as intraventricular hemorrhage, a risk of injury to the brain tissue and cranial nerve in the surgery area, the postoperative period is the patient deteriorating neurological symptoms included unconsciousness, left-side weakness motor power grade 0, can't breathe by myself had to be an endotracheal tube with the ventilator. After receiving treatment and nursing care with rehabilitation the patient is well conscious and the left arm and leg can move horizontally moter power grade 2, able to successfully wean the ventilator, and can breathe on its own without oxygen therapy. The results of the Activity Daily Living assessment were moderately dependent. The doctor then refers to for further a nearby community hospital.

Keywords: Vestibular schwannoma disease, Suboccipital craniotomy removal operation

บทนำ

โรคเนื้องอกเส้นประสาทหู (Vestibular Schwannoma) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง[1] พบได้ประมาณ 1 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 40-60 ปี คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 8 - 10 ของเนื้องอกในกะโหลกศีรษะทั้งหมด[2]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ซึ่งเกิดอยู่บนเส้นประสาทสมองคู่ ที่ 8 (Vestibulocochlear nerve หรือ Acoustic nerve) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบริเวณ Cochlear nerve ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน และส่วน Vestibular nerve ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว[3] ดังนั้นเมื่อเกิดเนื้องอกบริเวณนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเสียงดังในหู ความสามารถการได้ยินลดลง การทรงตัวไม่ดี เดินเซ เมื่อก้อนเนื้องอกขยายใหญ่ขึ้น ทำให้ปริมาตรของเนื้อสมองเพิ่มขึ้น และเกิดการอุดตันทางออกของน้ำไขสันหลัง ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง นอกจากนี้ก้อนเนื้องอกอาจไปกดเบียดสมองและเส้นประสาทหรือโครงสร้างที่อยู่ใกล้ๆ ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10, 11 และ brainstem, pons, cerebellar peduncle, ventricle และทางออกของ CSF[2,3,4] หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพและเสียชีวิตได้[4] การรักษาเนื้องอกเส้นประสาทหู มี 3 วิธีหลัก คือ เฝ้าสังเกตอาการ การผ่าตัด และรังสีรักษา โดยส่วนใหญ่ประสาทศัลยแพทย์มักจะเลือกวิธีผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เนื่องจากผู้ป่วยจะพบแพทย์เมื่อมีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่แล้ว การรักษาด้วยวิธีอื่นอาจไม่ประสบผลสำเร็จ[2] ระหว่างหรือหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น ภาวะอัมพาตใบหน้า น้ำไขสันหลังรั่ว ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง สูญเสียการได้ยิน สูญเสียการทรงตัว การมองเห็น และติดเชื้อของแผลหลังผ่าตัด โรคหลอดเลือดสมอง ชัก[5] โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีหลายปัจจัยทั้งป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ เช่น ขนาดและตำแหน่งของเนื้องอก ความยากง่ายของการผ่าตัด เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทใกล้เคียง มีเลือดตกค้างในช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางกับชั้นในหรือมีภาวะสมองบวมระหว่างผ่าตัด[2]

จากข้อมูลของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มารับบริการผ่าตัด จำนวน 41 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทั้งหมด[6] การรักษาโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่พบ คือ วิธีผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย ถึงแม้จะพบจำนวนผู้ป่วยน้อย แต่การผ่าตัดเป็นวิธีที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องเฝ้าระวังการบาดเจ็บของเนื้อสมอง และเส้นประสาทสมองบริเวณใกล้เคียง ในระหว่างผ่าตัด รวมทั้งการผ่าตัดใช้เวลานาน และมีการจัดท่าผ่าตัดในท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ และท่านั่ง ซึ่งเป็นท่าผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก และมีความเสี่ยงสูงต่อเกิดการกดทับเนื้อเยื่อและเส้นประสาท จากความยุ่งยากซับซ้อนของการผ่าตัด ทำให้ต้อง ประเมินความเสี่ยง คาดการณ์ วิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลง อาการผิดปกติของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด หลังผ่าตัด เพื่อวางแผนช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ผู้ศึกษาได้เห็นถึงความสำคัญ จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย ที่เข้าเกณฑ์การรักษา
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยและการพยาบาลผู้ป่วย
3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย จากผู้ป่วย ญาติ และการสังเกต
4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล

5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ด้วยอาการ 9 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มุมปากข้างซ้ายตก พูดไม่ชัด เดินเซ เวียนศีรษะ แพทย์ศัลยกรรมประสาทได้ส่งทำ MRI และวินิจฉัยโรคเป็น left Jugular foramen schwannoma วางแผนทำผ่าตัด Left retro sigmoid craniotomy with tumor removal and external ventricular drain (EVD) under GA ในระหว่างการผ่าตัดพบก้อนเนื้องอกบริเวณเส้นประสาทสมองที่ 7 และ 8 ขยายไปกดเบียดเส้นประสาทสมองที่ 9 และ 10 และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัดโดยมีเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) แพทย์ได้หยุดเลือด และผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ชนิดภายนอก (External ventricular drainage; EVD) และให้การวินิจฉัยโรคภายหลังผ่าตัดเป็น Vestibular Schwannoma ทำการผ่าตัด Left suboccipital craniotomy with tumor removal with duraplasty with plates and screws fixation, external ventricular drain at right frontal ventriculostomy จากการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 1 -3 วันแรกพบ ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาททรุดลงจากก่อนผ่าตัด โดยผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS = 8T - 9T ($E_3V_TM_6$) มุมปากข้างซ้ายตกคงเดิม แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่เคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 แขน ขา ข้างขวา เคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 หายใจเองไม่ได้ มีอาการชักกล้ามเนื้อกระตุก ระดับความดันในกะโหลกในศีรษะ ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดสูง ผล CT Brain ซ้ำ พบ intracerebral hemorrhage with perilesional edema at right frontal lobe ระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการ on ET Tube with ventilator ไว้ Nicardipine 1:5 Ⓥ drip keep SBP≤ 140 mmHg , Dilantin 1,000 mg Ⓥ drip x 1 dose และ Dilantin 100 mg Ⓥ drip q 8 hr , Keppra 750 mg Ⓥ drip q 12 hr, 50% $MgSO_4$ 4 mg + 5%D/W 100 ml Ⓥ drip x 2 day, Glycerol 500 ml Ⓥ drip x 3 วัน, Regular insulin ตาม sliding scale หลังจากนั้นความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ไม่มีอาการชัก ระดับแมกนีเซียมในเลือดปกติ ต่อมามีปัญหาติดเชื้อทางเดินหายใจ ดูแลให้ Fortum 1 gm Ⓥ q 8 hr ตามแผนการรักษา อาการดีขึ้น พยายามหย่าเครื่องช่วยหายใจแต่ไม่สำเร็จ แพทย์จึงพิจารณา ทำ Tracheostomy และหย่าเครื่องช่วยหายใจอีกจนสำเร็จ ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่ต้องใช้ออกซิเจนบำบัด ส่วนปัญหาด้านร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากนักกายภาพบำบัด อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งแขน ขาข้างซ้ายเคลื่อนไหวได้แนวราบ กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ADL เท่ากับ 9 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง แพทย์จึงส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เพื่อฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่อง รวมระยะเวลารักษาอยู่โรงพยาบาล 42 วัน

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากการทรงตัวไม่ดี **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ และเดินเซ	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการเวียนศีรษะ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลต่อการทรงตัวผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม วิธีการป้องกันและเฝ้าระวัง 3. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ จัดโต๊ะข้างเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย มีแสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะบริเวณเตียง ทางเดินห้องน้ำ และพื้นทางเดิน พื้นห้องน้ำแห้ง ปรับระดับเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุด ยกราวกั้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	เตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้งเมื่อกระทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ กับผู้ป่วยเสร็จสิ้น ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ 4. แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนท่าทางหรือลุกช้าๆ เดินอย่างระมัดระวังและสวมรองเท้าที่ไม่ลื่น มีญาติช่วยพยุงเดินและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 5. ดูแลติดเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์การพลัดตกหกล้มที่เตียงเพื่อระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง และสื่อสารในทีมการดูแลและญาติให้เฝ้าระวังผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 6. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง โดยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องล็อคเปลนอนให้เรียบร้อย ใช้บุคลากรในการเคลื่อนย้ายอย่างน้อย 2 คน **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ไม่มีรอยฟกช้ำ หรือบาดแผลตามร่างกาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อมในการทำผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. การทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ดังนั้นก่อนผ่าตัดจึงต้องเตรียมสภาพร่างกายให้พร้อมก่อนรับการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด มีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้ม บอกว่า รู้สึกกลัวเพราะต้องผ่าตัดสมอง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีโอกาสพิการ หรือเสียชีวิตได้**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันผู้ป่วยถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อม	1. การพยาบาลระยะเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน ปฏิบัติ ดังนี้ 1.1 ศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดที่จะได้รับ รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล การตรวจประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทางรังสีวิทยา การตรวจพิเศษต่างๆ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คำสั่งของแพทย์ในการเตรียมผ่าตัด เพื่อวางแผนให้การพยาบาลในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด พร้อมตรวจสอบเอกสารแสดงความยินยอมผ่าตัด 1.2 ทักทายผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 1.3 สอบถามเรื่องประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา ตรวจร่างกายผู้ป่วยทั่วไป ประเมินความวิตกกังวลจาก สีหน้า ท่าทาง และคำบอกเล่า 1.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา และตอบข้อซักถามอย่างตรงประเด็น จนผู้ป่วยเข้าใจ 1.5 อธิบายการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความสะอาดร่างกาย การเตรียมผิวหนังบริเวณศีรษะ การงดน้ำ งดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ พร้อมชี้แจงเหตุผล 1.6 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อระบายจากแผลผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจ 1.7 ให้ข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด 1.8 ให้คำแนะนำ และฝึกทักษะผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ สอนวิธีบริหารกล้ามเนื้อขาและน่อง 2. การพยาบาลในห้องรอผ่าตัด 2.1 พูดทักทายผู้ป่วย กล่าวถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจำได้ และคุ้นเคย 2.2 ตรวจสอบเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค หัตถการที่ทำ ตำแหน่งที่ผ่าตัด จากการสอบถามผู้ป่วย และป้ายข้อมือ ให้ตรงกับใบ set ผ่าตัด และตามรายงานการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดข้าง 2.3 ตรวจสอบสิ่งที่ต้องนำมากับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยให้ครบถ้วน ได้แก่ ผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจพิเศษต่างๆ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยา สารน้ำและเวชภัณฑ์ต่างๆ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.4 สอบถามความพร้อมของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหารทางปากอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ 2.5 ตรวจสอบสิ่งที่ไม่ควรติดมากับผู้ป่วย เช่น ของมีค่าต่าง ๆ ฟันปลอม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2.6 ตรวจสอบการลงนามยินยอมผ่าตัด 2.7 ตรวจสอบการจองเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดด้านร่างกาย การระบุถูกต้อง ได้รับการเตรียมด้านร่างกายครบถ้วน เช่น โกนผมที่ศีรษะ งดน้ำ งดอาหารประมาณ 8^{+} ชั่วโมง คาสายสวนปัสสาวะ ให้ 0.9 % NSS 1,000 ml Ⓥ drip มีการเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัด จอง PRC 6 unit และ FFP 500 ml เตรียมยา และสารน้ำสำหรับใช้กับผู้ป่วยในห้องผ่าตัดครบถ้วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีภาวะซีดเล็กน้อย EKG 12 lead มี sinus tachycardia, LAD, ICRBBB ได้รับการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมแล้ว พิจารณาว่าสามารถผ่าตัดได้ ด้านจิตใจผู้ป่วยบอกว่ามีความวิตกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ได้รับการส่งเข้าผ่าตัดตามวันเวลาที่แพทย์กำหนด
ระยะผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดชนิด ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ห้องผ่าตัดมีผู้ป่วยที่รอการทำผ่าตัดหลายคนในช่วงเวลาเดียวกัน โดยมีตำแหน่ง ชนิดการผ่าตัดที่แตกต่างกัน 2. ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร พูดไม่ชัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดชนิด ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	1. แรกรับผู้ป่วยเข้าห้องรอผ่าตัดตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย โดยยืนยันชื่อ สกุล อายุกับเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ป้ายข้อมือผู้ป่วย ตรวจสอบความ ถูกต้องของเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด (Mark site) 2. ในห้องผ่าตัดก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทำ sign in ร่วมกับทีมวิสัญญี ยืนยันความถูกต้องชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ตรวจสอบและยืนยันความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด 3. ก่อนลงมีดทำ time out ร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ ทีมวิสัญญี ศัลยแพทย์ เพื่อยืนยันความถูกต้อง การเข้าผ่าตัดถูกห้อง ชื่อ -นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด 4. ก่อนสิ้นสุดการผ่าตัดทำ sign out ร่วมกับทีมผ่าตัด เพื่อยืนยันความถูกต้องของชนิดการผ่าตัด สิ่งส่งตรวจ ยืนยันความครบถ้วนของเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ของมีคม **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับบริการผ่าตัด ถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกชนิด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในโพรงสมองเนื่องจากเส้นเลือดในสมองได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดและความดันโลหิตสูง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเพื่อเอาเนื้องอกบริเวณเส้นประสาทหูออก โดยบริเวณดังกล่าวมีเส้นเลือดขนาดเล็กหลายเส้น ซึ่งเมื่อเกิดการฉีกขาดอาจมีเลือดไหลเข้าไปในโพรงสมองได้ 2. ระหว่างทำผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูง BP = 186/104 mmHg ทำให้เส้นเลือดในโพรงสมองแตก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันอันตรายจากการมีเลือดออกในโพรงสมอง	1. ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 2. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลดูแลให้ยาและสารน้ำ ดังนี้ 2.1 Labectalol 5 mg Ⓥ x 3 dose สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ การเต้นของหัวใจช้าหรือเร็ว เพื่อควบคุมระดับ ความดันโลหิต ≤ 140/90 mmHg 2.2 Keppa 1,000 mg Ⓥ drip, Dilantin 100 mg Ⓥ เพื่อป้องกันการชักซึ่งจะส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2.3 Transamine 1 gm Ⓥ เพื่อยับยั้งการสลายตัวของไฟบริน ส่งผลให้เลือด ที่ออกหยุด 2.4 Dexamethasone 100 mg Ⓥ เพื่อลดการอักเสบการบวมของเนื้อสมองจากการได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด 2.5 20% Mannitol 300 ml Ⓥ drip เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ติดตามผลข้างเคียง ได้แก่การเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 3. เตรียมและส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ให้ศัลยแพทย์ใช้ในการหยุดเลือดที่ออก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. เตรียมและส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ให้ศัลยแพทย์ใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกโพรงสมอง (External ventricular drainage; EVD) บริเวณ right frontal horn ventricle 5. ดูแลให้ EVD ให้เป็นระบบปิด ตรวจสอบข้อต่อต่างๆ ให้แน่น วางชุดสาย ถุง EVD ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง สังเกตและบันทึกลักษณะ content ที่ออกจาก EVD รักษาความปราศจากเชื้อของสาย EVD ตลอดการผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับยา Labectalol Ⓥ BP ลดลงอยู่ในช่วง 140/100 mmHg, PR = 70 beat/min หลังผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว แขน ขาข้างขวาขยับได้ในแนวราบ แขน ขาแขนซ้ายไม่เคลื่อนไหว ไม่มีอาเจียน หายใจเองได้สม่ำเสมอแต่ไม่เพียงพอ ใส่ ET Tube with ventilator
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ส่วนลึก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Park bench Position) 2. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด	1. ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีตลอดการผ่าตัด 2. ใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะ (Intermittent pneumatic compression) ที่ขาทั้ง 2 ข้าง และดูแลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (DVT) หากผิดปกติรายงานแพทย์ทันที และส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ดังนี้ 3.1 อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (DVT) ได้แก่ กระดกข้อเท้าแล้วปวด หรือกดเจ็บ ขาบวมหรือสีคล้ำ
(Pulmonary embolism, PE) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (Deep vein thrombosis; DVT)	กว่าปกติ มองเห็นหลอดเลือดดำที่ผิวหนังชัดเจน 3.2 อาการและอาการแสดงของภาวะ PE ได้แก่ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ฟังปอดอาจได้ยินเสียงวี๊ด อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด กระสับกระส่าย สีผิวเขียวคล้ำ ระดับความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น **ประเมินผลการพยาบาล** หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว สัญญาณชีพ BP= 140/60 mmHg , PR = 78 beat/min, O_2 sat = 100 % ยังไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ on ET Tube with ventilator ไว้ ขาข้างใดข้างหนึ่งไม่บวมหรือมีสีคล้ำ ไม่มีหลอดเลือดเป็นลำแข็ง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่าผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี General Anesthesia และไม่รู้สึกตัวเป็นเวลานานประมาณ 9 ชั่วโมง 45 นาที 2. ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Park bench Position) ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดท่าผ่าตัด	1. ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วย รูปร่าง และขนาดของผู้ป่วย เพื่อเตรียมอุปกรณ์ในการจัดท่าให้เหมาะสมและเพียงพอ 2. ตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์ในการจัดท่าให้พร้อมใช้งานก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อความปลอดภัย 3. ดูแลป้ายตาผู้ป่วยด้วย chloramphenicol eye ointment คลุมกระจกตา เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่กระจกตา ปิดทับด้วยก๊อส เพื่อป้องกัน corneal abrasion และน้ำยาฆ่าเชื้อเข้าตา 4. ทีมผ่าตัดร่วมกันจัดท่าผู้ป่วยผ่าตัดอย่างน้อย 4 - 5 คน ด้วยความนุ่มนวลและระมัดระวัง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย 5. วาง reston jelly แท่งไว้ใต้รักแร้ของผู้ป่วย และยึดให้แน่น หมอนรองบริเวณข้อศอกใต้ข้อเข่าและข้อเท้า ที่อยู่ด้านล่าง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6. ใส่อุปกรณ์พยุงแขน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท ulnar อุปกรณ์พยุงตัวผู้ป่วยบริเวณหน้าอก สะโพกก้น และหลัง ตามลำดับ เพื่อป้องกันผู้ป่วยลื่นไถลและพลัดตกเตียง 7. ดูแลช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการยึดตรึงหมุด (Skull pin) ที่ศีรษะผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่สามารถเข้าถึงพยาธิสภาพของโรคได้ง่าย ตรวจสอบการล็อคของข้อต่อต่างๆให้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	แน่นครบถ้วน เพื่อป้องกันอันตรายจากการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์และศีรษะผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด 8. ใช้หมอนใบเล็กรองบริเวณใต้ข้อเข่าและข้อเท้า เพื่อไม่ให้กดกับเตียงผ่าตัด ลดการกดทับ เส้นประสาท common perineal และหมอนรองขา 2 ใบ สอดระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อลดการกดทับไปที่ขาด้านล่าง 9. ตรวจสอบ ประเมินสภาพผิวหนัง ปุ่มกระดูก บริเวณที่ถูกกดทับ บริเวณที่ใส่หมุดยึดศีรษะระหว่างการทำผ่าตัดเป็นระยะๆ และเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล** ผิวหนัง ปุ่มกระดูกต่างๆ บริเวณที่ถูกกดทับไม่มีรอยแดง หรือแผล ไม่มีการฉีกขาดของหนังศีรษะจากหมุดยึดศีรษะ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกใช้เวลานาน สูญเสียเลือด และอุณหภูมิในห้องผ่าตัดเย็น **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกวิธีดมยาสลบ และทำผ่าตัดนาน 9 ชั่วโมง 45 นาที เสียเลือด 100 ml และ อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 20 °C **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	1. ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Bair Hugger) 2. อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำก่อนให้ผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด 3. ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 22.0 - 24.0 °C 4. สังเกตและประเมินอุณหภูมิกาย (Core temperature) ตลอดการผ่าตัด และลงบันทึกทุก 10 นาที 5. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของอุณหภูมิกายต่ำ ได้แก่ หนาวสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเลือดแข็งตัวยาก 6. เปิดเผยร่างกายในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดให้น้อยที่สุด **ประเมินผลการพยาบาล** ตลอดการผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.2 – 36.8 °C ไม่มีภาวะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ EKG show normal sinus rhythm และไม่มีอาการหนาวสั่น (Shivering)
ระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS = 2T ($E_1V_TM_1$) ไม่สามารถหายใจเองได้อย่างเพียงพอ spontaneous tidal volume =100 ml on ET Tube with ventilator แผลผ่าตัด on Jackson drain 1 สาย และ on EVD **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด	1. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลตรวจสอบท่อช่วยหายใจ ท่อระบาย Jackson drain, EVD, NG tube, Foley's cath, IV Fluid และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ยึดตรึงแน่น ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดมายังเปลนอน 2. ตรวจสอบแผลผ่าตัด ดูแลทำความสะอาดก่อนเคลื่อนย้าย 3. ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย 4. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม **ประเมินผลการพยาบาล** สภาพผู้ป่วยและอาการระหว่างการเคลื่อนย้ายไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม BP อยู่ในช่วง 140/80 – 170/86 mmHg, PR = 70 beat/min, RR = 16 beat/min (Ambu bag) O_2 sat = 98 - 99% สายและท่ออุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่ติดตัวผู้ป่วยไม่เลื่อนหลุด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากระดับความรู้สึกลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธี General Anesthesia with ET tube ในระยะผ่าตัด หลังผ่าตัดเสร็จไม่ได้รับยาฟื้นจากยาสลบ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS = 2T($E_1V_TM_1$) แขน ขาทั้ง 2 ข้างไม่เคลื่อนไหว ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ	1. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว 2. สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง O_2 sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที 3. ดูแลให้ on ventilator setting P-CMV mode, IP 15 cmH_2O, F_iO_2 0.4, RR 16 beat/min, PEEP 5 cmH_2O ตามแผนการรักษา 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง หากมีเสมหะประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อดูดเสมหะ
Spontaneous tidal volume 100 ml on ET Tube with ventilator	**ประเมินผลการพยาบาล** จากการเยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้ตัว เรียก ลืมตามอง ทำตามคำสั่งได้ GCS = 9T ($E_3V_TM_6$) หายใจได้เองตื้นๆ วัดSpontaneous tidal volume ได้ 150 - 200 ml on ET Tube with ventilator setting เดิม หายใจสัมพันธ์กับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	เครื่องช่วยหายใจ O_2 sat 98 - 100% ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่ซีด เสมหะมีพอควร สีขาวขุ่น ไม่เหนียว ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาท ในทางที่ทรุดลงเนื่องจากมีเลือดออกในสมองสมองบวมและมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย เพื่อนำเนื้องอกเส้นประสาทหูออก และก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ จึงเกิดการบาดเจ็บของเนื้อสมองบริเวณกว้าง รวมทั้งเส้นเลือด ทำให้เกิดการฉีกขาด มีเลือดออกในสมอง การเกิดการอักเสบและสมองบวม 2. คะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS = 8T ($E_2V_TM_6$) แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 มีอาการชัก กระตุกบริเวณใบหน้าและแขนข้างขวา 3. ICP สูงกว่าค่าปกติ = 23 mmHg 4. ผล CT brain ซ้ำ พบ intracerebral hemorrhage with perilesional edema at right frontal lobe **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอาการทางระบบประสาททรุดลงมากขึ้น	1. ติดตามสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท สังเกตระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของแขนขา รวมทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา 2. สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (intracranial pressure, ICP) อาการแสดงระยะแรก ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ตามัว ชัก อาการระยะหลัง ได้แก่ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ชีพจรช้าลง (Cushing's reflex) กระวนกระวาย ซึมลงหรือหมดสติ หายใจไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดหายใจ ม่านตาขยาย แขนขางอเกร็ง/เหยียดเกร็งแบบผิดปกติ หากพบความผิดปกติแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้รายงานแพทย์ทันที 3. ประเมินค่าความดันโลหิตจากมอนิเตอร์ ไม่ควรเกิน 20 เปอร์เซ็นต์ ของค่าปกติ คือ SBP (Systolic blood pressure) $\leq$ 140 mmHg 4. จัดท่านอน ให้นอนศีรษะสูง 30องศา เพื่อเพิ่มการไหลกลับของหลอดเลือดดำ จากศีรษะเข้าสู่หัวใจได้ดี ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยพับ เอียงศีรษะมากเกินไป เพื่อป้องกันการอุดกั้นการไหลกลับของเลือดดำบริเวณคอ 5. ดูแลให้ on ventilator setting P-CMV mode, IP 15 cmH_2O, F_iO_2 0.4, RR 16 beat/min, PEEP 5 cmH_2O ตามแผนการรักษา เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 6. ดูแลให้ได้รับยา Nicardipine 1:5 Ⓥ drip keep SBP≤140 mmHg, Dilantin 1,000 mg Ⓥ drip x 1 dose และ Dilantin 100 mg Ⓥ drip q 8 hr, Keppra 750 mg Ⓥ drip q 12 hr 7. ดูแลให้ได้รับ Glycerol 500 ml Ⓥ drip x 3 วัน 8. ติดตามผล CT brain และค่า ICP **ประเมินผลการพยาบาล** หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เรียกลืมตา GCS = 9T ($E_3V_TM_6$) แขน ขาข้างซ้ายเคลื่อนไหวได้แนวราบ กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 2 แขน ขา ข้างขวาเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 ไม่มีอาการชัก กล้ามเนื้อกระตุก BP อยู่ในช่วง 136/86 - 148/95 mmHg, PR = 76 - 80 beat/min, RR = 16 beat/min (ventilator) O_2 sat = 98 - 99% ICP ปกติ = 6 - 7 mmHg

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้หลังทำผ่าตัด Left suboccipital craniotomy with tumor removal ขณะผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีเลือดออกในโพรงสมอง หลังผ่าตัดมีอาการทางระบบประสาททรุดลงจากเดิม โดยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง ซึ่งในการผ่าตัด suboccipital craniotomy with tumor removal ครั้งนี้ ตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดได้มีการคาดการณ์ปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะผ่าตัด ได้แก่ Cerebrospinal fluid leak, Intracranial hemorrhage, Brain edema , Hydrocephalus อันจะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังผ่าตัด ตามมา[7,8] โดยให้การดูแล สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา ตามความต้องการของแพทย์ แต่อาจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้หลังผ่าตัดอาการผู้ป่วยทรุดลง เช่น ก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ตำแหน่งของก้อนเนื้องอกอยู่ใกล้โครงสร้างสมองส่วนสำคัญ ได้แก่ cerebella, mid brain, pons, ventricle รวมทั้งอยู่ใกล้เส้นประสาทสมองหลายเส้น ทำให้การผ่าตัดทำได้ยาก แพทย์ต้องเลาะก้อนเนื้องอกที่เส้นประสาทสมองที่ 8 ที่เป็นต้นเหตุก้อนเนื้องอกที่

ขยายไปอยู่บนเส้นประสาทสมองที่ 7 และก้อนเนื้องอกที่ไปกดเบียดเส้นประสาทสมองที่ 9 และ 10 ทำให้เนื้อสมองและเส้นเลือดได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด และเกิดเลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวมเป็นบริเวณกว้าง ทำให้ระดับความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีระดับความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เส้นเลือดขนาดเล็กในสมองแตก และมีเลือดออกไหลลงสู่ ventricle ได้

ข้อเสนอแนะ

1. แพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเพื่อนำเนื้องอกออกจากเส้นประสาทหู และควรตรวจสอบความเข้าใจภายหลังการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา และมีความเข้าใจเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

2. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเพื่อนำเนื้องอกออกจากเส้นประสาทหู ควรมีเครื่องติดตามการทำงานของระบบประสาทขณะผ่าตัด เพื่อตรวจประเมินความผิดปกติและรักษาประสิทธิภาพของระบบประสาทสั่งการขณะผ่าตัดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. แพรวพิชชา ลาภสมสิทธิ์, จิดาภา วัจนะรัตน์, ปฏิมากร ทิพวรรณ, ธีรวัฒน์ พิพัฒนกุลชัย และณภัทร วัชรอาภา. Vestibular schwannoma [อินเตอร์เน็ต]. 2564 สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก:https://www.med.tu.ac.th/department/surgery/wp content/uploads/sites/3/2022/04/ Vestibular-schwannoma-Ver-edit.pdf
2. วชิราภรณ์ แก้วมาตย์. คู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยในระยะผ่าตัด. [อินเตอร์เน็ต] 2563 [สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/776/
3. Greene J., Al-Dhahir MA. Acoustic Neuroma. [Internet]. 2023 [cited 2024 April 13]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470177/
4. Ahmed S. Acoustic Neuroma (Vestibular Schwannoma) [Internet]. 2220 [cited 2024 April 13]. Available from: https://geekymedics.com/acoustic-neuroma-vestibular-schwannoma/
5. Goshtasbi K., Abouzari M., Moshtaghi O., Maducdoc M., Brandon M., Lehrich BM., ... Djalilian HR. Risk Recall of Complications Associated with Vestibular Schwannoma Treatment. Otolaryngol Head Neck Surg 2019; 161(2): 330 – 335.
6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564, 2565, 2566 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7.William H., Slattery, Francis S., House KC. Perioperative Morbidity of Acoustic Neuroma Surgery. Otology & Neurotology 2001; 22(6).
8. Carlson, Matthew L. et al. Avoidance and Management of Vascular Complications During Vestibular Schwannoma Surgery [Internet]. 2019 [cited 2024 April 10]. Available from: https://www.thieme-connect.de/products/ebooks/lookinside/10.1055/b-0039-169199

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567

Evaluation of the strategic health development plan of the Trang Provincial Public Health Office, fiscal year 2024.

(Received: August 17,2024 ; Revised: August 22,2024 ; Accepted: August 23,2024)

เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์[1]
Chalerm Katpongpun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังปีงบประมาณ 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้องด้านนโยบายและแผน ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 147 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การมีส่วนร่วม การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ตามกรอบ CIPP Model ข้อเสนอแนะ และผลผลิตของตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent Samples T-test, One-way ANOVA และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.54 การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง (Mean = 3.22, S.D.= 0.85) การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ตามกรอบ CIPP Model ระดับปานกลาง (Mean=3.45, S.D.=0.47) ผลผลิตตัวชี้วัดระดับต้องปรับปรุง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 44.44 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน อายุราชการ ประสบการณ์ด้านการจัดทำแผน และช่องทางการรับรู้นโยบายและแผนกับการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้น ประวัติการฝึกอบรมด้านนโยบายและแผน มีความแตกต่างกัน (t=3.556, p – value =0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับแผนยุทธศาสตร์ฯ (r=-0.090, p-value=0.276) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีส่วนร่วมของบุคลากรฯมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับแผนยุทธศาสตร์ฯในระดับต่ำ (r = 0.435, p-value =0.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์, การประเมิน CIPP Model

Abstract

This study was survey research aimed to study the evaluation of the health development strategic plan of the Trang Provincial Public Health Office, fiscal year 2024.. The sample group is 147 personnel working or involved in policy and planning in the fiscal year 2024. The research tool is an online questionnaire consisting of 6 parts: personal factors, knowledge, participation. Evaluation of strategic plans according to the CIPP Model framework, output of indicators and recommendations for driving the strategic health development plan of the Trang Provincial Public Health Office, fiscal year 2024. Data was analyzed using ready-made computer programs. Statistics Used include frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent Samples T-test, One-way ANOVA, and Pearson's Correlation Coefficient.

The results of the research found that the majority had a moderate level of knowledge, 60.54 percent, a moderate level of participation (Mean = 3.22, S.D.= 0.85), a moderate level of strategic plan evaluation according to the CIPP Model framework (Mean=3.45, S.D.=0.47). Productivity level indicators must be improved 44.44% passed the criteria. The results of the analysis of differences in personal factors include gender, age, education level, job position, work agency, length of service, experience in planning planning. and channels for acknowledging policies and plans and driving strategic plans, it was found that there were no differences. Except for the history of training in policy and planning. There is a difference (t=3.556, p-value =0.001) with statistical significance at the 0.05 level.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

The results of the correlation analysis found that knowledge was not related to the strategic plan (r=-0.090,p-value=0.276) with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: Strategic plan evaluation, CIPP Model evaluation

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักด้านการดูแลและพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร กระทรวงสาธารณสุข มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแหงชาติ ฉบับที่ 13 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs) และสอดคล้องกับสภาพปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในสถานการณ์ปัจจุบันแผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้กรอบการดำเนินงาน 14 แผนงาน 35 โครงการ 54 ตัวชี้วัด ซึ่งได้กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด มาตรการและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน[1]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เป็นหน่วยงานราชการในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ การกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามกฎหมาย มีหน่วยงานในสังกัดประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 125 แห่ง ปีงบประมาณ 2567 ได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดตรัง ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดี บริการมีคุณภาพ ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence) ประกอบด้วย 6 แผนงาน 20 โครงการ 45 ตัวชี้วัด[2] ซึ่งได้ประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ และได้จัดทำข้อตกลงตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของเครือข่ายบริการสุขภาพ ทุกแห่ง เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านสุขภาพจังหวัดตรังในพื้นที่ทุกระดับให้บรรลุเป้าหมาย“ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

จากการศึกษาการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังที่ผ่านมา พบว่า มีการกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) เป้าประสงค์(Goal) เป้าหมาย (Target) นโยบายองค์กร (Organization policy) มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ มีการนำนโยบายของกระทรวง เขต จังหวัด และปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรังเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีการประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ มีการจัดทำข้อตกลงตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของเครือข่ายบริการสุขภาพทุกแห่ง มีการประชุมติดตาม กำกับ การดำเนินงานตามนโยบายและตัวชี้วัดที่สำคัญระดับต่างๆ มีการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพทุกแห่ง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการสรุปผลการบรรลุ

เป้าหมายของตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ทุกปี ซึ่งจากการศึกษาวิเคราะห์ในเชิงลึก พบว่า 1) การบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Output) ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีแนวโน้มลดลง และตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือ ปีงบประมาณ 2564 บรรลุเป้าหมายร้อยละ 70.83 ไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 29.17 ปีงบประมาณ 2565 บรรลุเป้าหมายร้อยละ 70.59 ไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 29.41 และปีงบประมาณ 2566 บรรลุเป้าหมายร้อยละ 69.23 ไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 30.77 2) ระบบการควบคุม กำกับ และประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ยังไม่มีความชัดเจน ยังไม่เคยมีการประเมินผลความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ การมีส่วนร่วมของบุคลากรหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศข้อมูลในระบบ HDC ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้องและไม่เป็นปัจจุบัน 4) การมีส่วนร่วมของบุคลากรต่อกระบวนการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ยังไม่ครอบคลุมทุกระดับ เป็นต้น[2]

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่5) พ.ศ.2545 มาตรา3/1 ที่ระบุว่า “ในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการ ต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน การเปิดเผยข้อมูลการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงาน ตามความเหมาะสมของแต่ละภารกิจ” และเป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 หมวด 3 (1) ที่ระบุว่า “ส่วนราชการต้องจัดทำแผนปฏิบัติราชการไว้ล่วงหน้า โดยแผนปฏิบัติราชการจะกำหนดรายละเอียดและขั้นตอนของแผน กำหนดเป้าหมายของภารกิจ ผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ ตลอดจนตัวชี้วัดความสำเร็จของภารกิจ และจะต้องจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนราชการกำหนดโดยสอดคล้องกับมาตรฐานของ ก.พ.ร. และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ที่กำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของจังหวัดและกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัด และสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินการและแนวโน้มของส่วนราชการในมิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพ และมิติด้านการพัฒนาองค์การ[3] ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงานการนิเทศและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีความสนใจและได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) และการประเมินผลรูปแบบ CIPP Model ของ Daniel Stufflebeam จึงได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดและประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 เพื่อประโยชน์ต่อการวิเคราะห์วางแผนปรับปรุงและพัฒนาการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การมีส่วนร่วม และการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้องด้านนโยบายและแผน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567

3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567

สมมุติฐานของการวิจัย

1.ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีผลต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 แตกต่างกัน

2. ความรู้ มีความสัมพันธ์กับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567

3. การมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังปีงบประมาณ 2567 ระยะเวลาการทำวิจัยตั้งแต่เดือน มีนาคม 2567 จนถึงเดือน สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือมีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายและแผน ปีงบประมาณ 2567 สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง รวมทั้งหมด 232 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือมีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายและแผน ปีงบประมาณ 2567 สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ทั้งหมด 232 คน กำหนดขนาดตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 147 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กับประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 147 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การมีส่วนร่วม และการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 และเพื่อศึกษาข้อเสนอแนะต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้องด้านนโยบายและแผน ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 147 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การมีส่วนร่วม การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ตามกรอบ CIPP Model ผลผลิตของตัวชี้วัด และข้อเสนอแนะต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1 และนำไปทดลอง (Try out) กับบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น(Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Method) ได้ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.896 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent Samples T-test, One-way ANOVA และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient) โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิ

รินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ : SCPHYLIRB-2567/236 วันที่รับรอง 25 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านนโยบายและแผน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 147 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 50.3 กลุ่มช่วงอายุระหว่าง 46–55 ปี มากที่สุด ร้อยละ 49.7 รองลงมา กลุ่มช่วงอายุ 36–45 ปี ร้อยละ 17.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 61.2 รองลงมา ระดับปริญญาโท ร้อยละ 34.7 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 49.0 รองลงมา พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 19.7 ส่วนใหญ่เป็นระดับชำนาญงาน/ชำนาญการ ร้อยละ71.4 รองลงมา ระดับอาวุโส/ชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 15.0 ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังมากที่สุด ร้อยละ 34.7 รองลงมา โรงพยาบาล ร้อยละ 33.3 มีอายุราชการช่วง 30 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 42.9 รองลงมา ช่วงอายุ 21–30 ปี ร้อยละ 29.3 มีประสบการณ์ด้านการจัดทำแผนมากกว่า 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.3 รองลงมา 7–10 ปี ร้อยละ 23.1 ส่วนใหญ่มีประวัติการฝึกอบรมด้านนโยบายและแผน ร้อยละ 51.7 สำหรับช่องทางการรับรู้นโยบายและแผน ส่วนใหญ่ทางหนังสือเอกสารทางราชการ ร้อยละ 25.9 รองลงมา การประชุม อบรม สัมมนา ร้อยละ 21.8

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ การมีส่วนร่วม และการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ตามกรอบการประเมิน CIPP Model

2.1 ความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 60.54 รองลงมา มีระดับความรู้ต่ำร้อยละ 34.02 และระดับความรู้สูง ร้อยละ 5.44 ตามลำดับ ($\overline{X}$ = 13.42 คะแนน SD = 2.406, Min = 9 คะแนน Max = 17 คะแนน)

2.2 การมีส่วนร่วม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.22, S.D.= 0.85) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการติดตามกำกับ และประเมินผล (Mean = 3.36, S.D.= 0.83) รองลงมา คือ ด้านการดำเนินงานตามแผน (Mean = 3.28, S.D.= 0.85) และด้านการวิเคราะห์องค์กร (Mean = 3.20, S.D.= 0.98) ตามลำดับ สำหรับระดับการมีส่วนร่วมที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการวางแผน (Mean = 3.05, S.D.= 1.05)

2.3 การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ตามกรอบการประเมิน CIPP Model พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.45, S.D.= 0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านบริบท (Mean = 3.82, S.D.= 0.67) รองลงมา คือ ด้านกระบวนการ (Mean = 3.57, S.D.= 0.63) และ ด้านผลผลิต (Mean = 3.44, S.D.= 0.25) ตามลำดับ สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านปัจจัยนำเข้า (Mean = 2.99, S.D.= 0.67) และผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 44.44 ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 55.56 เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า ประเด็นที่มีระดับผลการประเมินสูงสุด คือ ประเด็นTrang Clean & Wellness Tourism อยู่ในระดับดีมาก ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ประเด็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.00 ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.00 และประเด็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.00 ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.00 สำหรับประเด็นที่มีระดับผลการประเมินต่ำสุด คือ ประเด็นระบบบริการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 27.27 ไม่ผ่าน

เกณฑ์ร้อยละ 72.73 รองลงมา คือ ประเด็นดิจิทัลสุขภาพ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 42.86 ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 57.14

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567

3.1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ตามกรอบการประเมิน CIPP Model พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน อายุราชการ ประสบการณ์ด้านการจัดทำแผน และช่องทางการรับรู้นโยบายและแผนกับการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้น ประวัติการฝึกอบรมด้านนโยบายและแผน มีความแตกต่างกัน (t=3.556, Sig.=0.001*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ตามกรอบการประเมิน CIPP Model พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 (r= -0.090, p-value = 0.276) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ตามกรอบการประเมิน CIPP Model พบว่า การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯในระดับต่ำ (r = 0.435, p-value = 0.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะของบุคลากรที่มีต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า ข้อเสนอแนะจำแนกตามประเด็นที่สำคัญๆออกเป็น 7 ด้าน โดยด้านที่มีข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วม ร้อยละ 24.43 รองลงมา คือ ด้านการจัดทำแผน ร้อยละ 22.14 และด้านการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ ร้อยละ 20.60 ตามลำดับ และหากพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการเสนอแนะมากที่สุด คือ หน่วยงาน บุคลากร ทุกระดับ มีส่วนร่วมกระบวนจัดทำแผน การดำเนินงานตามแผน และการติดตาม กำกับและประเมินผล ร้อยละ 19.84 รองลงมา คือ อบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการวางแผน ร้อยละ 8.39 ถ่ายทอดนโยบายและแผนให้เร็ว ต้นปีงบประมาณ ร้อยละ 7.63 และหน่วยงาน บุคลากรทุกระดับได้รับรู้การถ่ายทอดนโยบายและแผนสู่การปฏิบัติอย่างทั่วถึง ร้อยละ 7.63 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 มีประเด็นอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระดับ หน่วยงาน อายุราชการ ประสบการณ์ด้านการจัดทำแผน และช่องทางการรับรู้นโยบายและแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ไม่แตกต่างกัน และ ประวัติการฝึกอบรมด้านนโยบายและแผน มีความแตกต่างกัน (t = 3.556, p-value = 0.001) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีประวัติเคยผ่านการฝึกอบรมด้านนโยบายและแผน เพียงร้อยละ 51.7 และไม่เคยฝึกอบรมด้านนโยบายและแผนร้อยละ 48.3 มีสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน การผ่านการอบรมด้านนโยบายและแผนก็ไม่ได้กำหนดว่าเมื่อใด ที่ผ่านมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังก็ไม่ได้จัดอบรมให้ความรู้ด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ หรือด้านนโยบายและแผนแก่บุคลากรในสังกัด อีกทั้งกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังมีระยะเวลาและขั้นตอนที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่

ศึกษาในครั้งนี้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีความหลากหลายวิชาชีพ พื้นฐานการเรียนรู้ ประสบการณ์ย่อมแตกต่างกันไป อาจจะไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม รับรู้ทุกขั้นตอนในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การถ่ายทอดนโยบายและแผน การติดตาม กำกับประเมินผล เนื่องจากภาระงานที่รับผิดชอบหลากหลาย อีกทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและสถานที่ การเชิญเข้าร่วมประชุมบางครั้งเป็นลักษณะของการส่งตัวแทนแต่ละหน่วยงานเข้าร่วมเท่านั้น จึงทำให้การรับรู้ความรู้ และความเข้าใจในบางประเด็นลดน้อยลงได้[4]

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของบุคลากรฯกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ในระดับต่ำ (r = -0.090, p-value = 0.276) ทั้งนี้เป็นเพราะมีปัจจัยอย่างอื่นที่มีผลต่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 เช่น การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณที่และอัตรากำลังของบุคลากรที่สนับสนุนการดำเนินงานตามแผน เป็นต้น[5]

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของบุคลากรฯกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรฯ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 ในระดับต่ำ (r = 0.435, p-value = 0.000) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการบางขั้นตอนอาจไม่ได้มามีส่วนร่วม เนื่องจากมีภาระงานที่รับผิดชอบหลากหลาย อีกทั้งมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ด้านสถานที่ จึงไม่สามารถให้ทุกหน่วยงานส่งผู้รับผิดชอบ หรือผู้เกี่ยวข้องมาร่วมได้ทุกคน จึงเป็นลักษณะของการส่งตัวแทนแต่ละหน่วยงานเข้ามาร่วม จึงส่งผลให้การมีส่วนร่วมบางกระบวนการบางขั้นตอนลดน้อยลงได้[5,6]

4. ข้อเสนอแนะต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 โดยภาพรวมจำแนกตามประเด็นที่สำคัญๆ ออกเป็น 7 ด้าน ด้านที่มีข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วม รองลงมา คือ ด้านการจัดทำแผน ด้านการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ และด้านปัจจัยนำเข้า ตามลำดับ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ควรให้ความสำคัญและพิจารณาดำเนินการในประเด็นต่างๆเพื่อการวางแผน พัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไปตามความเหมาะสม ได้แก่ 1) ประเด็นการมีส่วนร่วมของบุคลากรต่อกระบวนการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ตามกรอบการประเมิน CIPP 2) การอบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจต่อกระบวนการวางแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 3) การจัดทำยุทธศาสตร์และการถ่ายทอดนโยบายและแผนสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆโดยเร็วตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 4) การเพิ่มช่องทางและการสื่อสารการรับรู้ด้านนโยบายและแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 5) การวางแผนเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ในปีต่อไป[5,7]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. ควรสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรต่อกระบวนกระบวนการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ให้ครอบคลุมหน่วยงานและบุคลากรทุกระดับ

2. ควรจัดอบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจต่อกระบวนการวางแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

3. ควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และถ่ายทอดนโยบายและแผนสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆโดยเร็วตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

4.ควรเพิ่มช่องทางและการสื่อสารการรับรู้ด้านนโยบายและแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

5.ควรวางแผนเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มตัวแทนบุคลากรระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และตัวแทนบุคลากรกลุ่มวิชาชีพสายสนับสนุน เช่น นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักวิชาการการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล เป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ในครั้งต่อไป

2. ควรระบุข้อมูลระยะเวลา ปีที่ผ่านการฝึกอบรมด้านนโยบายและแผนให้ชัดเจนครั้งต่อไป

3. ควรศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

4. ควรพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังที่มีประสิทธิภาพ

5. ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านนโยบายและแผน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). แผนกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2567. จากhttps://spd.moph. go.th/20-year-strategy-fiscal-year-2567/
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2567). แผนปฏิบัติราชการพัฒนาสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2567. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2567. จากhttp://www.tro.moph.go.th/ download/Strategy/ strate27122567.pdf
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2552). เกณฑ์พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2552 (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: วิชั่นพริ้นท์ แอนด์มีเดีย จำกัด.
4. สมจิตร เดชาเสถียร, เจษฎา สุราวรรณ์, พชรพร ครองยุทธ และปัทมา ล้อพงค์พานิชย์. (2562). การประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 1(2), 159-169
5. สุธาสินี พลเศพย์, (2558). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาลตำบลสนม อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
6. สุภาณี สุขะนาคินทร์. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2(1), 14-27
7. อุดม บุบผาทาเต, สงัด เชื้อลิ้นฟ้า และ รัชนีวิภา จิตรากุล (2566). การประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(2), 159-173

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

Effect of program Integrated care for elderly in Sungaipadi Hospital, Narathiwat Province

(Received: August 17,2024 ; Revised: August 22,2024 ; Accepted: August 23,2024)

นฤมล ปิ่นพรม[1]
Narumon Pinprom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ทำการศึกษาในช่วงเดือน มกราคม – ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 145 คน เท่ากัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 145 คน ส่วนมากเป็นเพศ หญิง ร้อยละ 62.76 ช่วงอายุส่วนมาก อายุ 71-75 ปี ร้อยละ 39.31 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 57.24 สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงาน ร้อยละ 66.21 การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.24 อาชีพส่วนมากกรีดยาง/ทำสวน ร้อยละ 62.07 รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 63.45 ความเพียงพอของรายได้ส่วนมากไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 62.76 โรคร่วมในผู้สูงอายุส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.10 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.24 และ ไตเรื้อรัง ร้อยละ 13.10 ตามลำดับ ปัญหาในผู้สูงอายุส่วนมากมีอาการเดินลำบาก และ ปวดเข่า ร้อยละ 26.21 รองลงมามีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 24.14 และด้านความจำ ร้อยละ 10.34 ตามลำดับ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า การดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น ความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ลดลง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (t = 5.82, 2.88, 7.23) สรุปและอภิปรายผล การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ต้องส่งเสริมความรู้ ทักษะ ในผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล โดยบูรณาการร่วมกับการทำงานของทีมสหวิชาชีพและชุมชนจึงจะประสบผลสำเร็จได้

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ, โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, การส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

Abstract

This research is quasi-experimental research. Aim to study results of integrated care program for elderly in Sungaipadi Hospital Narathiwat Province. Study times was during in January - December 2022, total 12 months. Sample group was 145 elderly people and house care giver. Research tools included integrated elderly care program, General information interview, Barthel ADL Index, Thai Geriatric Depression (TGDS) and Satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians and comparing mean scores before and after with inferential statistics by paired t-test. Results of the study found in 145 elderly people were mostly female 62.76% age range being 71-75 years old 39.31% Muslim 57.24% marital status: mostly married 66.21% most education was primary level 57.24% most occupations are rubber tapping/gardening, 62.07% monthly family income most were less than 10,000 baht 63.45% Sufficiency of income most had no debt, 62.76% Common diseases in elderly were high blood pressure 53.10% followed by diabetes, 17.24% and chronic kidney disease 13.10% respectively. Most of the problems in elderly include difficulty walking and knee pain 26.21% followed by problems with vision 24.14% and memory problems 10.34% respectively after participating in the program for period of 3 months was found activities of daily living (ADL) increased, sadness in elderly (TGDS) decreased, and satisfaction increased of statistical significance .05 (t = 5.82, 2.88, 7.23). Discussion of results for Integrated care for elderly in knowledge and care skills must be promoted among elderly and house hold care giver by integrating with health worker multidisciplinary team and community will be success.

Keywords: Integrated care for the elderly, health care program for elderly, promotion of health care for the elderly and house hold care giver

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี

บทนำ

ปัญหาผู้สูงอายุนั้นเป็นปัญหาระดับโลกในยุคปัจจุบัน เนื่องจากเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประชากรโลกทั้งหมดโดยประมาณ 7,628 ล้านคนทั่วโลก มีผู้สูงอายุโดยประมาณ 965 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.65 ของประชากรโลกทั้งหมด[1] ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดโดยประมาณ 68.9 ล้านคน ในนี้มีผู้สูงอายุโดยประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลง เหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปีปัจจุบัน และประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ต่อปี อีกประมาณ 5 ปีข้างหน้าผู้สูงอายุจะมีจำนวน ร้อยละ 20 ของประชากรประเทศไทยทั้งหมด การเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2560 โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่ามีผู้ที่มีอายุ จำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด[2] ในปี 2563 มีผู้สูงอายุที่เป็นภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 600,000 คน หรือร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และได้พยากรณ์ไว้ว่าอีก 10 ปีข้างหน้า (ปี 2573) จะเพิ่มเป็น 1,117,000 คน ประเทศต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแล โดยประมาณเดือนละ 10,000 – 20,000 บาท กลายเป็นผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิต[3]

จังหวัดนราธิวาสมีผู้สูงอายุใน ปี 2564-2566 จำนวน 72,364, 74,480 คน และ 76,353 คน ตามลำดับ การวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้นของโรงพยาบาลสุไหงปาดี พบว่า การดูแลผู้สูงอายุต้องอาศัยการความร่วมมืออย่างจริงจังในการทำความเข้าใจและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่ายทั้งโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน แม้นกระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ แต่ในสถานการณ์จริงพบว่าการทำงานของหน่วยงานสถานบริการสุขภาพ องค์กร และผู้เกี่ยวข้อง ในลักษณะที่มุ่งเป้าหมายเดียวกัน ต่างคนต่างทำ ขาดการทำความเข้าใจและการนำบทเรียนมาทำการวิเคราะห์เชื่อมโยงเพื่อพัฒนาสู่ระบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบกับการขาดระบบติดตามสนับสนุนให้เกิดการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือสนับสนุน ระหว่างเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ผลที่เกิดขึ้นคือระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน[4]

โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมจะทำให้การให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน การหกล้ม ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื่อรังออกไป และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาจากการลดการเกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ และยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไป การเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาโปรแกรมอบรมเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงมถึงนโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง และผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส เพื่อให้การดูแลผู้สุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพถูกต้องตามแนวทางการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อยู่ร่วมในชุมชนได้ตามปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไป การดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ระดับความเศร้า ความพึงพอใจ

ในผู้สูงอายุ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อเปรียบเทียบ การดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ระดับความเศร้า ความพึงพอใจ ในผู้สูงอายุ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 3 เดือน ภายหลังการอบรมให้ความรู้ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม ปี 2565 ในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ดูแล ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม ปี 2565

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และญาติผู้ดูแล ในเขต โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม ปี 2565 จำนวน 145 คน เท่ากัน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้เข้ารับกระบวนการอบรมตามโปรแกรม ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เป็นระยะเวลา 12 เดือน ภายในโรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม ปี 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

3) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 10 ข้อ

4) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 15 ข้อ

5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) ภาวะซึมเศร้า และ ความพึงพอใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) ภาวะซึมเศร้า และคะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 145 คน ส่วนมากเป็นเพศ หญิง จำนวน 91 คน ร้อยละ 62.76 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 54 คน ร้อยละ 37.24 ตามลำดับ ช่วงอายุส่วนมาก อายุ 71-75 ปี จำนวน 57 คน ร้อยละ 39.31 รองลงมา 65-70 ปี จำนวน 27 คน ร้อยละ 18.62 และ อายุ 76-80 ปี จำนวน 24 คน ร้อยละ 16.55 ตามลำดับ ศาสนา ส่วนมาก นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 83 คน ร้อยละ 57.24 และ ศาสนาพุทธ จำนวน 62 คน ร้อยละ 42.76 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงาน และอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 96 คน ร้อยละ 66.21 รองลงมาหม้าย จำนวน 43 คน ร้อยละ 29.66 และ โสด จำนวน6 คน ร้อยละ 4.14 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมาก อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 83 คนร้อยละ 57.24 รองลงมาไม่เรียนหนังสือ จำนวน 42 คน ร้อยละ 28.97 และมัธยมศึกษา จำนวน 15 คน ร้อยละ 10.34 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากกรีดยาง/ทำสวน จำนวน 90 คน ร้อยละ 62.07 รองลงมาไม่ได้ทำงาน/งานบ้าน จำนวน 52 คน ร้อยละ 35.86 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.07 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 92 คน ร้อยละ 63.45

รองลงมา 10,000-20,000 บาท จำนวน 50 คน ร้อยละ 34.48 และ 20,000-50,000 บาท จำนวน 3คน ร้อยละ 2.07 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากไม่มีหนี้สิน/พอใช้ จำนวน 91 คน ร้อยละ 62.76 รองลงมา พอเพียง/ไม่มีเงินเหลือ จำนวน 43 คน ร้อยละ 29.66 และไม่พอเพียง/มีหนี้สิน จำนวน 11 คน ร้อยละ 7.59 ตามลำดับ โรคร่วมในผู้สูงอายุส่วนมาก เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 77 คน ร้อยละ 53.10 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 25 คน ร้อยละ 17.24 และไตเรื้อรัง จำนวน19 คน ร้อยละ 13.10 ตามลำดับ ปัญหาในผู้สูงอายุ ส่วนมาก มีอาการเดินลำบาก และปวดเข่า จำนวน 38 คน เท่ากัน ร้อยละ 26.21 รองลงมา มีปัญหาการมองเห็น จำนวน 35 คน ร้อยละ 24.14 และด้านความจำ จำนวน 15 คน ร้อยละ 10.34 ตามลำดับ

2. กระบวนการจัดโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส เป็นกระบวนการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ ในผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จำนวน 145 คนเท่ากัน กิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 4 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 3.5 ชั่วโมง เดือนละ 7 วัน รวม 3 เดือน จำนวน 20 วัน รวม 73.5 ชม. ประกอบด้วย ระยะแรก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ทำการวัดผลคะแนนความรู้และทักษะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส จากนั้นจึงเริ่มกระบวนการอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรม ครั้งที่ 1 อบรมในหัวข้อ 1) ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การใช้ยาในวัยสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม บูรณาการภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติงาน การวัดและประเมินผล ระยะที่ 2 การอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรม ครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 2 เดือน) กิจกรรมคือความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การใช้ยาในวัยสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม บูรณาการภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติงาน การวัดและประเมินผล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม ทบทวนเนื้อหาจาก โปรแกรมครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 การอบรมให้ความรู้ครั้งที่ 3 และการติดตาม (ห่างจากครั้งแรก 4-6 เดือน) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะที่ 2 และ ช่วยเหลือ กรณีปฏิบัติไม่ตรงกับที่อบรมตามโปรแกรมว่าทำได้ครบถ้วน ถูกต้องหรือไม่ ระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล (ห่างจากครั้งแรก 12 เดือน) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะที่ 2 และ ช่วยเหลือ กรณีปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ทำการวัดผลคะแนนความรู้หลังการอบรม ทำการประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติ และทำการประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมโปรแกรม จากการอบรมผู้เข้าร่วมโปรแกรม 145 คน เข้ารับการอบรมครบตามโปรแกรม ร้อยละ 100

3. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

3.1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ADL และ ความเศร้าในผู้สูงอายุ TGDS ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ก่อนการเข้าร่วมของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 140 คน ร้อยละ 96.55 รองลงมาอยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) และ ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 2 คน เท่ากัน ร้อยละ 1.38 ตามลำดับ ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 5 คะแนน) จำนวน 135 คน ร้อยละ 93.10 รองลงมา เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ต้องติดตาม 6 – 10 คะแนน) จำนวน 6 คน ร้อยละ 4.14 และมีภาวะซึมเศร้า (พบแพทย์ 11 – 15 คะแนน) จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.76 ตามลำดับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 140 คน ร้อยละ 96.55 รองลงมาอยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 5

คน ร้อยละ 3.45 ตามลำดับ ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 5 คะแนน) จำนวน 141 คน ร้อยละ 97.24 รองลงมา เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ต้องติดตาม 6 –10 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้า (พบแพทย์ 11 – 15 คะแนน) จำนวน 2 คน เท่ากัน ร้อยละ 1.38 ตามลำดับ ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ADL และ ความเศร้าในผู้สูงอายุ TGDS ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส (n=145)

รายการ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ADL				
ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน)	1	0.69	0	0.00
ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน)	2	1.38	0	0.00
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน)	2	1.38	5	3.45
ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน)	140	96.55	140	96.55
การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ TGDS				
มีภาวะซึมเศร้า (พบแพทย์ 11 – 15 คะแนน)	4	2.76	2	1.38
เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ต้องติดตาม 6 – 10 คะแนน)	6	4.14	2	1.38
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 5 คะแนน)	135	93.10	141	97.24

3.2 ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) มีค่า 12.34 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) มีค่า 13.93 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.82) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส (n=145)

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ADL ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.34	1.82	-5.82	<.001*
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ADL หลังเข้าร่วมโปรแกรม	13.93	1.46		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการทดสอบคะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ผลการทดสอบคะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) มีค่า 4.42 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) มีค่า 3.25 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.88) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบคะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส (n=145)

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.42	2.68	2.88	<.001*
ความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.25	2.36		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผลการทดสอบความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ก่อน-หลัง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส มีคะแนนเฉลี่ย 3.87 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.59 คะแนน การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.23) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบคะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส (n=145)

รายการ	Mean	S.D.	t	p-value
ความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.87	0.45	7.23	<.001*
ความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.59	0.32		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นเพศ ช่วงอายุส่วนมาก อายุ 71-75 ปี ศาสนาส่วนมากนับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงาน อยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนมากกรีดยาง/ทำสวน รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ส่วนมากไม่มีหนี้สิน/พอใช้ โรคร่วมในผู้สูงอายุส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาในผู้สูงอายุส่วนมากมีอาการเดินลำบาก และปวดเข่า การมองเห็น และด้านความจำ ตามลำดับ สอดคล้องกับ วิราพร สืบสุนทร และคณะ[6]

โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การใช้ยาในวัยสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม บูรณาการภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติงาน การวัดและประเมินผล สอดคล้องกับ สมพงษ์ นาคพรม และ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน[7]

การเข้าร่วมของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ไม่เป็นการพึ่งพิง รองลงมา อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง และ ภาวะพึ่งพิงรุนแรง ตามลำดับ ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ไม่เป็นการพึ่งพิง รองลงมาอยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง ตามลำดับ ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และ มีภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ การทดสอบความแตกต่างพบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น ความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ลดลง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สุวมน โพนสาลี[8]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ควรเหมาะกับกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนความรู้ ทักษะ และความพึงใจของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การดูแลผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแล ชุมชน เป็นสำคัญ

3. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาโดยการใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล พัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่ช่วย ดูแลผู้สูงอายุจึงสามารถแก้ไขปัญหาได้

4. ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับญาติผู้ดูแล แล้วทดลองวัดผลก่อนหลังการอบรมว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

5. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการทดลองเปรียบเทียบในพื้นที่โรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดใกล้เคียงกันเพื่อทำให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุให้ได้ดีขึ้นตามความต่างในแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุไหงปาดี ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสุไหงปาดี ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลสุไหงปาดี เจ้าหน้าที่ และผู้สูงอายุและผู้ดูแลในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Development Program Thailand. Thai Women's Unpaid Care and Domestic Work and the Impact on Decent Employment. 2022.

2.Muangpaisan W. Know the truth and understand the elderly health and dementia. Bangkok: SE-Education; 2016.

3.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุไทย. 2566.

4.กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุไหงปาดี. รายงานผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลสุไหงปาดี 2565.

5.กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน). 2565.

6.วิราพร สืบสุนทร และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี.2562; 44(2): 119-128.

7.สมพงษ์ นาคพรม และ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี.[วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษนุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

8.สุวมน โพนสาลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาล ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน.2562; 9(2): 621-630.

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of care for patients with type 2 diabetes with community participation In the Kham Yai Subdistrict Municipality Huai Mek District Kalasin Province.

(Received: August 16,2024 ; Revised: August 21,2024 ; Accepted: August 24,2024)

ยุทธศาสตร์ ภูวิชัย [1]
Yuttasat Phuwichai [1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบวัดความรู้ แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้สถิติ paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ จำนวน 6 ด้าน ดังนี้ 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) อารมณ์ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมภายหลังดำเนินการสูงกว่าหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ 4) สูบบุหรี่ 5) สุราหรือแอลกอฮอล์ และ 6) ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสามารถลดความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและแอลกอฮอล์ และระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : การดูสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ชุมชนมีส่วนร่วม

ABSTRACT

The quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design aimed to study the situation of type 2 diabetes in Kham Yai Subdistrict Municipality, Huai Mek District, Kalasin Province and to compare blood pressure levels, knowledge, attitudes, and behaviors of diabetic patients before and after the development of a community-based diabetes care model in Kham Yai Subdistrict Municipality. Sample size were 55 diabetic patients. The tools used to collect data were a behavioral assessment for controlling blood sugar levels in patients with type 2 diabetes and a satisfaction measure. Statistical analysis utilized paired sample t-tests to compare results before and after guideline implementation, with a predetermined significance level of 0.05.

Results: After the experiment, the sample group exhibited higher averages in six areas as follows: 1) Food, 2) Exercise, and 3) Emotions, with significantly increased mean behavioral scores post-experiment, at a statistical significance level of 0.05. Additionally, 4) Smoking, 5) Alcohol consumption, and 6) Blood sugar levels showed reductions in average behavioral scores compared to pre-experiment levels. These reductions were statistically significant at the 0.05 level, indicating a potential decrease in the risk of smoking, alcohol consumption, and blood sugar levels post-intervention.

Keyword : Diabetic patients, behavior enhancement, blood sugar levels

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน และ ในปี 2565 โรคเบาหวานมีกลุ่มเป้าหมายประชากร 35 ปีขึ้นไป จำนวน 22,678,756 คน ได้รับการคัดกรอง เพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น 19,378,229 คน (ร้อยละ 85.4) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 184,067 คน (ร้อยละ 10) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน 130,142 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 [1]

ด้วยโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต และสังคม โดยมีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคเรื้อรังของสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน เมื่อมีระบบการจัดการโรคที่ดี จะช่วยทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะนำไปสู่การเสียชีวิตได้[2] จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 ได้แนะนำการใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner’s Chronic Care Model (CCM) หรือ WHO’s Chronic Care Model โดยแนวคิดดังกล่าวมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ 1.การมีทรัพยากรและนโยบายของชุมชนที่เน้นความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแล เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน 2.หน่วยงานบริการสุขภาพ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและ รพสต. และ อสม. ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3. การสนับสนุนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโดยตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง เช่น ความร่วมมือกับผู้ดูแลหรือครอบครัว การดูแลเรื่องอาหาร ออกกำลังกายการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 4.การออกแบบการให้บริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการส่งต่ออย่างทันท่วงที ได้แก่ ความร่วมมือกับ เทศบาล/อบต. 5.การตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยเช่น การมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาเมื่อจำเป็น 6. การมีข้อมูลทางคลินิกที่บ่งบอกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยและวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายหรือดูแลเป็นกลุ่ม[2] จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 มีอัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ 7,091.84, 7,441.82, 7,726.94, 8,039.71, 8,430.27, และ 8,721.93 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จากสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2-4 เท่า ในรายที่ยังไม่ได้รับการดูแลรักษา อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 มีอัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ 6,754.36, 7,301.58, 7,708.54, 7,936.58, และ 8,660.77 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 มีอัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ 7,378.07, 7,936.65, 8,528.70, 9,292 9,643.61, และ 8,721.93 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[3]

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จากสาเหตุและความสำคัญที่ได้ล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานที่ผ่านมาพบร้อยละของการควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเป้าหมายของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพียงร้อยละ 22.57[3] อีกทั้งการ

ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการของบุคลากรทางการแพทย์ คือ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลห้วยเม็กร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลบ้านคำใหญ่ ซึ่งยังขาดการเชื่อมโยงกับชุมชนที่ชัดเจนและยังไม่ได้มีการนำแนวคิดของ CCM ครบทั้ง 6 องค์ประกอบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินการในเขต เทศบาลตำบลคำใหญ่ ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) มี 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ(Reflection) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์และทำกระบวนการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคของตนเองได้และสามารถดูแลกันเองในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็น รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-group Pretest-Posttest Design) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 – กรกฎาคม 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน

ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

2. มีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ≥ 7 %

3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนของเบาหวานหรือโรคร่วมที่รุนแรงหรือภาวะที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิต ได้แก่ ไตวายเรื้อรังใน State 4-5 โรคหัวใจและหลอดเลือด

4. ไม่อยู่ในขณะตั้งครรภ์

5. มีความเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

6. มีผู้ดูแลในครอบครัว อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี อย่างน้อย 1 คน

7. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่รู้สึกไม่สบายใจหรือโดนบังคับที่เข้าร่วมงานวิจัย

2. ขอยุติการเข้าร่วมในการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามหากเกิดความไม่สบายใจหรือลำบากใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วม

3. อาสาสมัครเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดต่อได้ขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย แบ่งออกเป็นดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย โดยการบรรยาย วิดิทัศน์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตาม

กิจกรรม ประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย

1) อ.อาหาร เลือกรับประทานอาหารที่ไม่หวาน มันน้อย และเค็มน้อย ชิมก่อนเติมเครื่องปรุง กินผักหลากสีและผลไม้สดที่ไม่หวานจัดเพิ่มขึ้น กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน บริโภคเกลือหรือผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน และน้ำตาลไม่เกิน 4-6 ช้อนชาต่อวัน

2) อ.ออกกำลังกาย วันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์

3) อ.อารมณ์ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น ทำงานอดิเรก ปรึกษากับผู้ที่ไว้วางใจได้ เป็นต้น

4) ส. ไม่สูบบุหรี่ ควรงดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากสถานที่มีควันบุหรี่

5) ส. ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน ซึ่งทุกข้อของแบบสอบถามมีผลการวิเคราะห์ IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยมีผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) และต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.72 2) แบบวัดความเชื่อ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะทั่วไป โดยตัวแปรประเภทแจงนับ (Categorical data) นำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด (Minimum and Maximum) สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ ใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์พิจารณา และได้รับการรับรองในการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

เพศของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.80 และเพศชาย ร้อยละ 26.20 ตามลำดับ, อายุเฉลี่ยของ พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุค่าเฉลี่ย = 58.02 ปี, S.D. = 9.129 ปี, Min = 39 ปี, Max = 77 ปี ตามลำดับ,สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานสมรส ร้อยละ 57.10 และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 29.10, ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 81.00รองลงมาคืออนุปริญญาและปริญญาตรี ร้อยละ 9.50 ตามลำดับ, อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.60 รองลงมาคือราชการ ร้อยละ 11.90 ตามลำดับ, รายได้ต่อเดือน พบว่า มีรายได้ 1001-5000 บาท ร้อยละ 61.90 รองลงมาคือ 5000-10000 บาท ร้อยละ 26.20 ตามลำดับ, สิทธิรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 88.10 รองลงมาคือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจต ร้อยละ 9.50 ตามลำดับ, การอาศัยอยู่ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 40.50 รองลงมาคืออาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 33.30 ตามลำดับ, ผู้ดูแลสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นสามีหรือภรรยาและพี่น้องอย่างละเท่า ๆ กัน ร้อยละ 47.60, ระยะทางจากหน่วยบริการ พบ่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8.30 กิโลเมตร (S.D.= 2.90 กิโลเมตร) ต่ำสุด 4 กิโลเมตร และสูงสุด 15 กิโลเมตร, ภาวะแทรกซ้อน พบว่าก ลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 64.30 และมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 35.70 ตามลำดับ และแยกเป็นภาวะแทรกซ้อนสูงที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ร้อยละ 14.30 และแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 11.90 ตามลำดับ, การดูแลปัจจุบัน พบว่า ลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ดูแลด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 52.4 และดูแลด้วยยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 26.2 ตามลำดับ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เลือกวิธีคุมอาหาร ร้อยละ 42.90 และออกกำลังกาย ร้อยละ 33.30, การกินยาสมุนไพรเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เลือกคุมด้วยวิธีนี้ ร้อยละ 61.90 และไม่กินยาสมุนไพร ร้อยละ 26.20, HA1C (ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด) พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุค่าเฉลี่ย = 5.51 mg%, S.D. = 0.60 mg%, Min = 4.30 mg%, Max = 6.60 mg% ตามลำดับ , BMI (ดัชนีมวลกาย) พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุค่าเฉลี่ย = 28.62, S.D. = 4.23, Min = 20.66, Max = 35.88 ตามลำดับ, ประวัติเข้าห้องฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มทดลอง ไม่เคยเข้าห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 71.40 รองลงมาคือ เคยเข้าจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 19.00ตามลำดับ, ประวัตินอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลอง ไม่เคยนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 66.70 รองลงมาคือ เคยเข้าจำนวน 1 และ 2 ครั้ง อย่างละเท่ากัน ร้อยละ 16.70 ตามลำดับ, ประวัติเกิดภาวะ Hypo หรือ Hyper พบว่ากลุ่มทดลอง ไม่เคยมีภาวะฯ ร้อยละ 66.70 รองลงมาคือ เคยเข้าจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 19.00 ตามลำดับ, ประวัติมีอาการไม่พึงประสงค์ พบว่ากลุ่มทดลอง เคยมีภาวะน้ำตาลสูง ร้อยละ 90.50 รองลงมาคือ น้ำตาลต่ำ ร้อยละ 9.50 ตามลำดับ

สรุปผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ดังต่อไปนี้

ก่อนดำเนินการ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในภาพรวมที่ตอบถูก ร้อยละ 70.96 และเมื่อจำแนกเป็นข้อตอบถูกมากที่สุด จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อที่ 5. เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการหิว ไม่มีแรง ใจสั่น มึนงงคล้ายเป็นลม การปฏิบัติข้อใดถูก, ข้อที่ 8. ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานลืมรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องรับประทานหลังอาหารเช้า วันละ 1 ครั้ง นึกได้เมื่อรับประทานอาหารเย็นแล้ว ผู้ป่วยควรรับประทานยาใน วัน

ต่อไปอย่างไร และ ข้อที่ 10. ข้อใดไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีคนตอบถูก ร้อยละ 76.2

หลังดำเนินการ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในภาพรวมที่ตอบถูก ร้อยละ 89.77 และเมื่อจำแนกเป็นข้อตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อที่ 5 เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการหิว ไม่มีแรง ใจสั่น มึนงงคล้ายเป็นลม การปฏิบัติข้อใดถูก ตอบถูก ร้อยละ 95.20 รองลงมาคือ 6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทานอาหารชนิดใดได้ไม่จำกัดปริมาณ และข้อที่ 10. ข้อใดไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีคนตอบถูกเท่ากันคือ ร้อยละ 92.90 ตามลำดับ

สรุปผลความเชื่อ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังต่อไปนี้

ก่อนดำเนินการ กลุ่มทดลองมีความเชื่อทัศนคติ เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าในภาพรวมที่ตอบเห็นด้วย ร้อยละ 60.22 และเมื่อจำแนกเป็นข้อตอบเห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อที่ 3. ท่านเชื่อว่าเมื่อเป็นโรคเบาหวานแล้วจะเป็นโรคอื่นๆ ร่วมด้วยอีกหลายโรค, ข้อที่ 4. ท่านเชื่อว่าการกินยารักษาเบาหวานเป็นเวลานานจะทำให้ไตเสื่อมได้ และข้อที่ 5. ท่านคิดว่าคนเป็นโรคเบาหวานทุกคนจะมีสายตามัวลง มีคำตอบเห็นด้วยเท่ากัน ร้อยละ 69.00

หลังดำเนินการ กลุ่มทดลองมีความเชื่อทัศนคติ เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าในภาพรวมที่ตอบเห็นด้วย ร้อยละ 82.16 และเมื่อจำแนกเป็นข้อเห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อที่ 7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องไปตรวจตามแพทย์นัดอย่าง ต่อเนื่อง ตอบเห็นด้วย ร้อยละ 92.90 รองลงมา คือ ข้อที่ 5. ท่านคิดว่าคนเป็นโรคเบาหวานทุกคนจะมีสายตามัวลง และข้อที่ 10. ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย มีความสำคัญ ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีคำตอบเห็นด้วยเท่ากัน ร้อยละ 90.5 ตามลำดับ

สรุปผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังต่อไปนี้

ก่อนดำเนินการ กลุ่มทดลองมีระดับผลของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมหลังดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 (S.D.= 0.76) และเมื่อจำแนกรายเป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 16. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ เช่น แผลติดเชื้อ ปัสสาวะมากหรือน้อยกว่าปกติ การมองเห็นลดลง เป็นต้น ท่านจะไปพบแพทย์ อยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (S.D. = 0.82) รองลมาคือ ข้อที่ 12. ท่านสามารถจัดการกับความเครียดในการ ดำเนินชีวิตของแต่ละวันของท่านได้ เช่น ปลูกต้นไม้ สวดมนต์ พูดคุยกับเพื่อน คู่สมรส เป็นต้น และข้อที่ 17. ท่านทำความสะอาดบริเวณฝ่าเท้า หลังเท้า ซอกนิ้วเท้า และซับให้แห้งหลังอาบน้ำ ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.55 (S.D. = 0.77 และ 0.86) ตามลำดับ

หลังดำเนินการ กลุ่มทดลองมีระดับผลของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมหลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย = 4.27 คะแนน (S.D. = 0.70 คะแนน) และสามารถสรุปเรียงลำดับหลังดำเนินการจากมากที่สุดไปน้อยที่ ได้ ดังต่อไปนี้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยนของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุด คือ ข้อที่ 3 ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมัน เช่น หมูติด มัน แกงกะทิ ปลาทอด เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 (S.D. = 0.670) และรองลงมา คือ ข้อที่ 15 ท่านสามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 (S.D.= 0.634) และพฤติกรรมฯที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 13 ท่านไม่เคยเครียดหรือมีเรื่องกังวลจนทำให้ นอนไม่หลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (S.D.= 0.841)

สรุปผลระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FPG) พบว่าก่อนดำเนินการมีค่าน้ำตาลเฉลี่ย (FPG) = 158.36 มก./ดล. (S.D. = 22.890 มก./ดล., Min = 128 มก./ดล., Max = 212 มก./ดล.) และหลังดำเนินการมีค่าน้ำตาลเฉลี่ย (FPG) = 109 มก./ดล. (S.D. = 6.750 มก./ดล., Min = 98 มก./ดล., Max = 128 มก./ดล.) ตามลำดับ โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ย (FPG) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะพบว่าหลังดำเนินการของกลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95CI	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)								
หลังดำเนินการ	42	137.86	5.962	-6.088	-16.786	41	-22.354 ถึง	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	42	154.64	19.105				-11.217	
ระดับความดันโลหิต (BP) ตัวบน								
หลังดำเนินการ	42	139.38	7.516	-3.828	-3.643	41	-5.565 ถึง	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	42	143.02	8.686				-1.721	
ระดับความดันโลหิต (BP) ตัวล่าง								
หลังดำเนินการ	42	88.52	3.270	-5.049	-2.548	41	-3.567 ถึง	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	42	91.07	3.618				-1.529	
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน								
หลังดำเนินการ	42	8.07	1.386	4.742	.976	41	0.560 ถึง	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	42	7.10	1.206				1.392	
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน								
หลังดำเนินการ	42	7.62	1.821	6.197	1.595	41	1.075 ถึง	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	42	6.02	2.203				2.115	
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน								
หลังดำเนินการ	42	4.27	0.178	15.018	.971	41	0.840 ถึง	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	42	3.30	0.418				1.101	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่<0.001

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผลของ ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยต่ำว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 137.86 มก./ดล. (S.D. เท่ากับ 5.962 มก./ดล.) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 154.64 มก./ดล. (S.D. = 19.105 มก./ดล.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = -22.354 ถึง -11.217), ผลของระดับความดันโลหิต (BP) ตัวบน หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยต่ำ

กว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 139.38 มม.ปรอท (S.D. เท่ากับ 7.516 มม.ปรอท) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 143.02 มม.ปรอท (S.D. = 8.686 มม.ปรอท) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = -5.565 ถึง -1.721), ผลของระดับความดันโลหิต (BP) ตัวล่าง หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 88.52 มม.ปรอท (S.D. เท่ากับ 3.270 มม.ปรอท) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.07 มม.ปรอท (S.D. = 3.618 มม.ปรอท) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = -3.567 ถึง -1.529), ผลของ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 คะแนน (S.D. เท่ากับ 1.386 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.10 คะแนน (S.D. = 1.206 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.560 ถึง 1.392), ผลของ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.62 คะแนน (S.D. เท่ากับ 1.821 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.02 คะแนน (S.D. = 2.203 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.331-0.726) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.178 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 คะแนน (S.D. = 0.418 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.840 ถึง 1.101)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลของระดับน้ำตาลในเลือด DTX หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยต่ำว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 137.86 มก./ดล. (S.D. เท่ากับ 5.962 มก./ดล.) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 154.64 มก./ดล. (S.D. = 19.105 มก./ดล.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = -22.354 ถึง -11.217) สอดคล้องกับ เกสราวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์4 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับ สอดคล้องกับ สุนันทา ภักดีอำนาจ และคณะ5 ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง พบว่า 1) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 2) และสอดคล้องกับ เกสราวรรณ และประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์6 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ส่วนค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) และสอดคล้องกับ นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล7 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดี ขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธีพร มูลศาสตร์8 ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊ออำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ใช้เวลาการทดลอง 9 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Rusdiana, Savira, & Amelia9 ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเบาหวานต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิในเมืองบินใจ สุมาตราเหนือ ประเทศอินโดนีเซียเป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 80 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dong และคณะ10 พบว่าหลังผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องทำให้มีการจัดการตัวเองที่ดีขึ้นและส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Madmoli11 พบว่าการเสริมแรงให้ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้มีการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ผลของระดับความดันโลหิต BP ตัวบน หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 139.38 มม.ปรอท (S.D. เท่ากับ 7.516 มม.ปรอท) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 143.02 มม.ปรอท (S.D. = 8.686 มม.ปรอท) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = -5.565 ถึง -1.721) สอดคล้องกับ เกสราวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทรุ์6 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ผลของระดับความดันโลหิต BP ตัวล่าง หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 88.52 มม.ปรอท (S.D. เท่ากับ 3.270 มม.ปรอท) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.07 มม.ปรอท (S.D. = 3.618 มม.ปรอท) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = -3.567 ถึง -

1.529) สอดคล้องกับ สอดคล้องกับ เกสราวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์6 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตและเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลของ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 คะแนน (S.D. เท่ากับ 1.386 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.10 คะแนน (S.D. = 1.206 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.560 ถึง 1.392) สอดคล้องกับ สุนันทา ภักดีอำนาจ และคณะ5 ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง พบว่า 1) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 2) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 และสอดคล้องกับ นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล7 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ การวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ ณัฐนนท์ พีระภาณุรักษ์12 ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้ไม่แตกต่างกันความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

ผลของ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.62 คะแนน (S.D. เท่ากับ 1.821 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.02 คะแนน (S.D. = 2.203 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.331-0.726) สอดคล้องกับ อัทธนียา มารยาท13 ทำการศึกษา ประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง พฤติกรรมและระดับน้ำตาลใน

เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ทัศนคติ ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 6.1 คะแนน (mean difference 6.1, sr=2.8, 95%CI=3.3-8.9, p-value 0.05)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.178 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 คะแนน (S.D. = 0.418 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.840 ถึง 1.101) สอดคล้องกับปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และสุทธีพร มูลศาสตร์8 ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊ออำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ใช้เวลาการทดลอง 9 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการ ตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ วัชราพร เนตรคำยวง14 ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) และสอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และนงณภัทร รุ่งเนย15 ได้ศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่มีความแตกต่างของความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จึงเสนอแนะให้มีการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และนำแนวทางหรือรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเพื่อหาแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และท้ายสุดผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้เกิดคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และควรเพิ่มการวัดความถี่ในการติดตามให้มากกว่าทุกการติดตามทุก 2 เดือนพุธของเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถทราบข้อมูลที่แท้จริงจนนำมาวางแผนให้เกิดรูปแบบแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ได้ในลำดับต่อไป และควรมีการวัดผลก่อนและหลังดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทุกท่าน รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนามที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวานและหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. จังหวัดนนทบุรี; 2566.
2. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก :https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46
3. ระบบรายงานมาตรฐาน (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
4. เกสราวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2564;8(5):148-161.
5. สุนันทา ภักดีอำนาจ เชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์ และสุรีรัตน์ ณ วิเชียร. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(2). 53-66
6. เกสราวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2564;8(5):148-161.
7. นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2561;24(2), 83-96.
8. ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธีพร มูลศาสตร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(1). 105-116.
9. Rusdiana, Savira, M., & Amielia, R. The Effect of Diabetes Self-Management Education on Hba1c Level and Fasting Blood Sugar in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Primary Health Care in Binjai City of North Sumatera, Indonesia. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(4), 715-718.
10. Dong Y., Wang P., Dai Z., Liu K., Jin Y., Li A., et al. Increased self-care activities and glycemic controlrate in relation to health education via Wechat among diabetes patients: A randomized clinicaltrial. Medicine (Baltimore) 2018;97(50): e13632.
11. Madmoli M., Madmoli M., Aliabad M.A., Khodadadi M., Ahmadi F.P. A systematic review on theimpact of empowerment in improving self-care behaviors and some other factors in diabeticpatients. International Journal of Health and Biological Sciences 2019; 2(1): 11-16.
12. ณัฐนนท์ พีระภาณุรักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7(4). 199-209
13. อัทธนียา มารยาท. ประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง พฤติกรรมและระดับน้ำตาลใน

เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9(2):317-327

14. วัชราพร เนตรคำยวง. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2566;3(2): 79-82.
15. อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และนงณภัทร รุ่งเนย. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;32(2):229-231.

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันเนื่องจากภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา

Nursing care of the patient Acute kidney injury from Septic shock with Congestive heart failure and receiving Hemodialysis : A case study

(Received: August 16,2024 ; Revised: August 19,2024 ; Accepted: August 20,2024)

จริยาพร สังข์มณีโชติ[1]
Jariyaporn Sangmaneechote[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันเนื่องจากภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 66 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้รับการผ่าตัดขยายเส้นเลือดมา 1 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ไอ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่าปัญหาสำคัญในระหว่างการดูแล มีดังนี้ 1) ระยะก่อนฟอกเลือด ได้แก่ มีของเสียคั่งในร่างกาย มีภาวะน้ำคั่งในปอด วิตกกังวลเกี่ยวกับการใส่สายสวนฟอกเลือดและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) ระยะฟอกเลือด ได้แก่ มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด และเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการฟอกเลือดด้วยไตเทียม 3) ระยะหลังฟอกเลือด ได้แก่ เสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายในทุกระบบของร่างกาย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง หลังจากได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายลดลง ไม่มีภาวะน้ำคั่งในปอด ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในขณะและหลังฟอกเลือด มีความรู้ในการดูแลตนเอง แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และสามารถยุติการฟอกเลือดภายหลังจำหน่ายได้

คำสำคัญ: ไตวายเฉียบพลัน, ภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะหัวใจล้มเหลว, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problem and nursing care of a patient with Acute kidney Injury from Septic shock with Congestive heart failure and receiving Hemodialysis. This patient is a 66-year-old female with a history illness of type 2 Diabetes mellitus, Hypertension, Dyslipidemia, and Acute myocardial infraction had Percutaneous Coronary Intervention for 1 year. The patient came with the chief complaint of coughing, Dyspnea, and Orthopnea 2 hours before coming to the hospital. This study found that an important problem during care is as follows: 1) The pre-hemodialysis period includes uremia, pulmonary congestion, Anxiety about inserting a double lumen catheter and hemodialysis 2) The hemodialysis period includes hypotension and the other risk of complications from hemodialysis 3) The post-hemodialysis period includes the risk of easy bleeding in all systems of the body, Risk of deep vein thrombosis, and lack of knowledge to self-care. After receiving treatment and nursing care to correct and prevent such problems patients have decreased urea nitrogen levels, no pulmonary congestion, no incident of hypotension, and other complications during and post hemodialysis. The doctor discharges the patient to the home and after discharge can terminate hemodialysis.

Keywords: Acute kidney Injury, Septic shock, Congestive Heart Failure, Hemodialysis

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต 1 ใน 4 อันดับแรกของ

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ประชากรทั่วโลก[1] โดยข้อมูลของประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 หรือมีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ทุก 3 นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 ราย ในทุก 1 ชั่วโมง[2] ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คือ การได้รับการวินิจฉัยล่าช้า การได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การได้รับการรักษานอกหอผู้ป่วยวิกฤติ การเกิดภาวะช็อก (Septic shock) และการมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome; MODS) เช่น ระบบการหายใจล้มเหลว ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว หรือไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น[3] ซึ่งภาวะไตวายเฉียบพลันพบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต และในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบถึงร้อยละ 50[4] ทำให้เกิดไตวายเฉียบพลัน โดยการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เกิดการคั่งของของเสียในเลือด ร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือดได้[5] ส่งผลให้ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท และระบบโลหิตทำงานล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การดูแลรักษาเพื่อช่วยให้การทำงานของไตดีขึ้น มีความยุ่งยาก และซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โดยต้องควบคุมการให้สารน้ำและการให้เลือดมาเลี้ยงไตอย่างเพียงพอ ควบคุมภาวะกรดในเลือด ควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย การหลีกเลี่ยงยาที่เป็นพิษต่อไต การปรับขนาดของยาที่เหมาะสมกับอัตราการกรองของไต การให้สารอาหารที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ซึ่งหากการรักษาทางยาไม่ได้ผล ต้องปรับเปลี่ยนมาให้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยไตเทียมแทน[6] ซึ่งทุกระยะของการฟอกเลือดพยาบาลจำเป็นต้องประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับแพทย์ตลอดเวลา เพื่อการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และกรด ด่าง ตลอดจนการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้มเหลวของการทำงานระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น การติดเชื้อ ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นภาวะคุกคามที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

จากสถิติของงานไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 ให้บริการผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 128, 158 และ 164 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจำนวน 21, 23 และ 24 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 71 , 82 และ 76 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยอื่นๆ จำนวน 36 , 53 และ 64 ราย ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสาเหตุเกิดจากติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 7, 8 และ 10 ราย ตามลำดับ[7] จากผลกระทบทางพยาธิสภาพของการเกิดภาวะการ ติดเชื้อในกระแสเลือดและไตวายเฉียบพลันและความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแลรักษาดังกล่าวข้างต้น รวมถึงแนวโน้มของผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลงานไตเทียม จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกรณีศึกษา เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม ถูกต้อง และ รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยทุกระยะของการฟอกเลือด รวมทั้งฟื้นฟูการทำงานของไตให้กลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันเนื่องจากภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลวและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน ศึกษาทฤษฎีของโรคเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาล เลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหา และวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี ประวัติมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และทำผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจ มา 1 ปี รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด Warfarin เป็นประจำ มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการไอมีเสมหะมาก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ แพทย์ตรวจร่างกายและวิเคราะห์ผลการตรวจ chest x – ray และ EKG วินิจฉัยโรคเป็น acute decompensated heart failure with respiratory failure ให้การรักษาด้วยการใส่ ET Tube with ventilator, Lasix Ⓥ drip และรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล หลังจากเข้ารับการรักษา พบผู้ป่วยมีภาวะ metabolic acidosis with respiratory acidosis compensation, rapid atrial arrhythmia (AF with RVR) ได้รับการรักษาด้วย Amiodarone Ⓥ drip และปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย มีภาวะ Septic shock จาก UTI ได้รับการรักษาด้วย Levophed (4:250) Ⓥ drip สลับกับ Dopamine (2:1) Ⓥ drip และ Adrenaline (1:10) Ⓥ drip (เนื่องจากบางช่วงการเต้นของหัวใจผู้ป่วยจะมีภาวะ Bradycardia สลับกับ Tachycardia) keep MAP มากกว่า 65 mmHg, Meropenem 2 gm Ⓥ q 8 hr เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกทำให้ระบบต่างๆของร่างกายทำงานล้มเหลว ได้แก่ ไตเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury; AKI) ขาดความสมดุลของเกลือแร่ โดยมีภาวะ โปแตสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) และภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) ระบบเลือด มีภาวะโลหิตจาง (Anemia) และเกล็ดเลือดต่ำ(Thrombocytopenia) มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ได้รับการรักษาด้วยการให้ Kalimate 50 gm สวน x 2 dose, 10% Calcium gluconate 10 ml Ⓥ push, Lasix Ⓥ drip , Transamine 500 mg Ⓥ q 6 hr, Losec 40 mg Ⓥ q 12 hr, Vit K 10 mg Ⓥ × 2 day, FFP 2 unit Ⓥ drip, Platelet concentrate 10 unit Ⓥ drip หลังได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตกลับมาเป็นปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี sinus tachycardia ผลโปแตสเซียม และแคลเซียมในเลือดปกติ เกล็ดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ไม่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร แพทย์จึง หยุดให้ยาTransamine, Levophed, Dopamine, Adrenaline, Amiodarone แต่ผู้ป่วยยังมีหายใจเหนื่อย เนื่องจากมีภาวะน้ำคั่งในปอด มีภาวะยูรีเมีย ปัสสาวะออกน้อย แพทย์อายุรกรรมจึงปรึกษา อายุรแพทย์โรคไต พิจารณาให้ใส่สายฟอกเลือดชั่วคราวและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งในระหว่างการฟอกเลือดในแต่ละครั้งส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด ยกเว้นการฟอกเลือดครั้งที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้รับการแก้ไขตามแนวทางที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นไม่พบว่าเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำอีก ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งหมด 9 ครั้ง ผล BUN, Creatinine ลดลง GFR เพิ่มขึ้น INR ลดลง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดมาฟอกเลือดหลังจำหน่าย รวมระยะเวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 29 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วยมาฟอกเลือดอีก 1 ครั้ง ผล BUN, Creatinine, GFR, INR ดีขึ้นกว่าเดิม แพทย์จึงถอดสายสวนฟอกเลือดออก และนัดติดตามอาการที่คลินิกโรคไต โดยผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนทั้งสิ้น 10 ครั้ง

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนฟอกเลือด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. BUN สูง = 120 mg/dl, Creatinine สูง = 8.3 mg/dl, GFR ต่ำ = 4.56 ml/min/1.73 m^2 2. แพทย์วินิจฉัยโรค Acute kidney injury with Uremia **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีของเสียคั่งในร่างกาย ลดปริมาณของเสียคั่งในร่างกาย และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของไต	1. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว 2. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะยูเรียเมียที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ อาการทางระบบประสาทและสมอง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการชักกล้ามเนื้อกระตุก ชาปลายมือ ปลายเท้า อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออก ระบบหายใจ เช่น น้ำคั่งในปอด การหายใจล้มเหลว ระบบเลือด เช่น ซีด การแข็งตัวของเลือดช้าผิดปกติ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง อาการของเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (มีไข้ เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย) รวมถึงความสมดุลของกรด ด่าง และ อิเล็กโทรไลต์ ในร่างกาย เช่น อาการของการเกิดภาวะ Metabolic acidosis (ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็วลึก Kussmaul's breathing ความดันโลหิตต่ำ) อาการของโปแตสเซียมในเลือดสูง (กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ โดยจะพบ peaked T wave (tenting, prolonged PR interval (1st degree AV block) 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า BUN, Creatinine, GFR, Electrolyte, Hemoglobin, Hematocrit, Platelet count, Coagulogram 4. ติดตามผลการตรวจ EKG, CXR 5. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดการคั่งของเสียในร่างกาย ดังนี้ 5.1 เตรียมความพร้อมและใส่สายสวนฟอกเลือดชั่วคราว (Double lumen catheter; DLC) 1) ก่อนใส่สายสวนฟอกเลือด แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าตำแหน่งที่จะใส่เป็นตำแหน่งเส้นเลือดดำที่ขาหนีบข้างขวา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และให้ความร่วมมือในขณะใส่สายฟอกเลือด 2) เตรียมอุปกรณ์ และช่วยแพทย์ใส่สายสวนฟอกเลือดชั่วคราว 3) หลังจากใส่สายสายสวนฟอกเลือดชั่วคราว สังเกตภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออก มีก้อนเลือดบริเวณที่ใส่สายสวนฟอกเลือด 5.2 เตรียมความพร้อมในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1) ประเมินผู้ป่วยสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ อาการบวม ซีด อ่อนเพลีย ไข้ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริว 2) ประสานแพทย์ประเมิน Volume status จาก chest x- ray อาการบวม เสียง Crepitation ระดับความดันโลหิต เพื่อนำมาวิเคราะห์การปรับตั้ง กรดึงน้ำ (UF) ที่เหมาะสม 3) ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยอุณหภูมิร่างกาย เป็นการประเมินภาวะ การติดเชื้อ ความดันโลหิต สามารถประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย ประเมินการเต้นของชีพจร ได้แก่ อัตรา จังหวะ ความสม่ำเสมอ ความแรง ประเมินการหายใจ ได้แก่ อัตรา ลักษณะการหายใจ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับติดตามการเปลี่ยนแปลงขณะเริ่มทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4) ตรวจร่างกายเบื้องต้นในระบบที่สำคัญ ได้แก่ ปอด ฟังเสียงการหายใจของปอดทั้งสองข้าง สังเกตลักษณะการหายใจ หัวใจ ฟังเสียงการเต้นของหัวใจ 5) สอบถามอาการผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการฟอกเลือดครั้งก่อน รวมทั้งการแก้ไข 6) ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่มีความผิดปกติ รายงานและปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษาได้ทันท่วงที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7) พยาบาลไตเทียมล้างมือ สวมเครื่องป้องกันในการต่อวงจร ได้แก่ ถุงมือปลอดเชื้อ ผ้าปิดปาก จมูก แว่นตา และผ้ากันเปื้อนโดยใช้หลัก Standard precautions ตาม CDC guideline เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ระบบฟอกเลือด 8) ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ระบบน้ำบริสุทธิ์ เครื่องไตเทียม ให้ปลอดภัยพร้อมใช้งาน และตรวจสอบอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ ตัวกรองถูกชนิดตามแผน การรักษา ถูกคน ตรวจสอบตำแหน่งสายนำเลือด (blood line tube) ไม่มีการแตกรั่ว ตรวจดูฟองอากาศในวงจรฟอกเลือดนอกร่างกาย (Extracorporeal blood circuit) ข้อต่อต่างๆ ให้แน่น ดูระบบปั๊มเลือด (blood pump) ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน มีความแม่นยำ ระบบความปลอดภัยของเครื่องสามารถทำงานได้อย่างเที่ยงตรง 9) ตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์ ชนิดตรวจสอบชนิดน้ำยาไดอะไลเสสให้ตรงตามแผนการรักษา ปรับตั้งอุณหภูมิน้ำยาของเครื่องให้เหมาะสม 35.5 – 37.0 องศาเซลเซียส ปรับตั้งอัตราการไหลของไดอะไลเสส ปกติ 500 ml/min ปรับอัตราการไหลของเลือด การปรับตั้งเวลาในการฟอกเลือด การปรับตั้งอัตราการดึงน้ำออกจากร่างกายผู้ป่วย (Ultrafiltration rate) ตรวจสอบการตั้งค่าเครื่องไตเทียม สายนำเลือด ให้เรียบร้อยอีกครั้งก่อนเริ่มทำการฟอกเลือด 10) แจ้งผู้ป่วยทราบ ถ้าหากระหว่างฟอกเลือดมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบแจ้งพยาบาลทราบทันที เช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก เวียนศีรษะ ไม่สุขสบาย หาว ปวดท้อง คลื่นไส้ 11) เตรียมอุปกรณ์ ช่วยชีวิต ให้พร้อมใช้เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการวิกฤติ รายงานแพทย์ทราบอาการเมื่อมีอาการผิดปกติ 12) บันทึกการประเมินก่อนรับการฟอกเลือดตามกระบวนการพยาบาล ใน Hemodialysis sheet อย่างถูกต้อง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน อาการชัก กล้ามเนื้อกระตุก ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไม่มีอาการของภาวะ Metabolic acidosis, SBP 110 - 140 mmHg หลังฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 10 ครั้งผล BUN ลดลง = 40 mg/dl, Creatinine ลดลง = 3.17 mg/dl, GFR เพิ่มขึ้น = 14.59 ml/min/1.73 m^2, INR = 1.41
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลงจากการมีน้ำคั่งในปอดสาเหตุภาวะหัวใจวายและไตเสียหน้าที่ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย RR = 28 beat/min on ET tube with ventilator ฟังเสียงปอด ได้ยิน Crepitation both lung บวม กดบุ๋มบริเวณ ใบหน้า ลำตัว แขน ขา ระดับ 2^+ CXR พบ pulmonary congestion both lung แพทย์วินิจฉัยเป็น Congestive heart failure, Acute kidney injury, Respiratory failure **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	1. ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ เสียงหายใจ การขยายตัวของทรวงอก ระดับความรู้สึกตัว 2. จัดท่านอนศีรษะสูง (Semi fowler's position) เพื่อเพิ่มพื้นที่ปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 3. ดูแลให้ได้รับการช่วยหายใจด้วยการใช้ Ventilator setting PCV mode, FiO_2 1.0, PEEP 10 cmH_2O, RR 20 beat/min ตามแผนการรักษา 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่มีข้อบ่งชี้ 5. ประเมิน ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ กระสับกระส่าย สับสน หายใจเหนื่อยหอบ หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ สีผิว ปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ ริมฝีปากและเยื่อบุช่องปากซีด O_2 sat < 90% 6. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินการคั่งของน้ำในปอด 7. เตรียม และประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการการฟอกเลือดด้วยไตเทียม เพื่อดึงน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย โดยเฉพาะประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน **ประเมินผลการพยาบาล** หลังจากได้รับการฟอกเลือดด้วยไตเทียมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยลดลง RR = 20 beat/min หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และให้ O_2 Cannula 3 lit/min O_2 sat = 98% ฟังเสียงปอดไม่พบเสียง Crepitation หรือ Wheezing อาการบวมกดบุ๋มบริเวณ ใบหน้า ลำตัว แขน ขา ลดลง อยู่ระดับ 1^+

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใส่สายสวนฟอกเลือดและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ญาติสอบถามถึงอาการของโรค วิธีการใส่สายสวนฟอกเลือดชั่วคราว 2. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล สอบถามถึงการแทงเส้นฟอกเลือดจะเป็นอันตรายหรือไม่ 3. มีผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและเกิดภาวะช็อกรุนแรง แพทย์มีแผนการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใส่สายสวนและการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่สามารถลดปริมาณของเสียที่คั่งและน้ำเกินในร่างกาย 2. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ร่วมตัดสินใจวางแผนการรักษา และรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 3. อธิบายขั้นตอนการใส่สายสวนฟอกเลือดชั่วคราวและการฟอกเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือด ผลสำเร็จในการรักษา ระหว่างการฟอกเลือดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากอายุรแพทย์โรคไต และพยาบาลที่ผ่านการอบรมไตเทียม 4. สังเกตการแสดง ท่าทาง คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย เพื่อประเมินความวิตกกังวล 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยและได้ระบายความรู้สึก โดยตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยท่าที นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อยู่ในขอบเขตที่สามารถตอบได้ และตั้งใจฟังการระบายความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติอย่างเต็มใจ และเห็นใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการดำเนินของโรค การทำงานของไต ความจำเป็นในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความพร้อมทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย ให้ความร่วมมือในการใส่สายฟอกเลือดที่ขาหนีบข้างขวา
ระยะฟอกเลือด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดเนื่องจากการลดลงของปริมาณเลือดและสารน้ำในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ขณะฟอกเลือดมีการดึงน้ำออกจากพลาสมาปริมาณน้ำในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว น้ำจากเนื้อเยื่อเข้าสู่หลอดเลือดไม่ทัน ทำให้ Cardiac filling น้อย ทำให้ Cardiac output ลดลง จนเกิดความดันโลหิตต่ำ 2. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวและทำให้ภาวะความดันโลหิตต่ำได้ 3. มีภาวะซีดจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร Hct = 31% 4. ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกและครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมี BP เริ่มต้น 127/75 และ 121/61 mmHg ซึ่งมีโอกาสลดลงอีกร้อยละ 20 (102/60 และ 97/41 mmHg) ระหว่างการฟอกเลือด BP ต่ำ = 80/50 – 97/65 mmHg	1. ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ ตั้งการดึงน้ำ (UF) ระยะเวลาในการฟอกลือด(Duration) , ชนิดของตัวกรองเลือด (Dialyzer), ชนิดของน้ำยาไดอะไลเสส(Dialysate), Dialysate flow, Blood flow rate (BFR) และ Anticoagulant 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ Hemodynamic parameters (Systolic blood pressure (SBP), Diastolic blood pressure (DBP), Mean arterial pressure (MAP), O_2 sat) ในชั่วโมงแรกทุก 15 นาที หลังจากนั้นทุก 30 นาที 3. ประเมินอาการแสดงภาวะความดันโลหิตต่ำจากร่างกายขาดน้ำ ได้แก่ อาการง่วงซึม อ่อนเพลีย เสียงแหบแห้ง ผิวหนังมีสีซีด เย็นชื้น Capillary refill > 2 วินาที 4. Monitor NIBP หากพบ SBP < 90 mmHg, Pulse pressure แคบ MAP < 70 mmHg, EKG Sinus tachycardia รายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ 6. ดูแลให้ NSS 100 ml Ⓥ drip, 50% Glucose 50 ml Ⓥ เพื่อเพิ่ม osmolality ในการดึงน้ำเข้าสู่หลอดเลือด 7. ปรับลด UFR ลด BFR ปรับลด Dialysate temperature และรายงานแพทย์ทันที 8. จัดให้นอนหัวต่ำ Trendelenburg's position เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจ 9. ประเมินน้ำเข้าและออกในวงจรการฟอกเลือดทุก 30 นาที
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด และเพิ่มความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของความดันโลหิตต่ำ ได้แก่ หน้ามืด เวียนศีรษะ ผิวหนังมีสีซีด เย็น ชื้น ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ได้แก่ ง่วงซึม อ่อนเพลีย เสียงแหบแห้ง SBP= 110 - 140 mmHg, MAP = 83 – 97 mmHg Capillary refill time 2 – 3 วินาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้จากแพ้ตัวกรองฟอกเลือด	1. ประเมินอาการแพ้ตัวกรองเลือด Type A ช่วง 5-15 นาทีแรก ของการ ฟอกเลือด ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อยจากหลอดลมตีบ ผื่นคันคล้ายลมพิษ บวมบริเวณหน้า และตา คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว มีไข้ หนาวสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น เจ็บหน้าอก ความ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน การฟอกเลือดจะทำให้เลือดทำปฏิกิริยากับเยื่อของตัวกรองทำให้เกิดอาการแพ้ได้ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ จากแพ้ตัวกรองฟอกเลือด	ดันโลหิตต่ำและหัวใจหยุดเต้น Type B ช่วง 20 - 60 นาที หลังเริ่มฟอกเลือด ได้แก่ เจ็บหน้าอก ปวดหลัง 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที เมื่อสัญญาณชีพคงที่ โดยให้ค่า MAP ≥ 65 mmHg 3. ประเมินอาการแพ้ตัวกรองในช่วง 5 - 15 นาทีแรกของการรักษา ได้แก่ อาการหน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดหลัง 4. ประเมินและบันทึกระบบไหลเวียนเลือด และ Peripheral perfusion จากลักษณะสีผิว อุณหภูมิปลายมือ ปลายเท้า และชีพจรส่วนปลายทุก 1 ชั่วโมง ในช่วง 2 ชั่วโมงแรก จากนั้นทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าสิ้นสุดการฟอกเลือด **ประเมินผลการพยาบาล** ในการฟอกเลือดทุกครั้งผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดหลัง PR = 90 - 107 beat/min, RR = 16 - 20 beat/min, BP= 110/60 - 120/95 mmHg (ยกเว้นในการฟอกเลือดครั้งแรกและครั้งที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำจากสารน้ำในร่างกายลดลง)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริวจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และมีพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. กระบวนการฟอกเลือดมีการดึงน้ำ ของเสีย และเกลือแร่ ส่งผลให้เกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 2. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม EKG พบ rapid atrial arrhythmia (AF with RVR**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริว)	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 2. ประเมินน้ำเข้าและออกในวงจรการฟอกเลือดทุก 30 นาที 3. ติดตามประสิทธิภาพการทำงานของตัวกรอง ได้แก่ ค่า Venous Pressure drop, Arterial pressure, TMP หากมีค่าผิดปกติ รีบให้การแก้ไข เพื่อป้องกันการ Clot ในวงจร 4. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดระยะเวลาการฟอกเลือด 5. ประเมินอาการและอาการแสดงที่เกิดจากเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ได้แก่ 5.1 ภาวะ Hypokalemia ทำให้เกิด Cardiac arrhythmia ได้แก่ Flattening of T wave, ST segment depression, U wave prolong PR interval อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง 5.2 ภาวะ Hyperkalemia ทำให้เกิด Cardiac arrhythmia ได้แก่ Tending of T wave, Prolong PR interval, Widening QRS complex, Ventricular tachycardia อาการด้านระบบประสาท และกล้ามเนื้อแขน ขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุกเป็นตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน 5.3 ภาวะ Hypocalcemia มีอาการกล้ามเนื้อเป็นตะคริว ชาบริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า และรอบริมฝีปาก หายใจลำบาก เหงื่อออก positive Chvostek และ Trousseau signs หัวใจเต้นผิดปกติ EKG Bradycardia, prolonged QT interval 5.4 ภาวะ Hypercalcemia มีอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน สับสน หัวใจเต้นผิดปกติ EKG มี Shortened QT interval, Fist degree AV block 5.5 ภาวะ Hyponatremia มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึม สับสน กล้ามเนื้อชักกระตุก 5.6 ภาวะ Hypernatremia มีอาการ อ่อนแรง กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อกระตุก ซึม ชัก 5.7 Hypomagnesemia มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่นหรือกระตุก torsades de pointes 5.8 Hypermagnesemia มีอาการหัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจช้า 6. เจาะเลือดและติดตามผล CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PT, PTT, INR 7. ประเมิน บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย และเปรียบเทียบน้ำหนักตัวก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก คลื่นไฟฟ้า

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	หัวใจปกติ ไม่มีอาการกล้ามเนื้อเป็นตะคริว PR = 98 -100 beat/min, RR = 18 - 20 beat/min, BP = 110/60- 120/95 mmHg UF= 2,000 - 3,000 ml/HD ค่าเกลือแร่ในเลือดปกติ Na = 137 mmol/l, K = 4.6 mmol/ Ca = 8.6 mg/dl, Mg = 1.9 mg/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. กระบวนการฟอกเลือดมีรอยต่อหลายจุด เลือดของผู้ป่วยต้องสัมผัสกับน้ำยาฟอกเลือด 2. ผู้ป่วยได้รับการใส่ Double lumen catheter ที่ขาหนีบข้างขวา	1. ประเมินอุณหภูมิร่างกายก่อนการฟอกเลือด 2. ประเมินและดูแลแผล Exit site ของ Double lumen catheter ว่าแห้ง ไม่มีแดง ร้อน ไม่มีหนอง ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ 3. ปฏิบัติการเตรียมอุปกรณ์ฟอกเลือดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และดูแลให้วงจรฟอกเลือดให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา 4. ดูแลแผล Exit site ของ Double lumen catheter ให้ปิดมิดชิดตลอดเวลาขณะฟอกเลือด
3. ผู้ป่วยมีภูมิต้านทานร่างกายต่ำจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงและมีประวัติเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด	5. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการไข้ หนาวสั่น ขณะฟอกเลือด 6. งดการให้ยาหรือสารละลายใดๆ ทาง Double lumen catheter สำหรับฟอกเลือด 7. เจาะเลือดและติดตามผล CBC ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการติดเชื้อ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการไข้ หนาวสั่นขณะฟอกเลือด แผล Exit site ของ Double lumen catheter แห้งดี ไม่บวม แดง BT= 36.1 - 36.9 ^{o}C ผล CBC พบ WBC 11,600 - 12,290 cell/mm^3
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการอุดตันของตัวกรองและระบบสายส่งเลือดเนื่องจากการฟอกเลือดงดการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยงดใช้ Heparin **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการ อุดตันของตัวกรองและระบบสายส่งเลือด	1. ดูแลสาย Catheter and blood line ไม่ให้หักพับงอ เพื่อให้การไหลของเลือด Flow ตลอด ไม่ให้มีการหยุดของ Blood pump 2. ไม่ให้ส่วนประกอบของเลือด และยาที่ทำปฏิกิริยากันและเกิดเป็นตะกอนในวงจรฟอกเลือด ได้แก่ ยา Calciumเพราะอาจเกิดการตกตะกอนได้เมื่อผสมกับยาอื่นโดยเฉพาะ Phosphateโดยการผสมใน Sterile water 3. ปรับ BFR 150 - 200 ml/min ตามคำสั่งแพทย์ 4. ล้างระบบสายส่งเลือดด้วย 0.9% NSS 100 ml ทุก 30 นาที เพื่อป้องกันการอุดตันของตัวกรองและระบบสายส่งเลือด 5. ประเมินอาการและอาการแสดงการอุดตัน จากการสังเกตด้วยตาเปล่าระหว่างการทำ Saline flush บันทึกแรงดันต่าง ๆ ทุก 30 นาที ได้แก่ AP, VP, TMP ตาม Pressure monitor 6. ประเมินข้อบ่งชี้ถึงการอุดตันของตัวกรอง คือ ค่า TMP > 250 mmHg 7. ติดตามประสิทธิภาพการทำงานของตัวกรอง **ประเมินผลการพยาบาล** ไม่มีเลือดที่แข็งตัวในวงจรการฟอกเลือดนอกร่างกาย ค่า TMP, AP, VP ไม่เปลี่ยนแปลงจากค่าเดิม
ระยะหลังฟอกเลือด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายในทุกระบบของร่างกาย เนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. ค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ PT=24.1 วินาที, PTT= 33.1 วินาที, INR = 2.15 3. มีภาวะซีด Hct = 31 %, Platelet count ต่ำ = 82,000 cell/mm^3 4. ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยา Wafarin	1. เมื่อสิ้นสุดการฟอกเลือด fill Heparin + NSS ให้ปริมาตรพอดีกับ Priming volume ของสาย เพื่อป้องกัน Heparin เข้าสู่กระแสเลือด หากบริเวณ Exit site มีเลือดซึม เช็ดทำความสะอาดให้แห้ง ปิดก๊อสให้แน่น และแนะนำเรื่องการสังเกตและการดูแลแผลกับผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลหอผู้ป่วย 2. ประเมินการมีเลือดออกผิดปกติของผู้ป่วยและบันทึกอาการสำคัญ ได้แก่ การอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สังเกตรอยช้ำจ้ำเลือดต่างๆ จนระยะสิ้นสุดการฟอกเลือด 3. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือผิวหนังโดยไม่จำเป็น 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า Hct, Platelet count 5. แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังการกระทบกระแทกแรงๆ และการถูกของมีคม 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ การอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สังเกตรอยช้ำจ้ำเลือดต่างๆ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. มีเลือดออกบริเวณ Exit site	
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยมีเลือดออกในทุกระบบของร่างกาย	**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด เสมหะ ปัสสาวะ อุจจาระไม่มีเลือดปน ไม่มีเลือดออกบริเวณ Exit site Hct =32 %, Platelet count = 166,000 cell/min^3 PT= 15.8 วินาที, PTT = 24 วินาที, INR = 1.41 สัญญาณชีพ PR = 90 - 107 beat/min, RR = 16 - 20 beat/min, BP = 110/60 - 120/95 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก (Deep vein thrombosis) จากการใส่สายสวนฟอกเลือดชั่วคราวบริเวณขาหนีบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยใส่สายสวนฟอกเลือดบริเวณขาหนีบข้างขวา 2. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตันชั้นลึก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก	1. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก ดังนี้ 1.1 แนะนำผู้ป่วยกระดกข้อเท้า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการไหลเวียนเลือดจากส่วนปลาย 1.2 เฝ้าระวังและสังเกตขาข้างขวาที่ใส่สายสวนฟอกเลือด ถ้าพบอาการขาบวม ปวดร้อน หรือคลำได้หลอดเลือดเป็นลำแข็ง เนื่องจากมีการแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดดำ และมีการเปลี่ยนสีของผิวหนัง จากสีแดง เป็นสีคล้ำ หากมีอาการดังกล่าวปรึกษาหรือรายงานแพทย์ 2. แนะนำผู้ป่วยสวมกางเกงขาหลวมใส่สบาย หลีกเลี่ยงการนั่งงอขา หรือพับขา เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะสายสวนฟอกเลือดอุดตัน และภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในชั้นลึก 3. หลีกเลี่ยงการนอนตะแคงทับขาข้างที่ใส่สายสวนฟอกเลือด เพื่อป้องกันการกดเบียด ซึ่งอาจทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และสายฟอกเลือดอุดตันได้ **ประเมินผลการพยาบาล** ขาข้างขวาที่ใส่สายสวนฟอกเลือดไม่มีอาการบวม ปวดร้อน หรือคลำได้หลอดเลือดเป็นลำแข็ง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการดูแลตนอง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยและญาติ	1. ให้คำแนะนำการดูแลตนเองระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 1.1 ควรรับประทานอาหารให้เรียบร้อยก่อนการฟอกเลือด หากจำเป็นต้องรับประทานอาหารขณะฟอกเลือด ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายและใส่ภาชนะที่สะดวกไม่ควรเป็นอาหารมื้อหนักหรือปริมาณมาก เพราะทำให้เลือดไปเลี้ยงกระเพาะ เพื่อย่อยอาหารมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดได้อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย 1.2 ผู้ป่วยควรงดยาลดความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด เนื่องจากมีความเสี่ยงต่ออาการความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด 1.3 เมื่อมีอาการผิดปกติต่างๆ ต้องแจ้งพยาบาลก่อนการฟอกเลือด เช่น มีไข้ เจ็บแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ท้องผูก ท้องเสีย นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว สับสน หรือมีเลือดออกผิดปกติ เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด มีเลือดออกตามจุดต่างๆของร่างกาย เพื่อหาสาเหตุและให้การดูแลรักษาก่อนการฟอกเลือดได้อย่างเหมาะสม
	2. ให้คำแนะนำการดูแลตนเองขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แจ้งพยาบาลทันทีหากมีอาการผิดปกติ แม้เพียงเล็กน้อยเช่น เจ็บบริเวณที่แทงเข็ม หน้ามืดวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ แน่นหน้าอก หนาว หรือร้อนเกินไป เป็นตะคริว เพื่อได้รับการดูแล ป้องกัน และแก้ไขได้ทันท่วงที 3. ให้คำแนะนำการดูแลตนเองหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3.1 ชั่งน้ำหนักหลังการฟอกเลือดทุกครั้ง 3.2 หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน แจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบ เพื่อปรับการดึงน้ำที่เหมาะสม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.3 ดูแลความสะอาดของผิวหนังรอบสายสวนฟอกเลือด โดยห้ามแผลเปียกน้ำ ระวังการมีเหงื่อออกมาก การอับชื้นของแผล ห้ามแกะ เกาบริเวณแผล ระวังไม่ให้ผ้าปิดแผลหลุดเพราะจะเป็นช่องทางของเชื้อโรค ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ 3.4 ไม่ควรงอขาหรือนั่งพับขา เพราะอาจทำให้สายหัก งอ เลื่อนหลุดได้ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงการดูแลตนเอง และอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย จึงเกิดภาวะความดันในปอดสูง ทำให้เลือดคั่งในปอด เกิดภาวะน้ำท่วมปอด และภาวะการหายใจล้มเหลวตามมา[8] ต่อมาเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อก เนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว จึงไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกได้ทัน ส่งผลให้เกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายขาดความสมดุล เกล็ดเลือดต่ำ และภาวะไตวายเฉียบพลัน[9] ซึ่งปัญหาเกลือแร่ในร่างกายขาดความสมดุล เกล็ดเลือดต่ำได้รับการแก้ไขจนมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ผู้ป่วยยังมีของเสียคั่งในร่างกายเพิ่มขึ้น จนเกิดภาวะยูรีเมีย และภาวะนี้ยังส่งผลให้เกิดน้ำท่วมปอดมากขึ้น และไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา แพทย์จึงพิจารณาให้การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยไตเทียม ซึ่งจากการศึกษา วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย ตามผลที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อก มีความซับซ้อน ทั้งในแง่ของพยาธิสภาพของโรคและการรักษา พยาบาลไตเทียมต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ โดยมีเป้าหมายการดูแล คือ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะน้ำเกินปริมาณของเสียในร่างกายลดลง อยู่ในเกณฑ์ปกติ และฟื้นฟูสภาพไตให้กลับสู่ปกติ โดยวางแผนการพยาบาลทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งจากการประเมินผลการพยาบาลพบว่า ผลลัพธ์การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยไม่มีน้ำคั่งในปอด สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ปริมาณของเสียในร่างกายลดลง อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น และหยุดการฟอกเลือดได้ ซึ่งเป็นความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน แนวทางป้องกันและแก้ไข เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วย ไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป
2. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด และไตวายเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการตรวจราชการ ประจำปี 2562. [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2567] เข้าถึงจาก http://dmsic.moph.go.th/ index/detail/2779

2. กันยารัตน์ ม้าวิไล. (2020). เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อน และหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤต กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2563: 3(1): 43 - 60.
3. ซ่อนกลิ่น ชูจันทร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร2563; 29(1): 13 - 22.
4. สุพัตรา พรมงาม. (2566.) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2567] เข้าถึงจาก http://www.sko.moph.go.th/research/content/view/?id=30
5. คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561 [อินเตอร์เน็ต]. 2561 สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/
6. บัวหลัน หินแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. วารสารสภากาชาด 2559; 9(1): 46 - 62.
7. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564, 2565, 2566 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
8. ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะวิกฤติ. [อินเตอร์เน็ต]. 2562 สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/
9. แสงสม เพิ่มพูน. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock) [อินเตอร์เน็ต]. 2563 สืบค้นเมื่อ 11เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://publication.npru.ac.th/bitstream/

การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of continuous home care service model (Home Ward) with the participation of the community health service network in Kalasin Province.

(Received: August 17,2024 ; Revised: August 25,2024 ; Accepted: August 26,2024)

ถมญาณี โชติการณ์[1] ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้[1] วิภาวี เหล่าจตุรพิศ[1]
Thomyanee Chotikarn[1] Teerasak Poojomjae[1] Wiphawee Laochaturapit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) จังหวัดกาฬสินธุ์และศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน มิถุนายน 2565 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 26 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เข้ารับบริการรักษาในระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงระยะเวลา ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567 ใน 7 กลุ่มโรค เก็บรวบรวมข้อมูล โดย แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่โดย เทคนิคของ Scheffe

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน มี หน่วยบริการขึ้นทะเบียนและผ่านการประเมินการให้บริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ : ระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การมีส่วนร่วม

Abstract

This study was research and development project (Research and Development) with the objective of studying the context of the situation of continuing care for patients at home (Home Ward) in Kalasin Province and studying the development of a service system model for continuous care for patients at home (Home Ward). Home Ward) through the participation of the health service network in the community. Kalasin Province The study period was between June 2022 and August 2024, a total of 26 months. The sample group included hospital personnel involved in caring for patients receiving treatment in the continuous patient care service system at home (Home Ward). of hospitals in Kalasin Province During the period October 2023 - March 2024 in 7 disease groups, data were collected by questionnaire and analyzed by Content analysis: frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t - test, F - test with One way ANOVA technique and pairwise comparison by Scheffe's technique.

The results of the study found that after the operation, there were service units registered and passed the evaluation of the provision of inpatient care services at the Home ward. The readiness to evaluate the system for providing inpatient care services at the home (Home ward)) according to guidelines and standards for caring for patients in the home (Home ward), Department of Medical Services, Ministry of Public Health of relevant personnel Before and after operation There is a statistical significant difference at the .05 level,

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

where the readiness to evaluate the system for providing care services for inpatients at home (Home ward) according to guidelines and standards for care for inpatients at home (Home ward) Department of Medical Services, Ministry of Public Health of relevant personnel after operation Better before operation
Keywords: Continuous patient care service system at home, Participation

บทนำ

"บ้าน"นอกจากจะเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างสุขภาพสำหรับผู้คนตั้งแต่เล็กจนโตแล้ว สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างทบทวีได้ทำให้ "บ้าน" มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาและเยียวยาความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นไปไม่ได้ที่จะดูแลรักษากันอย่างยืดเยื้อในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล การทำบ้านให้เป็นเรือนผู้ป่วยจึงเป็นทางออกสำคัญ เป็นทางออกที่หากจัดการได้อย่างเหมาะสมก็จะลดความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติได้อย่างมหาศาล ในปัจจุบันที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของประชาชนที่ต้องมีการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมาก โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเร็วขึ้นทีม เครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการประสานงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาลและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย มีนโยบายหลักที่สำคัญเพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียมและสามารถเข้าถึงได้ง่าย

หลักการที่สำคัญประการหนึ่งคือการพัฒนางานการบริการระดับปฐมภูมิ การปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่งผลให้มีการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2545 โดยสาระสำคัญที่ประชาชนจะได้รับ คือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้อย่างเป็นธรรม ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน/ ติดเตียง ผู้พิการ เป็นต้น ประกอบกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้เตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์จึงมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการ ทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal–based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน หรือการดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล รักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษามีสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[1]หลักการที่สำคัญประการหนึ่งคือการพัฒนางานการบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล เน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก พัฒนาศักยภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนการลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับครัวเรือนของประชาชนและค่าใช้จ่ายของสถานบริการ สุขภาพทุกระดับเพื่อลดงบประมาณของประเทศในระยะยาว การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษา ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลรวมถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ในปีงบประมาณ 2566 ข้อมูลใน dashboard home

ward (ข้อมูล ณ วันที่ 28 กันยายน 2566) พบว่า มีหน่วยบริการขึ้นทะเบียน 659 แห่ง หน่วยบริการที่ขอเบิกชดเชยค่าบริการ จำนวน 131 หน่วย มีผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน จำนวน 7,407 คน จำนวน 7,776 ครั้ง เบิกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ 33,131,835 บาท ผลการให้บริการจำแนกรายคน/ครั้ง ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3,175 คน/3,444 ครั้ง ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 จำนวน 2,508 คน/2,510 ครั้ง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 1,044 คน/1,068 ครั้ง ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 282 คน/283 ครั้ง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 266 คน/271 ครั้ง และกลุ่มผู้ป่วยโรคแผลกดทับ จำนวน 153 คน/177 ครั้ง[2]

จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2566 มีประชากรจำนวน 972,101 คน เพศหญิง จำนวน 492,227 คน คิดเป็นร้อยละ 50.64 เพศชาย จำนวน 479,874 คน คิดเป็นร้อยละ 49.36 กลุ่มโรคผู้ป่วยในที่เข้าตามเงื่อนไขขึ้นทะเบียนหน่วยบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) ผู้ป่วยในนอนโรงพยาบาลในโรคเบาหวาน ปี 2564 2565 2566 มีจำนวน 13,016 คน 17,213 คน และ 17,539 ตามลำดับ ผู้ป่วยในนอนโรงพยาบาลในโรคความดันโลหิตสูง ปี 2564 2565 2566 มีจำนวน 17,263 คน 23,096 คน และ 23,700 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์,2566) มีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน Home Ward จำนวน 14 แห่ง ยังไม่ได้ดำเนินการขึ้นทะเบียน 4 แห่ง มีผลการให้บริการ Home Ward จำนวน 406 คน/406 ครั้ง บริการสูงสุดในการดำเนินงานได้แก่ โรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 280 คน/283 ครั้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 51 คน/51 ครั้ง และโรงพยาบาลกมลาไสย จำนวน 32 คน/32 ครั้ง[3]

พร้อมกันนี้จะเห็นได้ว่าในแต่ละปีจังหวัดกาฬสินธุ์ จะมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปีอาทิเช่น กลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ หากไม่สามารถควบคุมเบาหวานในเลือดได้ จะผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงหรือเลือดเป็นกรด ซึ่งทั้ง 3 อาการก็สามารถเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง คือเกิดในระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นความเสื่อมของเส้นเลือดตามอวัยวะต่างๆในร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตาและเส้นเลือดที่ขาเช่น เบาหวานขึ้นจอตา ไตวาย เป็นต้น ดังนั้น การให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน นอกจากจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพของการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ลดค่าใช้จ่ายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[2]

ดังนั้น เพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการดูแลต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ให้มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมทั้งพัฒนาทักษะความรู้ของผู้ดูแล ครอบครัว และเครือข่ายชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2565 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 26 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เข้ารับบริการรักษาในระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เข้ารับบริการรักษาในระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงระยะเวลา ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567 ใน 7 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบ 3) ผู้ป่วยแผลกดทับ 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันภายใต้ระบบบริการการผ่าตัดวันเดียว 5) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) 6) กลุ่มเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 7) ผู้ป่วยโควิด-19 โดยเป็นผู้ป่วยที่รักษาตัวแบบผู้ป่วยในที่บ้านอยู่ในชุมชน ในวันเวลาสถานที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หากแต่เมื่อมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลรักษาต่อที่บ้านได้ จำนวน 461 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนการพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน คือ การสำรวจและประเมินความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) การขึ้นทะเบียนการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) การซักซ้อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ การขยายผล ประเมินความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์ และขึ้นทะเบียนการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์และติดตามประเมินผลและสรุปถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบวัดความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความพร้อม อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความพร้อม อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความพร้อม อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความพร้อม อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความพร้อม อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความพร้อมมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความพร้อมมาก
2.61 – 3.40	มีความพร้อมปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความพร้อมน้อย
1.00 - 1.80	มีความพร้อมน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)[4] ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.897

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจและประเมินความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การขึ้นทะเบียนการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ซักซ้อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

4. ขยายผล ประเมินความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์และขึ้นทะเบียนการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์

5. ติดตามประเมินผลและสรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ใน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก่อนและหลังดำเนินการ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ในการเปรียบเทียบความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระหว่างโรงพยาบาล และเปรียบเทียบรายคู่โดย เทคนิคของ Scheffe

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 162/2566

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ หน่วยบริการขึ้นทะเบียนการให้บริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward จังหวัดกาฬสินธุ์ (มิถุนายน 2565) พบว่า มีโรงพยาบาลผ่านการขึ้นทะเบียน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยางตลาด และโรงพยาบาลกมลาไสย

2. การเปรียบเทียบความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระหว่างโรงพยาบาล (มิถุนายน 2565) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลยางตลาด และโรงพยาบาลกมลาไสย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด

3. การซักซ้อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ การขยายผล ประเมินความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การจัดบริการตามวัตถุประสงค์ การกำหนดรูปแบบการให้บริการ การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน การประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน แนวทางปฏิบัติในการให้การบริการ home ward องค์ประกอบของทีมดูแลต่อเนื่อง แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายโรค

4. สถานการณ์ หน่วยบริการขึ้นทะเบียนการให้บริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward จังหวัดกาฬสินธุ์ (กันยายน 2566) พบว่า มีโรงพยาบาลผ่านการขึ้นทะเบียน จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลสมเด็จ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลร่องคำ โรงพยาบาลเขาวง โรงพยาบาลสหัสขันธ์ โรงพยาบาลคำม่วง โรงพยาบาลท่าคันโท โรงพยาบาลหนองกุงศรี โรงพยาบาลสามชัย โรงพยาบาลนาคู และโรงพยาบาลฆ้องชัย

5. การเปรียบเทียบความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระหว่างโรงพยาบาล (กันยายน 2566) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลสมเด็จ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลร่องคำ โรงพยาบาลเขาวง โรงพยาบาลสหัสขันธ์ โรงพยาบาลคำม่วง โรงพยาบาลท่าคันโท โรงพยาบาลหนองกุงศรี โรงพยาบาลสามชัย โรงพยาบาลนาคู และโรงพยาบาลฆ้องชัย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด

6. การเปรียบเทียบความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ก่อนและหลังการดำเนินการ (กันยายน 2566) ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาล

สมเด็จ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลร่องคำ โรงพยาบาลเขาวง โรงพยาบาลสหัสขันธ์ โรงพยาบาลคำม่วง โรงพยาบาลท่าคันโท โรงพยาบาลหนองกุงศรี โรงพยาบาลสามชัย โรงพยาบาลนาคู และโรงพยาบาลฆ้องชัย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

7. การซักซ้อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ การขยายผลเพิ่มศักยภาพความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเติมเต็มส่วนขาดของโรงพยาบาลดอนจาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลห้วยผึ้งและโรงพยาบาลนามน ส่งผลให้ทั้ง 4 โรงพยาบาลผ่านการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2567

8. การเปรียบเทียบความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ก่อนและหลังการดำเนินการ(กรกฎาคม 2567) ของโรงพยาบาลดอนจาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลห้วยผึ้งและโรงพยาบาลนามน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์ หน่วยบริการขึ้นทะเบียน การให้บริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward จังหวัดกาฬสินธุ์ (มิถุนายน 2565) พบว่า มีโรงพยาบาลผ่านการขึ้นทะเบียน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยางตลาด และโรงพยาบาลกมลาไสย และการเปรียบเทียบความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระหว่างโรงพยาบาล (มิถุนายน 2565) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลยางตลาด และโรงพยาบาลกมลาไสย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ดังนั้น จึงได้จัดทำการซักซ้อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ การขยายผลประเมินความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การจัดบริการตามวัตถุประสงค์ การกำหนดรูปแบบการให้บริการ การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน การประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่

พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน แนวทางปฏิบัติในการให้การบริการ home ward องค์ประกอบของทีมดูแลต่อเนื่อง แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายโรค ภายใต้แนวคิดของแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[1]

ส่งผลให้มีโรงพยาบาลผ่านการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่งและความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ก่อนและหลังการดำเนินการ (กันยายน 2566) ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลสมเด็จ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลร่องคำ โรงพยาบาลเขาวง โรงพยาบาลสหัสขันธ์ โรงพยาบาลคำม่วง โรงพยาบาลท่าคันโท โรงพยาบาลหนองกุงศรี โรงพยาบาลสามชัย โรงพยาบาลนาคู และโรงพยาบาลฆ้องชัย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของสมสมัย รัตนกรีฑากุล และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) ริเริ่มนโยบายกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อลดอัตราครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และลดค่าใช้จ่าย 2) การสร้างทีมงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้าน พยาบาลสอนฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้เช่นเดียวกับได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3) การสร้างเครือข่ายการดูแล ได้แก่ กลุ่มองค์กร อาสาสมัคร และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้งบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย 4) ได้รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาคารอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลดอัตราครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ ผลการวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริหารงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอตามบริบทพื้นที่ แต่ยังพบว่ามีโรงพยาบาล 4 แห่ง ที่ยังไม่ผ่านการประเมินจึงได้ มีการการซักซ้อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ การขยายผลเพิ่มศักยภาพความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเติมเต็มส่วนขาด ทำให้ทั้ง 4 โรงพยาบาลผ่านการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2567

ทั้งนี้เนื่องจากการนำเอาแนวคิดในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม[5,6] สอดคล้องกันกับการศึกษาของสุปราณี บุญมี

และคณะ (2562)[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (2) คืนข้อมูลจากการศึกษา (3) ประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อจัดทำแผน (4) ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ (5) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วม (6) ประเมินผล (7) จัดเวทีถอดบทเรียน และ (8) ทดสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ผลปรากฏว่าในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (2) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและ (3) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานตามขั้นตอน พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก และด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก โดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุ และ 3) ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ก่อนและหลังการดำเนินการ (กรกฎาคม 2567) ของโรงพยาบาลดอนจาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลห้วยผึ้งและโรงพยาบาลนามน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เพียงพิมพ์ ปัณระสี ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข.(2565)[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริการสุขภาพปฐมภูมิ มี ขีดจำกัด การเข้าถึงบริการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน และได้รับบริการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านที่ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครอบคลุม และไม่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล 2) รูปแบบการดูแล ประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้น มี 3 ขั้นตอนคือขั้นแรกเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ ขั้นที่สอง เป็นการให้บริการดูแลประคับประคองที่บ้าน และ ขั้นที่สามเป็นการติดตามและประเมินผล รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสม เฉลี่ยร้อยละ 98.21 มี ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 95.25 3) การนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่วิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ นอกจากนี้ยังทำให้ประชาชนในพื้นที่บริการปฐมภู มิเข้าถึงบริการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.39 เป็นร้อยละ 81.32

ข้อเสนอแนะ

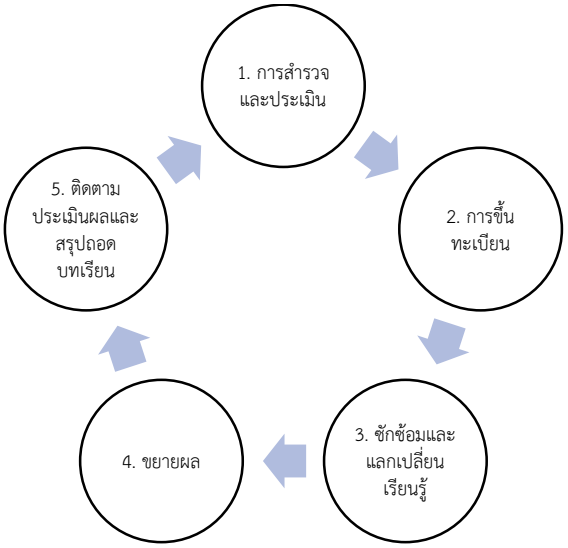
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กิจกรรมหรือขั้นตอนการพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน คือ การสำรวจและประเมินความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) การขึ้นทะเบียนการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่

บ้าน (Home Ward) การซักซ้อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ การขยายผล ประเมินความพร้อมของการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์และขึ้นทะเบียนการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดกาฬสินธุ์ และติดตามประเมินผลและสรุปถอดบทเรียน ดังภาพประกอบ 1

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนของระบบต่อไป



ภาพประกอบ 1 การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

โดยที่ RESEARCH คือ ข้อ 1 – 3
Development คือ ข้อ 4 และ 5

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565).แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.กรกฎาคม 2565.กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นวันที่ 18 กันยายน 2566.https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2565).รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองจากฐานข้อมูลบริการ HDC จังหวัดกาฬสินธุ์ 2562 - 2564 2565(ตุลาคม 2564 - มิถุนายน 2565).จังหวัดกาฬสินธุ์.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2565). เอกสารตรวจราชการ Service Plan สาขา Intermediate Care. จังหวัดกาฬสินธุ์.
4. บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่10. กรุงเทพฯ: บริษัท สุวีริยาสาส์น จำกัด.

6. สมสมัย รัตนกรีฑากุล, สุรีย์รัตน์ ธนากิจ, นิสากร กรุงไกรเพชร, อริสรา ฤทธิ์งาม.(2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 26(1). 79-90
5. วิราวรรณ์ เพ็ชรนาวาและทิพย์วรรณ สุขใจรุ่งวัฒนา. (2564). “แนวทางการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพของโรงเรียนมัธยมศึกษาในสหวิทยาเขตวิภาวดี กรุงเทพมหานคร,” วารสารมจร การพัฒนาสังคม. 6(2), 93-107
7. สุปราณี บุญมี ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว สุพิตรา เศลวัตนะกุล.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 5(4). 38-49
8. เพียงพิมพ์ ปัณระสี ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 32(1). 40-55

การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Application of local wisdom for care elderly with participation in community of Namon District, Kalasin Province.

(Received: August 18,2024 ; Revised: August 24,2024 ; Accepted: August 25,2024)

ธีรพัฒน์ สุทธิประภา[1], อรรถวิทย์ เนินชัด[2], เกรียงไกร ประจัญศรี[3]
Teerapat Suttiprapa[1], Auttawit Nurnchat[2], Kraingkri Prajunsri[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2566 – เดือน กันยายน 2567 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำชุมชน อสม. และตัวแทนผู้สูงอายุ 3,550 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย กระบวนการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและวิเคราะห์แบบสามเส้า เชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาเรื่องเดินลำบาก ร้อยละ 44.56 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง ร้อยละ 69.58 การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 80.45 การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนนามน มีดังนี้ 1) ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุตามแต่ละชุมชนต้องการตามภูมิปัญญา เช่น ลำไม้พอง บาสโลบ แอโรบิก รำมวยไทยตามฉบับนายเขตสียาภัย เป็นต้น 2) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุในแต่ละตำบลส่งเสริมความรู้ตามภูมิปัญญา เช่น การใช้น้ำมันสมุนไพร 11 สหาย การแต่งกลอนลำให้ความรู้ เช่นหมอลำ Stroke 3) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุตามภูมิปัญญาของตำบลและชุมชน เช่น สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผัก การตากใบยาสูบ การบรรจุซองใบยาสูบ การเลี้ยงไก่ การเลี้ยงตั๊กแตน 4) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้เท้า รถเข็น แว่นตา อาหาร ข้าวสาร นม ไข่ โดยบูรณาการร่วมกับโครงการคนนามนไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังร่วมกับนายอำเภอนามน และ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ผ่านการอบรมและงบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตใจ เช่น การประเมิน 2Q, 9Q TGDS สนับสนุนการบริจาคชุดขาวเพื่อให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรม

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ, ภูมิปัญญาท้องถิ่น, การมีส่วนร่วม

Abstract

This research is participatory action research (PAR) aims to study application of local wisdom for care elderly with participation in community, Namon District, Kalasin Province. Study was conducted during October 2023 - September 2024, total of 12 months. Sample group was community leaders, village health volunteers, and representatives of the elderly, 3,550 people. Tools used in the research consisted of the process of applying local wisdom in taking care of the elderly with participation in the community. General information interview form Screening assessment for ability to perform daily activities (ADL) and Sadness Assessment for Thai Elderly (TGDS). Qualitative data were analyzed using content analysis and triangulation. Quantitatively, descriptive statistics were used, percentages, medians.

The results of the study found that most of the problems of the elderly include difficulty walking, 44.56%. Their ability to carry out daily activities (ADL) is mostly non-dependent, 69.58%. Assessment of the

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลนามน
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ

level of sadness in the elderly. (TGDS) Most of them do not have depression, 80.45 percent. The application of local wisdom in taking care of the elderly with participation in the Namon community is as follows: 1) Promote exercise in the elderly according to the needs of each community according to wisdom, such as Lam Mai Phong, Bass Lob, aerobics, Thai boxing according to the style of Mr. Khet Siyaphai, etc. 2) Promote knowledge among the elderly and caregivers. Through schools for the elderly in each sub-district, promoting knowledge based on wisdom, such as using 11 herbal oils, composing knowledge poems such as Mo Lam Stroke. 3) Promoting careers and income for the elderly according to the wisdom of the sub-district and community, such as supporting vegetable seeds. drying tobacco leaves packing tobacco leaves, raising chickens, raising grasshoppers 4) supporting environmental management in the home Support various equipment such as canes, wheelchairs, glasses, food, rice, milk, eggs by integrating with the Namon Project, leaving no one behind in collaboration with Namon District Chief and the Community Elderly Caregiver Project by people who have undergone training and budget from the organization. Local government 5) Support mental health care, such as 2Q, 9Q assessments. TGDS supports donation of white clothes for the elderly to practice Dhamma.

Keywords: Elderly care, local wisdom, participation

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548[1] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 19.6 ซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยครั้งที่ 7 (ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2564) พบว่า ดัชนีการสูงอายุในช่วงเวลา 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงเกือบ 6 เท่าตัว โดยในปี 2564 มีค่าเท่ากับร้อยละ 120.5 (ซึ่งมากกว่า 100) และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยมีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเท่ากับร้อยละ 30.5 แต่ในส่วนอัตราส่วนเกื้อหนุนกลับมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 3.3 ในปี 2564 นั่นคือในปี 2564 ผู้สูงอายุ 1 คน มีประชากรวัยทำงานที่ให้การเกื้อหนุนเพียงประมาณ 3 คนเท่านั้น[2] รวมถึงในปัจจุบันโรคโควิด-19 ยังมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมากทั้งทางสุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งนี้สภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากโรคที่สะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน และเพิ่มมากขึ้นจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะระบบต่างๆ รวมถึงภาวะภูมิคุ้มกันที่ถดถอย[3] ซึ่งจากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาที่เกิดจากโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุจากการหกล้ม สุขภาพจิต ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นตัวเลือกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเพิ่มคุณค่าในสังคม การใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมร่วมกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นกระบวนที่ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งที่เป็นองค์ความรู้ในระดับเทคนิค องค์ความรู้ในระดับระบบการผลิตและการจัดการทรัพยากร องค์ความรู้ในระดับความเชื่อพิธีกรรม วิถีปฏิบัติ และองค์ความรู้ในระดับวิธีคิด[4] ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ตรง ประสบการณ์ของบุคคลอื่น หรือสังเคราะห์ขึ้นใหม่ด้วยตนเองและบุคคลอื่น เพื่อนำมาถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คัดเลือก ตัดสินใจ ปฏิบัติ ใช้หรือรับประโยชน์ และประเมินผลร่วมกัน อันจะส่งผลให้เกิดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมครัวเรือน ชุมชน และพื้นที่สาธารณะให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ รวมถึงเกิดองค์ความรู้ในการพึ่งพา

ตนเอง และปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีศักดิ์ศรี สอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การสหประชาชาติที่ได้เสนอแนวทางการพัฒนาด้านผู้สูงอายุใน 5 มิติ ประกอบด้วย มิติความเป็นอิสระ มิติการมีส่วนร่วม มิติการดูแลและบริการสุขภาพ มิติความสมประสงค์ และมิติด้านศักดิ์ศรี เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ความอยู่ดีมีสุขด้านจิตใจและสังคม หลักประกันทางเศรษฐกิจ และความพึงพอใจในชีวิต[4]

จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 162,624 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ของประชากรทั้งหมด[6] ซึ่งเป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุชาย 72,581 คน (ร้อยละ 44.6) และผู้สูงอายุหญิง 90,043 คน (ร้อยละ 55.37)[5] ซึ่งในทุกช่วงวัยมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ที่ผ่านมาจังหวัดกาฬสินธุ์ได้มุ่งเน้นพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการ และคัดกรองสุขภาวะผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมความต้องการทางสุขภาพที่จำเป็น (health needs) ทั้งหมด โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ เชิงรุก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาวะหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเพิ่มคุณค่าในสังคมอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเสี่ยงความเป็นอยู่ดีมีสุขด้านจิตใจและสังคมลดต่ำลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดรูปแบบและสาระสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีมีคุณภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

อำเภอนามน เป็นอำเภอที่มีอายุคาดเฉลี่ยสั้นที่สุดในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีอายุคาดเฉลี่ยปี 2565 อยู่ที่ 72.08 ปี และ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี อยู่ที่ 66.52 ปี เกณฑ์ต่ำกว่าระดับประเทศคืออายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 85 ปี และ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 75 ปี มีผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียงจำนวน 8 คน กลุ่ม ติดบ้าน 34 คน และติดสังคม 1,117 คน รวม 1,159 คน จากปัญหาดังกล่าวควรวิจัยเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตอนปลายเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ โดยการยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไปที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง รวมถึงการเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาดังกล่าว พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านระบบการดูแลระยะยาว หรือ Long Term Care เป็นการดูแลสุขภาพผ่านชุมชน มีผู้จัดการสุขภาพ คือ มีผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ หรือ Care Manager และมีอาสาคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนทั่วไปที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ที่สามารถลงพื้นที่ไปดูแลผู้สูงอายุตามบ้านได้ หรือ Care giver ซึ่งเป็นระบบชุมชนเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และต้องเน้นป้องกันและดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและคัดกรองหาความเสี่ยง เข้าสู่ระบบการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาว มีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นแนวผลักดันร่วมกับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์สุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนามน

2. ศึกษาบริบท ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนนามน

3. ศึกษาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนนามน

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่องเรื่องการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 – เดือน กันยายน 2567 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3,550 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้เข้าร่วมโครงการศึกษาการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 – เดือน กันยายน 2567 รวม 12 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ได้มีการจัดกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) การถอดบทเรียน บริบทพื้นที่ของผู้สูงอายุในชุมชน สรุป จัดจำแนกปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน และบริบท ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการกำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) 3) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความ ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 28/2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์สุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนามน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 3,550 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 2,002

คน ร้อยละ 56.39รองลงมาเป็น เพศชาย จำนวน 1,548 ร้อยละ 43.61 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 71-75 ปี จำนวน 1,229 คนร้อยละ 34.62 รองลงมา 65-70 ปี จำนวน 1,020 คน ร้อยละ 28.73 และ ช่วงอายุ 76-80 ปี จำนวน 552 คน ร้อยละ 15.55 ตามลำดับ สถานภาพส่วนมาก แต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 1,892 คน ร้อยละ 53.30 รองลงมา สถานะหม้าย จำนวน 1,226 คน ร้อยละ 34.54 และ โสด จำนวน 432 คน ร้อยละ 12.17 ตามลำดับระดับการศึกษาส่วนมาก ประถมศึกษา จำนวน 1,832 คน ร้อยละ 51.61 รองลงมา ไม่เรียนหนังสือ จำนวน 1,332 คน ร้อยละ 37.52 และ มัธยมศึกษา จำนวน 342 คน ร้อยละ 9.63 ตามลำดับอาชีพส่วนมาก ว่างงาน/ดูแลบ้าน จำนวน 2,387 คน ร้อยละ 67.24 รองลงมาทำนา จำนวน 877 คนร้อยละ 24.70 และรับจ้างทั่วไป จำนวน 286 คน ร้อยละ 8.06 ตามลำดับ โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรค ความดันโลหิตสูง จำนวน 1,754 คนร้อยละ 49.41 รองลงมา เบาหวาน จำนวน598 คน ร้อยละ 16.85 และ ไตเรื้อรัง จำนวน 542 คน ร้อยละ15.27 ตามลำดับ ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาเรื่องเดินลำบาก จำนวน 1,582 คน ร้อยละ 44.56 รองลงมาปวดเข่าจำนวน 1,208 คน ร้อยละ 34.03 และการมองเห็น จำนวน 453 คน ร้อยละ 12.76 ตามลำดับ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 2,470 คน ร้อยละ 69.58 รองลงมาภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 826 คน ร้อยละ 23.27 และภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 182 คน ร้อยละ 5.13 และภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน) จำนวน 72 คน ร้อยละ 2.03 การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 5 คะแนน) จำนวน 2,856 คน ร้อยละ 80.45 รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ต้องติดตาม 6 – 10 คะแนน) จำนวน 662 คน ร้อยละ 18.65 และมีภาวะซึมเศร้า (พบแพทย์ 11 – 15 คะแนน) จำนวน 32 คน ร้อยละ 0.90

2. ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนามน ผู้สูงอายุชุมชนนามน มีปัญหาเรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาล มีอาการเดินลำบาก การอยู่การกินค่อนข้างลำยาก เบี้ยผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ส่วนมากร้องขอให้ปรับเบี้ยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจุบัน 600-800 บาทนั้นไม่เพียงพอ ในบางพื้นที่อยากให้รัฐ และท้องถิ่นช่วยสนับสนุนอาชีพเล็กๆน้อยๆในผู้สูงอายุ มีความต้องการอยากได้ครอบครัวที่อบอุ่น มีความรู้สึกเหงาบ้างในบางเวลา ต้องการระบบการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจากท้องถิ่น เช่น คนดูแลในกรณีที่ไม่มีญาติ ผู้สูงอายุติดเตียง คาดหวังผู้ดูแลที่มีความรู้ดี ทักษะดี พึ่งพาได้ ต้องการให้มีรถรับส่งบริการผู้สูงอายุในชุมชน ต้องการระบบโทรศัพท์ฉุกเฉินที่ติดตั้งในบ้านผู้สูงอายุ ต้องการให้รัฐลงไปดูสิ่งแวดล้อม บ้าน ห้องน้ำ ระบบอำนวยความสะดวกในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดิน หรือ อยู่ตามลำพัง มีความต้องการอยากให้ผู้บริจาคนอกจากไปทำบุญที่วัดแล้ว นอกจากบริจาคสิ่งของเข้าวัดอยากให้ช่วยบริจาคชุดขาวให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรมด้วย มีความต้องการไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน แว่นตา อาหารเสริม นม น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม ไข่ ข้าวสาร ไว้ประกอบอาหารไว้กินเอง ต้องการเครื่องนุ่งห่มบ้างในฤดูหนาวและฝน

3. บริบทอำเภอนามน ส่วนมากมีวิถีชีวิตอยู่บ้านเลี้ยงหลาน นิยมอยู่บ้านเฉยๆไม่ค่อยมีรายได้ ไม่ค่อยมีงาน อาศัยเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ และเงินจากลูกหลาน ในกลุ่ม 60-70 ปี พบว่ายังทำงานได้ เช่น ทำนา ทำไร่ ปลูกผักขาย 70-79 ปี จะเริ่มมีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การเดิน ภาวะสมองเสื่อม การมองเห็น กลุ่มนี้ ต้องการผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายในการเดินทางพบแพทย์ ในระยะนี้เริ่มมีผู้เสียชีวิตมากที่สุด ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุจะไม่ทำงาน นิยมอยู่บ้าน มีส่วนน้อยที่เริ่มมีภาวะสมอง

4. การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนนามน มีดังนี้

1) ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุตามแต่ละชุมชนต้องการตามภูมิปัญญา เช่น ลำไม้พองบาสโลบ แอโรบิก รำมวยไทยตามฉบับนายเขตสียาภัย เป็นต้น 2) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุในแต่ละตำบลส่งเสริมความรู้ตามภูมิปัญญา เช่น การใช้น้ำมันสมุนไพร 11 สหาย การแต่งกลอนลำให้ความรู้ เช่นหมอลำ Stroke 3) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุตามภูมิปัญญาของตำบลและชุมชน เช่น สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผักเพื่อส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ สนับสนุนงานง่ายๆเช่น การตากใบยาสูบ การบรรจุใบยาสูบ สนับสนุนการเลี้ยงสัตว์ที่ผู้สูงอายุทำได้ เช่น การเลี้ยงไก่ การเลี้ยงตั๊กแตน 4) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ ปรับปรุงบ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้เท้า รถเข็น แว่นตา สนับสนุนอุปกรณ์ประกอบอาหาร เช่น ข้าวสาร ไข่ อาหารเสริม เช่น นม น้ำดื่มสะอาด โดยบูรณาการร่วมกับโครงการคนนามนไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังร่วมกับนายอำเภอนามน และ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ผ่านการอบรมและงบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตใจ เช่น การประเมิน 2Q, 9Q TGDS สนับสนุนการบริจาคชุดขาวเพื่อให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรม

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์สุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนามน ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 71-75 ปี สถานภาพส่วนมากแต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน การศึกษาส่วนมากประถมศึกษา อาชีพส่วนมากว่างงาน/ดูแลบ้าน โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ ไตเรื้อรัง ตามลำดับ ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนมากเดินลำบาก ปวดเข่า และการมองเห็น ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง รองลงมาภาวะพึ่งพิงปานกลาง และภาวะพึ่งพิงรุนแรง ตามลำดับ การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ สุวมน โพนสาลี[7]

ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนามน ผู้สูงอายุชุมชนนามน มีปัญหาเรื่องการเดินทาง รายได้เบี้ยผู้สูงอายุไม่เพียงพอ คนดูแลในกรณีที่ไม่มีญาติ ผู้สูงอายุติดเตียง คาดหวังผู้ดูแลที่มีความรู้ดี ทักษะดี ต้องการระบบโทรศัพท์ฉุกเฉินที่ติดตั้งในบ้านผู้สูงอายุ ต้องการให้รัฐช่วยเรื่องบ้านและสิ่งแวดล้อม อยากให้ช่วยบริจาคชุดขาวให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรมด้วย มีความต้องอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้เท้า รถเข็น แว่นตา อาหาร อาหารเสริม ไว้ประกอบอาหารไว้กินเอง ต้องการเครื่องนุ่งห่มบ้างในฤดูหนาวและฝน สอดคล้องกับ ปฏิภาณี ขันธโภค และคณะ[8]

บริบทอำเภอนามน ส่วนมากมีวิถีชีวิตอยู่บ้านเลี้ยงหลาน นิยมอยู่บ้านเฉยๆไม่ค่อยมีรายได้ ไม่ค่อยมีงาน อาศัยเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ และเงินจากลูกหลาน บางกลุ่มยังทำงานได้ มีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การเดิน ภาวะสมองเสื่อม การมองเห็น สอดคล้องกับ จินต์ ประวีร์ เจริญฉิม[9]

การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนนามน ส่วนมากมีการประยุกต์ใช้จากภูมิปัญญาของแต่ละชุมชน ความเข้มแข็งของแต่ละชุมชนแตกต่างกันออกไป การสนับสนุนของแต่ละท้องถิ่นก็มีความแตกต่างกันไป แต่สามารถผลักดันผ่านระบบสุขภาพอำเภอได้ โดยเน้นไปที่ 1) การส่งเสริมการออกกำลังกาย 2) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล 3) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุ 4) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมปรับปรุงบ้านและอุปกรณ์ในบ้านผู้สูงอายุ โดยบูรณาการร่วมกับโครงการคนนามนไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังร่วมกับนายอำเภอนามน และโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ผ่านการอบรมและงบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียรและคณะ[10]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ควรเหมาะกับกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญา และบูรณาการกับทุกภาคส่วน จึงจะประสบผลสำเร็จได้

2. ควรมีการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความหลากหลาย แตกต่างกันไปตามบริบท และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาโดยการใช้การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของพื้นที่ พัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุและสามารถแก้ไขปัญหาได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โครงการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุ งบประมาณแผ่นดิน กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมผ่าน สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 ที่มอบทุนสนับสนุนโครงการวิจัย หมายเลขโครงการ ที่ 90/2567 และขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึง เจ้าหน้าที่ และผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อปท. อสม. ในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี. นนทบุรี. 2566.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2566. จาก http://www.nso.go.th.
3. จันทร์พ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2566 จาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report27.pdf
4. ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2562.
5. ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566. สืบค้น 8 สิงหาคม 2566.จาก https://hdcservice.moph.go.th
6. ชมพูนุท พรหมภักดิ์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2560, แหล่งที่มา https://goo.gl/2N4SLn
7. สุวมน โพนสาลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาล ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2562; 9(2): 621-630.
8. ปฏิภาณี ขันธโภค และคณะ. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับการรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลรางจรเข้ อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.2565; 9(2): 220-234.
9. จินต์ประวีร์ เจริญฉิม. รูปแบบกระบวนการถ่ายทอดศักยภาพภูมิปัญญาของผู้สูงอายุสู่ชุมชนและสังคมที่ยั่งยืน. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2565.
10. อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียร และคณะ. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทย ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารราชพฤกษ์.2563; 18(2): 128-136.

สมองอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus type 2
A case report : HSV-2 meningoencephalitis.

(Received: August 19,2024 ; Revised: August 24,2024 ; Accepted: August 25,2024)

ลลิดา วุฒิพลากร[1]
Lalida Wuttiplakorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรักษาสมองอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus type 2 โดยศึกษาจากรายงานผู้ป่วยทารกเพศหญิงไทย อายุ 23 วัน มาด้วยอาการไข้ ไอ เสมหะ 1 สัปดาห์ 3 วันก่อนไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนได้ยามารับประทาน ยังมีไข้ อาเจียน และซึมลง ไม่มีโรคประจำตัว ตรวจร่างกาย มีไข้ ระบบประสาทปกติหลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการชัก ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

ผลการศึกษาพบว่า มีความผิดปกติเข้าได้กับผลตรวจน้ำไขสันหลัง คือพบเชื้อ HSV type 2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย acyclovir ทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 21 วัน นัดตรวจติดตามความผิดปกติของสมองด้วยการอัลตราซาวด์พบว่ากระหม่อมหน้าใกล้ปิดทำให้ได้ผลการตรวจไม่ชัดเจน จึงส่งตรวจเพิ่มเติมด้วยเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบว่าเนื้อสมองส่วนที่มีการติดเชื้อถูกทำลายและเคยมีเลือดออก

คำสำคัญ : สมองอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus type 2

Abstract

This study was a case study. The objective was to study the treatment of encephalitis caused by Herpes simplex virus type 2. The study was based on a case report of a 23-day-old Thai female infant who presented with fever, cough, and sputum for 1 week and 3 days before going to the community hospital for examination. She received medication to take. She still had fever, vomiting, and was lethargic. She had no underlying diseases. On physical examination, she had fever and her nervous system was normal. After that, the patient had seizures and underwent a brain CT scan.

The results of the study found that there were abnormalities consistent with the results of the cerebrospinal fluid examination, namely HSV type 2 infection. The patient was treated with intravenous acyclovir for 21 days. The follow-up appointment for brain abnormalities was made by ultrasound, which showed that the anterior fontanelle was close, resulting in unclear results. Therefore, further examination by magnetic resonance imaging revealed that the infected brain tissue was destroyed and there had been previous bleeding.

Keywords: Encephalitis caused by Herpes simplex virus type 2

บทนำ

เชื้อไวรัสในกลุ่ม Herpesviridae ที่ทำให้เกิดโรคทางระบบประสาทในมนุษย์มี 8 ชนิด ได้แก่ herpes simplex virus 1 (HSV-1), herpes simplex virus 2 (HSV-2), varicella-zoster virus (VZV), Epstein-Barr (EBV), cytomegalovirus, human herpesvirus-6 (HHV-6), human herpesvirus-7 (HHV-7 or roseola virus), and human herpesvirus-8 (HHV-8 or Kaposi sarcoma-associated herpesvirus).[1]

[1] พ.บ,ว.ว. รังสีวิทยาทั่วไป กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

การวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัส herpes ใช้วิธีการตรวจน้ำไขสันหลังด้วย polymerase chain reaction (PCR) ในบางกรณีการตรวจ PCR ครั้งแรกผลเป็นลบ แต่ไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ (exclude) เพราะอาจเกิดผลเป็นบวกได้ในภายหลัง เรียกว่า CSF conversion การตรวจทางรังสีวิทยาด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรค ถึงแม้ว่าในระยะแรกของโรคอาจตรวจไม่พบความผิดปกติ[2]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาสมองอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus type 2 เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรักษาสมองอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus type 2

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรักษาสมองอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus type 2 โดยศึกษาจาก ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 23 วัน มาด้วยอาการไข้ ไอ เสมหะ 1 สัปดาห์ 3 วันก่อนไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนได้ยามารับประทาน ยังมีไข้ อาเจียน และซึมลง ไม่มีประวัติโรคประจำตัวคลอดปกติครบกำหนด ตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียสขาดน้ำระดับเล็กน้อย อาการทางระบบประสาทปกติ ไม่พบกระหม่อมหน้านูนบวมผิดปกติส่งตรวจเลือดและน้ำไขสันหลังเพื่อทำการหาสาเหตุของการติดเชื้อ

ผลการศึกษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

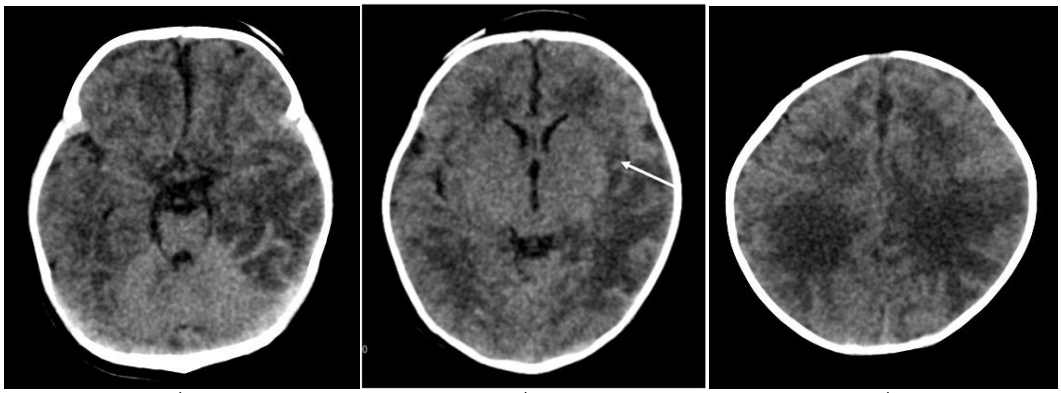
CBC: WBC 14,240 cell/uL (N 41.0%, L52.2%, M5.7% and E1.0%) Hb 13.8 g/dl, Hct 40.2% Plt 385,000 cells/uL

CSF sugar 34 mg/dl (45-75) protein 784 mg/dl (15/45)

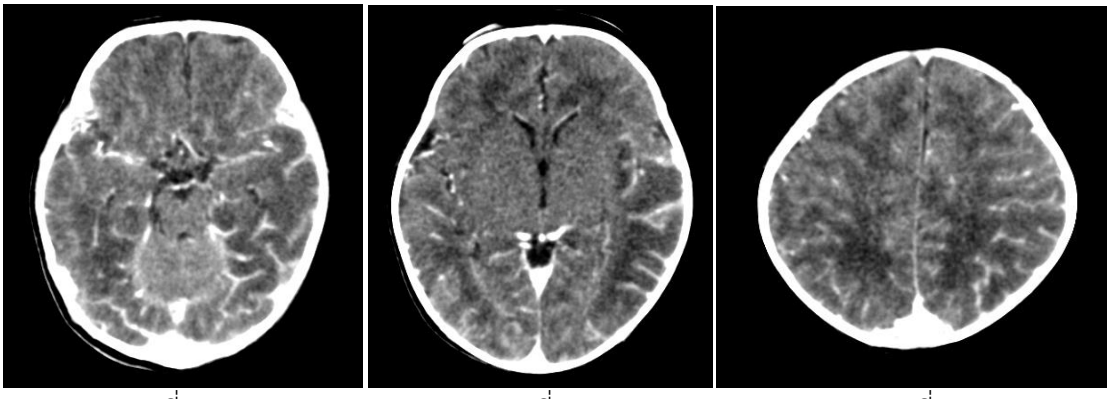
PCR HSV type 2: Detected

ผลตรวจทางรังสีวิทยา

Plain and contrast study of CT brain



รูปที่ 1.1 รูปที่ 1.2 รูปที่ 1.3



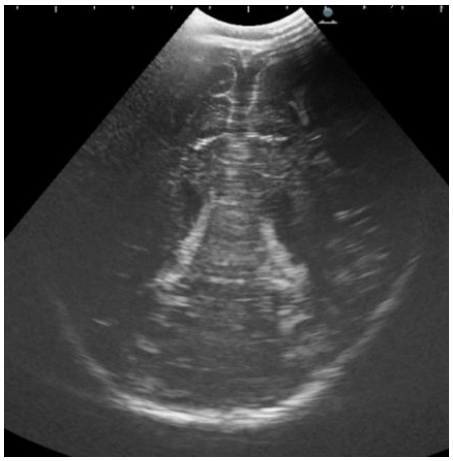
รูปที่ 1.4 รูปที่ 1.5 รูปที่ 1.6

Findings: Hypodensity lesions involving bilateral temporal lobes, the left parietal lobe (รูปที่ 1.1,1.3) and the left insular lobe (1.2,arrow). Leptomeningeal enhancement at bilateral temporal lobes (รูปที่ 1.4,1.5) and left parietal lobe (รูปที่ 1.6).

Impression: Herpes simplex virus (HSV) meningoencephalitis is first considered.

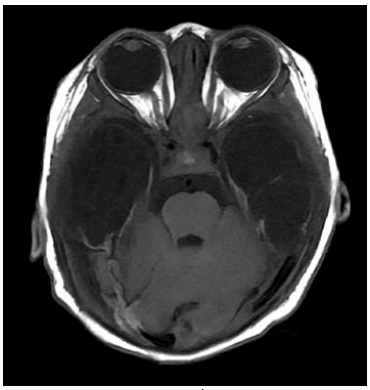
ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา acyclovir ทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลา 21 วันร่วมกับยากันชัก หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย acyclovirsuppressive therapy เป็นเวลา 6 เดือนนัดมาตรวจติดตามอาการด้วยอัลตราซาวด์กะโหลกศีรษะ พบว่ามีข้อจำกัดจากช่องกระหม่อมหน้าที่แคบ (รูปที่ 2) แนะนำให้มีการส่งตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองเพิ่มเติม พบว่าเนื้อสมองที่มีการติดเชื้อถูกทำลาย (รูปที่ 3.1-3.6)และเคยมีเลือดออก (รูปที่ 3.5, 3.6)

Follow-up study with cranial ultrasound at 10 week



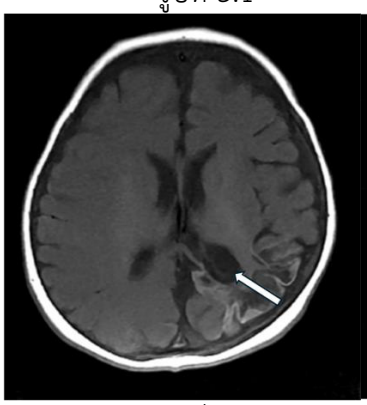
รูปที่ 2. Findings: Limited study of peripheral brain parenchyma, due to narrowing of anterior fontanelle.

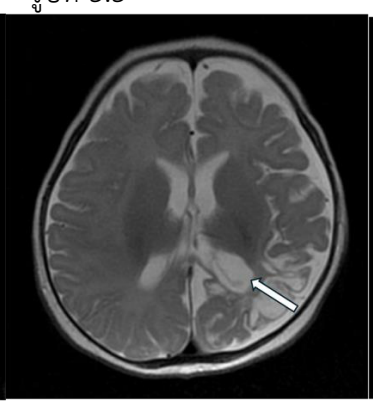
Follow-up study with MRI brain at 12 week

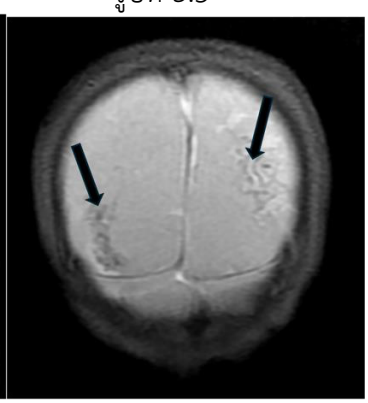

รูปที่ 3.1


รูปที่ 3.3


รูปที่ 3.5


รูปที่ 3.2


รูปที่ 3.4


รูปที่ 3.6

Findings: There are T1-hypointense signal (รูปที่ 3.1, 3.2) and T2-hyperintensity signal lesions (รูปที่ 3.3, 3.4) in the left parietal lobe and the bilateral temporal lobes. A curvilinear hypointense signal lesion along the gyri of the aforementioned area on GRET2* is observed (black arrowsรูปที่ 3.5, 3.6), presenting an old blood product. Also seen is the ex-vacuo dilatation of the adjacent lateral ventricles (white arrowรูปที่ 3.2, 3.4).

Impression: Cystic encephalolacic change and evidence of old blood products at the left parietal lobe and the bilateral temporal lobes.

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยทารกเพศหญิง อายุ 23 วัน มาด้วยไข้ ซึม การตรวจร่างกายในระยะแรกยังไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท ได้รับการตรวจเพื่อทำการหาสาเหตุของการติดเชื้อระหว่างนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการชัก ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองร่วมกับ PCR ของน้ำไขสันหลังเข้าได้กับ HSV-2 meningoencephalitis จึงได้รับการรักษาด้วย acyclovir ทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 21 วัน Herpes simplex เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคสมองอักเสบได้บ่อย และทำให้เกิดการความผิดปกติและเสียชีวิตสูงมาก Herpes simplex type 1 (HSV-1) พบเป็นสาเหตุของไข้สมองอักเสบในทั่วโลก โดยจะพบในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ ส่วน Herpes simplex type 2 (HSV-2) เป็นเชื้อก่อโรคในทารกแรกเกิดทำให้เกิดโรคสมองอักเสบ พบบ่อย 80-90% ในกลุ่มการติดเชื้อแต่กำเนิด โดยทำให้เกิดโรคในกลุ่มที่คลอดปกติ (normal labor) จากแม่ที่ติดเชื้อไวรัส

herpes ที่อวัยวะเพศ (vertical perinatal transmission)

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองในระยะแรกของโรคอาจตรวจไม่พบความผิดปกติ อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถตัดโรคนี้ออกไปได้ ดังนั้นควรให้การรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อครอบคลุมเชื้อก่อโรคที่น่าจะเป็นสาเหตุได้มากสุด (empirical antibiotic) จนกว่าจะได้ผลตรวจที่แน่ชัด

การตรวจทางรังสีที่เหมาะสม (modality of choice) คือ ตรวจด้วยเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง ความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ สมองบวม มีเลือดออกร่วมกับมีเนื้อสมองตายที่บริเวณสมองส่วนขมับ (temporal lobe) อาจจะเป็นในสมองข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้ ความผิดปกติอื่นๆ ที่อาจพบได้ คือ การรุกรานอย่างไม่สมมาตรกันของสมองส่วนลิมบิกทั้งสองข้างซึ่งได้แก่ สมองใหญ่ส่วนขมับด้านในอินซูลาร์ คอร์เท็กซ์ (insular cortex) และส่วนด้านล่างและด้านข้างของสมองกลีบหน้าและซิงกิวเลต ไจรัส (cingulate gyri) อาจเห็นการเพิ่มความชัดของเยื่อหุ้มสมองหลังฉีดสารทึบรังสี

การละเว้นสมองส่วน basal ganglia เป็นคุณลักษณะพิเศษช่วยในการแยกโรคกับสมองขาดเลือดบริเวณที่เลี้ยงด้วย middle cerebral artery การทำอัลตราซาวด์กะโหลกศีรษะ(cranial ultrasound) เป็นการตรวจที่ใช้บ่อยในทารกแรกเกิดเนื่องจากส่งตรวจได้ง่าย รวดเร็ว ราคาไม่แพง ไม่มีความเสี่ยงจากรังสีและไม่ต้องเตรียมตัวก่อนตรวจ แต่มีข้อจำกัดในกรณีที่กระหม่อมหน้าแคบ จะเห็นเนื้อสมองได้ไม่ชัดเจน[3]

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคคือ ตรวจน้ำไขสันหลังด้วย polymerase chain reaction (PCR) ผลเป็นบวก พบว่ามีความไวและความจำเพาะอยู่ที่ 98% และ 94% ตามลำดับ ในระยะท้ายของโรค การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจะพบความผิดปกติบริเวณสมองส่วนขมับและสมองกลีบหน้า ได้ชัดเจน และมักพบว่ามีเนื้อสมองถูกทำลายอย่างรุนแรงและคนไข้มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี[4]

ข้อเสนอแนะ

การตรวจเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาถือว่ามีความจำเป็น ถึงแม้ว่าในระยะแรกของโรคทั้งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าอาจจะให้ผลปกติ แต่ยังไม่สามารถตัดการวินิจฉัยโรคสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส herpes ออกไปได้ อย่างไรก็ตามเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าถือว่าเป็นการที่เหมาะสม (modality of choice) ในการตรวจทั้งระยะแรกของโรค และใช้ในการติดตามโรคด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Bruno PS, James MP. Imaging of Herpesvirus Infections of the CNS. AJR 2016 ; 206 : 39-48.
2. Robert DZ, Eric JR, Norman EL, David K. CT in the Early Diagnosis of Herpes Simplex Encephalitis. AJR 1980 ; 164 : 61-66.
3. Mahesh RP. Herpes Simplex Encephalitis (HSE) Imaging. Medscape 2019 ; Oct 10.
4. Norlisah MR, Yun JB. Structured Imaging Approach for Viral Encephalitis. Neuroimaging Clinic N Am 2023 ; 33 : 43-56.

บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการร่วมบังคับใช้กฎหมายช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง :กรณีศึกษา
The role of advanced nursing practitioners in enforcing laws to help vulnerable groups: a case study

(Received: August 19,2024 ; Revised: August 24,2024 ; Accepted: August 25,2024)

สุรชัย สินธวาชีวะ[1]
Surachai Sinthawashiwa

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการใช้บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางให้ได้รับการปกป้องสิทธิและประโยชน์ของตนเอง กรณีนี้เป็นเด็กหญิงอายุ 9 ปีที่มารดาไม่ยอมให้ไปโรงเรียนตามเกณฑ์การศึกษาขั้นพื้นฐานและถูกกักตัวอยู่แต่ในบ้าน ในการที่จะช่วยเหลือกรณีเด็กรายนี้จำเป็นที่จะต้องทำงานร่วมกันกับหลายภาคส่วนตามบทบาท อำนาจและหน้าที่ของแต่ละส่วนงาน เพื่อให้กรณีเด็กรายนี้ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิของเด็ก 4 ด้าน ได้แก่ สิทธิที่จะมีชีวิตรอด สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง สิทธิในการพัฒนา และสิทธิในการมีส่วนร่วม ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการประสานมาจากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนักพัฒนาชุมชนประจำเทศบาลของพื้นที่ ได้เข้าไปให้คำปรึกษาเบื้องต้น แต่ไม่ได้ผลจึงปรึกษาอัยการคุ้มครองสิทธิประจำจังหวัด อัยการแจ้งมาว่า น่าจะมีความผิดตามกฎหมายหลายมาตรา แนะนำให้แจ้งหน่วยงานฝ่ายปกครองหน่วยงานพัฒนาสังคมของมนุษย์ประจำจังหวัด เพื่อดำเนินการให้รัดกุมตามกฎหมายและไม่กระทบกระเทือนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความสัมพันธ์ของทั้งมารดาและเด็ก ในขั้นตอนการดำเนินการผู้ศึกษาได้นำสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้

ผลการศึกษานี้ พบว่าการประยุกต์ใช้สมรรถนะด้านต่างๆของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระยะต่างๆของการให้ความช่วยเหลือบุคคลเปราะบางกรณีเด็กหญิงรายนี้ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเข้าไปช่วยเหลือ ระยะการดำเนินการหลังจากมีการปรึกษาอัยการคุ้มครองสิทธิและการวางแผนการดำเนินการตามกฎหมายและระยะติดตามหลังการบังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานต่างๆที่ให้ความช่วยเหลือ มีการปรึกษาผู้ศึกษามาตลอดในการที่จะเข้าไปดำเนินงานต่างๆ โดยคำนึงถึงสิทธิเด็กและสภาพจิตใจเป็นสำคัญ ในส่วนของผู้ศึกษาได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทำให้เห็นความเด่นชัดในทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองในแง่มุมทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม

คำสำคัญ: ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง, การบังคับใช้กฎหมาย, กลุ่มเปราะบาง

Abstract

This study was case study aimed to study guidelines for using the role of advanced nurses in community nursing in helping vulnerable patients to protect their rights and benefits. This case is a 9-year-old girl whose mother does not allow her to go to school according to basic education criteria and is confined to her home. In order to help this child's case, it is necessary to work together with many sectors according to their roles. Powers and duties of each department In order for this child to be protected according to the child's rights in 4 areas, namely the right to survive The right to be protected Right to development and the right to participate In the role of an advanced nurse practitioner in the field of community nursing practice. which has been coordinated by nurses at the subdistrict health promotion hospital and community developers of the municipality of the area went in for initial consultation But it didn't work, so he consulted with the Provincial Rights Protection Prosecutor. The prosecutor informed that There is likely to be an offense under many sections of the law. It is recommended to notify the administrative agency. Provincial Human Social Development Agency To proceed with strict compliance with the law and without

[1] กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

affecting the physical, mental, emotional and relationship of both mother and child. In the process of conducting the study, the researcher applied advanced nursing practitioner competencies and Orem's self-care theory.

Results of this study It was found that the application of competencies in various areas of advanced nursing practitioners in various stages of providing assistance to vulnerable persons in the case of this young girl. From the initial stage of helping The implementation phase is after consultation with the prosecutor to protect rights and planning the implementation of the law, and the follow-up phase after enforcement of the law. Various agencies that provide assistance There has always been consultation with educators in order to carry out various tasks. Taking into account children's rights and mental health is important. For the part of the researcher, Orem's theory of self-care was used. This makes it evident in the theory of a deficiency in self-care in the physical aspect. emotional and social

Keyword: Advanced Practice Nurse: APN, Law enforcement, Vulnerable groups

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพกำลังเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายหลายอย่างตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรค เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าทำให้มีประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก พยาบาลต้องทำงานกับทั้งผู้ป่วยและญาติในระบบที่ซับซ้อนมากขึ้นต้องใช้การตัดสินใจในภารกิจที่หนักยุ่งยากซับซ้อนทั้งภายในโรงพยาบาลและในส่วนของชุมชน พยาบาลต้องรับบทบาทการดูแลด่านหน้าตั้งแต่การตรวจคัดกรองรักษาโรคเบื้องต้นและส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องทันเวลา นอกจากนั้นยังต้องสร้างเสริมสุขภาพป้องกันความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้พิการตลอดจนผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้มีบุคคลกลุ่มหนึ่งถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของตนเองไป กลุ่มนี้เรียกว่ากลุ่มเปราะบาง ลักษณะของกลุ่มเปราะบางมีความจำเป็นในการพึ่งพิงผู้อื่น ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเองทุกกรณี ไม่สามารถปกป้องตนเองได้มีความเสี่ยงต่อการถูกบังคับหรือชักจูง[1] แนวคิดนี้เรียกว่าทฤษฎีกฎหมายปิตาธรรม(Legal Paternailsm) มาจากแนวคิดเรื่องการปกครอง ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่สมัยยุคกลาง ที่เรียกว่าลัทธิปิยาธิปไตย(Patrialchalism) โดยเปรียบเทียบผู้ปกครองประเทศมีฐานะเหมือนบิดาซึ่งมีเอกสิทธิ์อยู่เหนือผู้ใต้การปกครองหรือประชาชนที่เปรียบเหมือนเป็นลูก กล่าวว่ากษัตริย์ผู้มีอำนาจสูงสุดของประเทศมีอำนาจเหนือประชาชนเฉกเช่นเดียวกับบิดาที่มีอำนาจเหนือลูก สาระสำคัญของหลักการนี้คือการที่รัฐเข้าไปแทรกแซงเสรีภาพของประชาชนอันขัดต่อเจตนาของประชาชน เพื่อปกป้องคุ้มครองของบุคคลหรือประชาชนจากอันตราย และรัฐมีความชอบธรรมที่จะลงโทษบุคคล เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่ก่อหรือกำลังจะก่อภัยอันตรายต่อตนเอง การลงโทษดังกล่าวของรัฐจึงเป็นการจำกัดเสรีภาพของประชาชน สามารถนำทฤษฎีปิตาธรรมนี้ไปใช้ได้เพื่อคุ้มครองบุคคลผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบุคคลผู้มีปัญหาทางจิต โดยกล่าวว่ารัฐจะต้องทำหน้าที่เป็นพ่อ การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายบางอย่างที่ไม่เพียงพอเพื่อป้องปรามการกระทำจะสร้างความเสียหายแก่บุคคลอื่นเท่านั้น แต่รัฐยังต้องป้องกันบุคคลที่ยังไม่มีอิสระหรือบรรลุนิติภาวะหรือบุคคลที่มีปัญหาทางจิตที่จะทำภยันตรายต่อตนเองด้วย ทำให้ทฤษฎีนี้ถูกนำไปใช้คุ้มครองแก่บางคนที่ต้องการปกป้องคุ้มครอง (Absolute Protection)[2] ในบางโอกาส เช่น เด็ก ผู้ป่วยทางจิตเพราะเขาต้องป้องกันตนเองไม่ได้แม้บุคคลเหล่านั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม กลุ่มเปราะบางเหล่านี้สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม 1. กลุ่มที่มีความเสี่ยงกว่าคนทั่วไปเช่นหญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ เด็กเล็กและผู้ป่วยมะเร็ง 2. กลุ่มทุพพลภาพ ผู้พิการที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เองผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยสมองเสื่อมและ 3. กลุ่มที่ไม่มีอิสระในการตัดสินใจเช่นนักโทษ ทหารเกณฑ์ อาชีพผิดกฎหมาย โสเภณี ผู้ติดสารเสพติดและแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย สาเหตุของภาวะเปราะบางประกอบด้วย

1. เปราะบางจากความบกพร่องในการรับรู้ (Cognitive or Communicative Vulnerability) 2. เปราะบางจากการขาดอิสระภาพ(Institutional Vulnerability) 3. เปราะบางจากความสำคัญลำดับขั้น(Deferential Vulnerability) 4. เปราะบางจากสภาพเจ็บป่วย(Medical Vulnerability) 5. เปราะบางจากด้อยเศรษฐานะ(Economic Vulnerability)และ 6. เปราะบางจากการด้อยค่าในสังคม(Social Vulnerability) การที่จะปกป้องคุ้มครองกลุ่มเปราะบางต้องใช้ทักษะหลากหลายและอาจต้องใช้หลายวิชาชีพในการทำงานร่วมกันและอาจถึงขั้นต้องบังคับใช้กฎหมายหากการดำเนินการในเบื้องต้นไม่สามารถช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางได้[3]

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นการปฏิบัติที่ต้องใช้ทักษะ สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ โดยใช้ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง ใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผล เพื่อตัดสินใจทางคลินิก ในการไตร่ตรองหาเหตุผล เพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับผู้ป่วย ผู้ใช้บริการที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ที่มาของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(advance practice nurse) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลและสอบผ่านการวัดความรู้ความสามารถเพื่อรับวุฒิบัตรตามข้อบังคับสภาการพยาบาลหรือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการอบรมทั้งการฝึกอบรมขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและสอบผ่านการวัดระดับความรู้ความสามารถเพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความสามารถความชำนาญเฉพาะทางในสาขาวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์พ.ศ.2541 และ พ.ศ 2551 หรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในสาขาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ปัจจุบันมีให้สอบสาขาความรู้ความชำนาญทั้งหมด 11 สาขา สภาการพยาบาลได้ประกาศขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ดังนี้ สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคเฉพาะกลุ่ม (care management) สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน(direct care) สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน(collaboration) สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ(empowering)การสอน(educating)การฝึก(coaching)และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ(mentoring) สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ(consultation) สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง(change agent) สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม(ethical reasoning and ethical decision making) สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(evidence-based practice)และสมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผล(outcome management and evaluation)[4] ผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีสมรรถนะที่เพิ่มเข้ามาคือ มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพและ มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารกและกลุ่มอื่นๆในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน(direct care)

กรณีศึกษานี้เกิดจากการที่พยาบาลประจำโรงยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรึกษามาว่า มีเด็กหญิงอายุ 9 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ มารดาไม่ยอมให้ไปโรงเรียน ทางพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักพัฒนาสังคมของเทศบาลและผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ได้เคยเข้าไปพูดคุยให้พาเด็กไปโรงเรียนแล้วแต่ไม่ได้ผล มารดาของเด็กยังไม่ยอมให้ไปโรงเรียน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนักพัฒนาสังคมของเทศบาล บอกว่ามารดาของเด็ก

ไม่สุงสิงกับใคร เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่เปิดบ้านออกมาพูดคุยกับใครเลยเวลาใครไปหาจะมองผ่านช่องเล็กๆแล้วพูดคุย จะเปิดบ้านออกมาเฉพาะเวลาไปซื้อของ แต่ก็จะให้เด็กอยู่แต่ในบ้าน ปิดบ้านไว้

ลักษณะครอบครัว ประกอบด้วยมารดาของเด็กอายุ 47 ปีและบุตรสาวอายุ 9 ปี เดิมเคยประกอบอาชีพทำร้านเสริมสวยอยู่ที่จังหวัดในเขตปริมณฑลกับสามี มีบุตร 2 คน เป็นบุตรชาย 1 คน อายุ 25 ปี ปัจจุบันทำงานบริษัท พักอยู่ใกล้ที่ทำงานที่ต่างจังหวัด คนที่สองบุตรสาวอายุ 9 ปีอยู่กับแม่และพ่อมาตลอด เมื่อ 2 ปีก่อนหน้า สามีได้เสียชีวิตลง หลังจากสามีเสียชีวิตได้กลับมาอยู่ที่บ้านตนเองในชนบท ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร การใช้จ่ายภายในครอบครัวมาจากบุตรชายและทรัพย์สินของสามี ชุมชนที่กลับมาอยู่เป็นชุมชนในชนบท ที่มีความสนิทสนมกันดีภายในชุมชน สิ่งที่เกิดขึ้นคือมารดาเด็กไม่ยอมให้เด็กหญิง อายุ 9 ปีไปเข้ารับการศึกษาในโรงเรียน ไม่ให้เด็กออกไปมีสังคม กลัวลูกถูกเพื่อนๆ กลั่นแกล้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการใช้บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางให้ได้รับการปกป้องสิทธิและประโยชน์ของตนเอง

วิธีการศึกษา

การศึกษา บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการร่วมบังคับใช้กฎหมายช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง :กรณีศึกษา เป็นกรณีศึกษา (Case Study) มีขั้นตอนในการดำเนินการ ได้ดังต่อไปนี้

การดำเนินการ

ในเบื้องต้น ทางพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักพัฒนาสังคมของเทศบาลและผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ได้เคยเข้าไปพูดคุยให้พาเด็กไปโรงเรียนแล้วแต่ไม่ได้ผล มารดาของเด็กยังไม่ยอมให้ไป ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาที่รับผิดชอบงานอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น งานให้คำปรึกษางานจิตเวชจึงได้ลงพื้นที่เข้าไปพูดคุยกับมารดาเด็กอีกครั้งหนึ่ง จากการพูดคุยสังเกตเห็นว่ามารดาของเด็กมีการพูดคุยที่วนไปวนมา มีรูปแบบความคิดที่ไม่สอดคล้องกับบุคคลทั่วไปแต่ไม่มีอาการเห็นภาพหลอน ไม่มีอาการหูแว่วและไม่มีอาการหวาดระแวง หลังจากทราบข้อมูลจากการบอกเล่าและจากการสังเกต ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางในการจัดการในกรณีที่มีความซับซ้อนได้ใช้รูปแบบการศึกษาเป็นกรณีศึกษาเพื่ออธิบายว่าเกิดอะไรขึ้น (What) เหตุที่เกิดเพราะอะไร (Why) และวิธีการจัดการเป็นอย่างไร (How)

ระยะเริ่มต้น

หลังจากที่ผู้ศึกษาได้ลงพื้นที่ไปพูดคุยกับมารดาของเด็กและเด็กแล้ว ได้ปรึกษาไปยังอัยการคุ้มครองสิทธิประจำจังหวัด อัยการคุ้มครองสิทธิแจ้งว่า น่าจะเข้าข่าย พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2562[5] พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546[6] ได้ประสานไปยังพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด(พมจ.)และ พมจ.ได้ประสานไปยังบ้านพักเด็ก ซึ่งรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลเด็กและได้มีการปรึกษาจิตแพทย์ถึงการที่จะหาข้อสรุปว่ามีอาการทางจิตเวชหรือไม่ จิตแพทย์แนะนำให้พามารดาของเด็กมาประเมินสภาพจิต มีการประชุมร่วมกัน ผู้ศึกษา พมจ. บ้านพักเด็ก พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักพัฒนาสังคมประจำเทศบาลและผู้ใหญ่บ้าน ได้ข้อสรุปว่าจะต้องทำหลักฐานในการดำเนินการให้ชัดเจน โดยผู้ศึกษารับผิดชอบเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิตของทั้งมารดาและเด็ก บ้านพักเด็กรับผิดชอบในการทำเอกสารการประชุมเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย โดยมีนายอำเภอเป็นประธานเพราะการจะนำตัวเด็กไปอยู่ในการดูแลของบ้านพักเด็ก จะอยู่ในความดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด

ระยะดำเนินการ

จากการประชุมร่วมกัน ครั้งแรก นายอำเภอได้เข้าไปเจรจาด้วยตนเอง แต่มารดายังปฏิเสธ จึงได้ข้อสรุปว่าจะมีการบังคับใช้กฎหมาย ได้มีการแจ้งให้มารดาของเด็กรับทราบ ช่วงเวลาขณะนั้นเป็นช่วงปิด

เทอมพอดี มารดาของเด็กจึงแจ้งว่าจะพาเด็กไปโรงเรียนตอนเปิดเทอมหน้า ได้มีการทำบันทึกและลงบันทึกประจำวันไว้เป็นหลักฐานโดยนักสังคมสงเคราะห์บ้านพักเด็กและทางตำรวจเป็นผู้จัดทำ

หลังจากมีการทำบันทึกร่วมกัน มารดาของเด็กได้พาเด็กไปอยู่ต่างจังหวัด ผู้ใหญ่บ้านได้สอบถามญาติในพื้นที่ทำให้ทราบว่า มารดาเด็กและเด็กพักอยู่ที่ใดและได้ประสานให้บ้านพักเด็กในจังหวัดนั้นติดตามว่ามีการให้ไปรับการศึกษาหรือไม่ ปรากฏว่ายังไม่มีการพาเด็กเข้ารับการศึกษา ไม่สามารถเข้าไปบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ต่างจังหวัดได้ จึงได้ประสานให้ผู้ใหญ่บ้านคอยเฝ้าติดตามว่ากลับมาในพื้นที่เมื่อใด ให้แจ้งทางผู้ศึกษา ระหว่างนี้ได้จัดประชุมครั้งที่ 2 โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน มีบ้านพักเด็กเป็นผู้จดบันทึกการประชุม จากการประชุม ได้ข้อสรุปว่า จะมีการบังคับใช้กฎหมายโดยการแยกเด็กจากมารดาไปเข้าพักที่บ้านพักเด็กและให้มารดาเด็กไปรับการตรวจสภาพจิตตามแนวทางที่ได้พูดคุยกันไว้แต่ต้น ประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากนั้นมารดาของเด็กได้พาเด็กกลับมาในพื้นที่ หลังจากได้รับแจ้งจากผู้ใหญ่บ้านว่า แม่เด็กพาเด็กกลับมาในพื้นที่แล้วจึงประสานทางผู้ศึกษา บ้านพักเด็ก นายอำเภอ ตำรวจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อบังคับใช้กฎหมายโดยการแยกเด็กจากมารดาไปอยู่บ้านพักเด็ก โดยนายอำเภอได้ประสานให้ ตำรวจจากสถานีตำรวจในพื้นที่ นักสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็ก ผู้ใหญ่บ้านและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการร่วมกันในการแยกเด็กจากแม่ไปเข้าพักที่บ้านพักเด็ก โดยให้เกิดความกระทบกระเทือนจิตใจของทั้งมารดาของเด็กและเด็กน้อยที่สุด การแยกตัวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มารดาของเด็กมีการโต้เถียงบ้าง จัดให้มีการลงบันทึกประจำวันที่สถานีตำรวจไว้ เนื่องจากการที่เด็กเข้าอยู่ในบ้านพักเด็ก จะเป็นความรับผิดชอบของผู้ว่าราชการจังหวัด ได้พูดคุยกับมารดาของเด็กว่าบ้านพักเด็กสามารถให้เด็กอยู่ที่บ้านพักเด็กได้ 3 เดือน หลังจากนั้นต้องให้ไปอยู่ที่บ้านอุปถัมภ์ ระหว่างนั้นให้มารดาของเด็กไปรับการตรวจประเมินสภาพจิตโดยทางโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบประสานในการไปตรวจรักษา การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปด้วยความราบรื่นจากการเตรียมความพร้อมมาในระยะเวลาหนึ่ง

ระยะติดตาม

หลังจากที่เด็กอยู่ที่บ้านพักเด็ก มารดาเด็กยังไม่ยินยอมมารับการตรวจสภาพจิต ระหว่างที่เด็กอยู่ที่บ้านพักเด็ก ป้าของเด็กซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดทราบเรื่อง จึงได้แจ้งทางบ้านพักเด็กว่าจะขอรับเด็กไปดูแลให้ได้รับการศึกษาตามวัย ระหว่างนั้นทาง พมจ. ได้ประสาน พมจ.ประจำจังหวัดที่ป้าของเด็กอาศัยอยู่เข้าไปตรวจสอบความพร้อม ในการที่จะรับเด็กไปดูแล หลังจากครบ 3 เดือนที่เด็กจะต้องไปอยู่บ้านอุปถัมภ์ ป้าเด็กจึงมาขอรับเด็กไปดูแลให้การศึกษา พมจ.ได้รายงานผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดจึงเซ็นอนุมัติให้เด็กไปอยู่ในความดูแลของป้าเด็ก

ผลการศึกษา

สิ่งที่เกิดขึ้น(What) คือเด็กไม่ได้รับการดูแลตามสิทธิเด็กขั้นพื้นฐาน 4 ประเภท คือ 1. สิทธิที่จะมีชีวิตรอด (Right of Survival) คือสิทธิในการอยู่รอดปลอดภัยตั้งแต่เมื่อคลอด ไม่ว่าเด็กคนนั้นจะเกิดมาปกติ หรือเกิดมาพร้อมกับความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจก็ตาม รวมถึงสิทธิที่จะได้รับการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม ทั้งด้านการสาธารณสุข โภชนาการและความเป็นอยู่ที่ได้มาตรฐาน 2. สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง (Right of Protection) คือสิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการล่วงละเมิดและการทารุณกรรมทุกรูปแบบ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการใช้แรงงานเด็กผิดกฎหมายเพื่อแสวงหาผลประโยชน์ การใช้สารเสพติด และการค้ามนุษย์ 3. สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา (Right of Development) คือสิทธิที่จะได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษาตามมาตรฐานทุกรูปแบบ การส่งเสริมเสริมพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงโอกาสในการเติบโตอย่างสามารถพึ่งพาตนเองได้ 4. สิทธิที่จะมีส่วนร่วม (Right of Participation) คือสิทธิที่จะมีส่วนร่วมใน

การแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรี การได้รับข้อมูลข่าวสาร การแสดงออกทั้งในด้านความคิดและการกระทำ รวมถึงการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่ออนาคตของตนเอง[7] เด็กจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง เหตุที่เกิด(Why) เพราะมารดาไม่ยอมให้เด็กไปโรงเรียนและวิธีการจัดการ(How) คือกระบวนการประสานดำเนินการตามขั้นตอนจนบรรลุผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

จากการสังเกตการประเมินและการพูดคุย ในการเข้าไปดูแลมารดาและเด็กรายนี้ ได้แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะเริ่มต้นระยะดำเนินการและระยะติดตาม ได้มีการให้การวินิจฉัยการพยาบาลและดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามระยะต่างๆดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะเริ่มต้น ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. เด็กไม่ได้รับสิทธิหลักประกันกับด้านการศึกษาเนื่องจากมารดากีดกัน ข้อมูลสนับสนุน : มารดาไม่ยอมให้เด็กไปโรงเรียน : มารดาบอกว่า “กลัวเด็กถูกเพื่อนแกล้ง เวลาไปโรงเรียน” วัตถุประสงค์ : เด็กได้ไปโรงเรียนตามสิทธิ์หลักประกันสุขภาพด้านการศึกษา เกณฑ์การประเมินผล : เด็กได้ไปโรงเรียนตามสิทธิ์หลักประกันด้านการศึกษา	กิจกรรมการพยาบาล 1. เข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับมารดา ถามถึงเหตุผลแนวทางที่จะวางแผนให้เด็กซึ่งเป็นบุตรสาวของตนเองได้รับการศึกษา 2. สังเกตพฤติกรรมคำพูดและแนวคิดของมารดา 3. ให้คำปรึกษาถึงข้อดีข้อเสียของการที่เด็กไม่ได้เรียนหนังสือตามวัย 4. ศึกษาแนวทางในการจัดการช่วยเหลือกรณีการให้คำปรึกษาไม่สามารถเปลี่ยนความคิดของมารดาได้ การประเมินผล : หลังได้รับการปรึกษามารดายังคงปฏิเสธที่จะให้เด็กไปโรงเรียน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. เด็กอาจเกิดพัฒนาการไม่สมวัยเนื่องจากถูกกีดกันการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ข้อมูลสนับสนุน : มารดาให้เก็บตัวอยู่แต่ในบ้านไม่ได้ออกไปไหน : มารดาบอกว่า “ถ้าไปเล่นกับเพื่อนๆกลัวเพื่อนๆแกล้ง” วัตถุประสงค์ : เด็กมีพัฒนาการสมวัยเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามวุฒิภาวะ เกณฑ์การประเมินผล : เด็กเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. เข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับมารดา ถามถึงเหตุผลแนวทางที่จะวางแผนให้เด็กซึ่งเป็นบุตรสาวของตนเองได้รับการศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ 2. สังเกตพฤติกรรมคำพูดและแนวคิดของมารดา 3. ให้คำปรึกษาถึงข้อดีข้อเสียของการที่เด็กได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย 4. ศึกษาแนวทางในการจัดการช่วยเหลือกรณีการให้คำปรึกษาไม่สามารถเปลี่ยนความคิดของมารดาได้ การประเมินผล : มารดายังคงยืนยันที่จะไม่ให้เด็กเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ด้วยเหตุผลที่ว่า กลัวลูกถูกเพื่อนแกล้ง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. เด็กเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการมีภาวะกดดันจากครอบครัว ข้อมูลสนับสนุน : มารดาปิดกั้นไม่ให้มีไปมีกิจกรรมทางสังคม : มารดาบอกว่า “ถ้าไปเล่นกับเพื่อนๆกลัวเพื่อนๆแกล้ง” : เด็กบอกว่า “หนูเหงา ไม่มีเพื่อนเลย” วัตถุประสงค์ : เด็กไม่เกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากภาวะกดดันจากครอบครัว เกณฑ์การประเมินผล : เด็กไม่เกิดภาวะซึมเศร้าจากการประเมินโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก	กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพกับเด็ก 2.สังเกตพฤติกรรมคำพูดประเมินโดยใช้แบบประเมินใช้ต่อภาวะซึมเศร้าในเด็ก 3.แปลผลจากแบบประเมิน สอบถามถึงความต้องการของเด็ก 4.ให้ข้อมูลถึงแนวทางในการที่จะช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในส่วนที่กระทำได้ก่อน 5.แจ้งผลการประเมินความต้องการให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อการวางแผนช่วยเหลือตามบริบทอำนาจและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน การประเมินผล : เด็กได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและในปัจจุบันยังไม่มีภาวะซึมเศร้า
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ผู้เกี่ยวข้องมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการอาจถูกดำเนินคดีทางกฎหมาย	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินระดับของการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับการที่จะถูกดำเนินคดีทางกฎหมาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ใหญ่บ้านบอกว่า “ทำให้ดีนะ คนนี้เขาหัวหมอเดี๋ยวโดนฟ้องกลับ” : นักพัฒนาสังคมบอกว่า “ต้องทำให้รัดกุม ผมก็กังวลเหมือนผู้ใหญ่เหมือนกัน” วัตถุประสงค์ : การดำเนินการเขาไปช่วยเหลือเด็กเป็นไปตามขั้นตอนปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของเด็กและมารดาโดยผู้เกี่ยวข้องไม่ได้รับผลกระทบตามมาทางกฎหมาย เกณฑ์การประเมินผล : ผู้เกี่ยวข้องที่ให้การช่วยเหลือเด็กไม่ถูกดำเนินคดีจากการเข้าช่วยเหลือเด็ก	2.ศึกษาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมาย 3.ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามบทบาทอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานนั้นๆประกอบด้วย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด ฝ่ายปกครอง อัยการคุ้มครองสิทธิ์บ้านพักเด็กประจำจังหวัดจิตแพทย์ผู้ใหญ่และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 4.ประสานจัดการในการเข้าไปพูดคุยกับมารดาและเด็ก 5.ประสานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในส่วนความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพ การประเมินผล : หลังจากสิ้นสุดกระบวนการช่วยเหลือเด็กแล้วผู้เกี่ยวข้องไม่ถูกฟ้องดำเนินคดีตามกฎหมาย
ระยะดำเนินการ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. มารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากต้องพลัดพรากจากบุตร ข้อมูลสนับสนุน : มารดามีสีหน้าวิตกกังวลขณะเด็กถูกนักสังคมสงเคราะห์แยกตัวไป : มารดาบอกว่า “กลัวลูกจะถูกแกล้ง จะดูแลตัวเองอย่างไร จะกินอยู่อย่างไร” วัตถุประสงค์ : มารดาลดความวิตกกังวลเนื่องจากการพลัดพรากจากบุตร เกณฑ์การประเมินผล : มารดาลดความวิตกกังวลลงโดยสังเกตจากคำพูดและสีหน้าท่าทาง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ให้มารดาพูดถึงความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆของตนเอง 2.อธิบายถึงระบบการดูแลเด็กของบ้านพักเด็กในส่วนที่เด็กจะได้รับ 3.ให้ช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างมารดาและเด็ก 4.ประเมินมารดาถึงความเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความวิตกกังวล 5.ให้เบอร์โทรศัพท์ผู้ให้คำปรึกษากรณีที่มีความวิตกกังวลมากขึ้นหรือต้องการความปรึกษาเพิ่มเติม การประเมินผล : มารดาลดความวิตกกังวลลงเนื่องจากการพลัดพรากจากบุตร การดำเนินการแยกตัวเด็กไปอยู่ในความดูแลของบ้านพักเด็กเป็นไปอย่างราบรื่น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. เด็กมีความวิตกกังวลเนื่องจากมารดาต้องอยู่คนเดียว ข้อมูลสนับสนุน : เด็กมีสีหน้าวิตกกังวล : เด็กบอกว่า “หนูเป็นห่วงแม่ เพราะแม่ต้องอยู่คนเดียว” วัตถุประสงค์ : เด็กลดความวิตกกังวลเนื่องจากมารดาต้องอยู่คนเดียว เกณฑ์การประเมินผล : เด็กลดความวิตกกังวลเนื่องจากมารดาต้องอยู่คนเดียวโดยสังเกตจากสีหน้าท่าทางและคำพูดคุยของเด็ก	กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายถึงแนวทางในการดูแลมารดาหลังจากเด็กแยกไปอยู่ที่บ้านพักเด็ก โดยจะให้ช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเด็กได้และจะมีการติดตามดูแลมารดาโดยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ให้คำปรึกษาแล้วจะให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้ให้คำปรึกษาไว้กรณีที่มีความสงสัยหรืออยากปรึกษาเพิ่มเติม 2.ให้เด็กซักถามในส่วนที่ยังมีความวิตกกังวลและตอบคำถามที่ยังมีข้อสงสัย การประเมินผล : เด็กมีความวิตกกังวลลดลงจากการสังเกตสีหน้าและการพูดคุย ระยะติดตาม(ทางโทรศัพท์)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. เด็กมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาที่ไม่ยอมไปรับการรักษา ข้อมูลสนับสนุน : จากการพูดคุยทางโทรศัพท์บอกว่า “หนูเป็นห่วงแม่ที่แม่ไม่ยอมไปรักษา” วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของเด็กเกี่ยวกับการที่มารดาไม่ยอมไปรับการรักษา เกณฑ์การประเมินผล : เด็กมีความวิตกกังวลลดลงที่มารดาไม่ยอมไปรับการรักษา	กิจกรรมการพยาบาล 1.พูดคุยให้เด็กทราบว่ามีการติดตามดูแลมารดาตลอด ตั้งแต่เด็กถูกแยกตัวไป ทั้งผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ให้คำปรึกษาโดยมีการโทรศัพท์พูดคุยกับมารดา พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองและไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น แต่ยังปฏิเสธการที่จะเข้าไปประเมินสภาพจิตเพื่อรับการรักษา 2.สอนให้เด็กจัดการอารมณ์ ความรู้สึกอย่างเหมาะสมเช่นการใช้ศิลปะบำบัด 3.สอนให้เด็กจัดการความวิตกกังวลโดยการใช้การหายใจ การประเมินผล : เด็กลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออกของมารดาที่ไม่ยอมไปรับรักษาจากการพูดคุยทำให้เด็กทราบว่ามารดาไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8. เด็กมีความวิตกกังวลเนื่องจากต้องเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ ข้อมูลสนับสนุน : เด็กพูดว่า “ครูเขาให้หนูอยู่ ป. 3 เหมือนเดิมหนูกลัวจะไม่ทันคนอื่น” วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลเนื่องจากต้องเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ เกณฑ์การประเมินผล : เด็กมีความวิตกกังวลลดลงเนื่องจากต้องเรียนต่ำกว่าเกณฑ์โดยประเมินจากการพูดคุย	กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายถึงการตัดสินใจของทางโรงเรียนที่ต้องทำไปตามเกณฑ์ 2.อธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการเรียนในชั้นที่ต่ำกว่าเกณฑ์ตามประสบการณ์ของเรา 3.ให้คำปรึกษาป้าเด็กซึ่งเป็นผู้ดูแลและส่งเสียในการเรียนของเด็กโดยการสังเกตพฤติกรรมการพูดและการแสดงออกและให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษากรณีที่เด็กมีพฤติกรรมหรือคำพูดที่แสดงถึงความวิตกกังวล การประเมินผล : เด็กไม่มีความวิตกกังวลในการที่จะเรียนต่ำกว่าเกณฑ์มีความเข้าใจในเหตุแผลและข้อดีข้อเสียของการที่ต้องเรียนต่ำกว่าเกณฑ์

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาเป็นเด็กหญิงอายุ 9 ปีที่ถูกละเมิดสิทธิ์ขั้นพื้นฐานของตนเองไป ไม่สามารถปกป้องตนเอง ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเองทุกกรณี เหตุเกิดจาก (what) การที่ผู้ปกครองซึ่งก็คือมารดาของตนจำกัดสิทธิต่างๆ สาเหตุของการกระทำ(why) การที่มารดาจำกัดสิทธิของเด็กเกิดจากความคิดความเชื่อของมารดา ที่ไม่เป็นไปตามวิถีของประชาชนในชุมชนโดยทั่วไปทำให้เด็กเกิดความเสี่ยงต่างๆตามมา การดำเนินการ(how) มีการดำเนินการโดยละมุนละม่อมโดยการให้การปรึกษา แต่ไม่ได้ผลจึงมีการดำเนินการโดยการบังคับใช้กฎหมายเพื่อที่เด็กจะได้รับสิทธิ์ขั้นพื้นฐาน พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้ใกล้ชิดกับชุมชนได้รับการปรึกษามาในเบื้องต้น จึงต้องใช้ความรู้ทักษะ ความชำนาญมาบูรณาการสู่การปฏิบัติการพยาบาลการประสานความร่วมมือกัน ในการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามบทบาท อำนาจและหน้าที่ทางกฎหมายของแต่ละหน่วยงาน ผลของการทำงานร่วมกันสามารถช่วยให้เกิดเด็กที่ถูกละเมิดสิทธิได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานของตนเองและจากการดำเนินการตามขั้นตอนอย่างรัดกลุ่มทำให้ไม่เกิดการต่อต้านจากมารดาผู้ที่ละเมิดสิทธิ[7,8,9]

ข้อเสนอแนะ

การดูแลกลุ่มเปราะบางในชุมชน ต้องมีการศึกษาข้อกฎหมายให้ชัดเจนและมีการประสานหน่วยงานต่างๆตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของหน่วยงานนั้นๆการช่วยเหลือกลุ่มบอบบางจึงจะประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.บวรศม ลีระพัน และคณะ. “แนวคิดและแนวปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2559) : 443.
2.”Parternalism.",https://standford.library.sydney.edu.au/archives/win2015/entries/paternalism/, 11 พฤษภาคม 2567
3.พลเดช ปิ่นประทีป. "ขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ "กลุ่มเปราะบาง"โฟกัสเป้าหมาย-บูรณาการข้ามภาคส่วน-ร่วมขับเคลื่อนนโยบาย." เกาะติด 4PW. ฉบับที่ 10 (2560) : 1.
4.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 16 ง 30 มกราคม 2552 ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ
5.พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2562
6.พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546

7.สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน พูดด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก convention on the right of the child และพิธีสารเลือกรับของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก(optional protocol to the convention on the right of child).กรุงเทพมหานคร : สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ.

8.สมจิต หนุเจริญกุล. (2544). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิต หนุเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแล ตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่6, หน้า 17-55). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พริ้นติ้ง.

9. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concept of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.

แนวทางพัฒนาการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ
Approach to Developing the Management of Accident Risk Factors for Employees in Biogas Power Plants.

(Received: August 18,2024 ; Revised: August 23,2024 ; Accepted: August 26,2024)

ขวัญชาติ สายน้อย[1], เสรีย์ ตู้ประกาย[2], ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช[3], ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย[4]
Khwanchart Sainoi[1], Seree Tuprakay[2], Piyarat Premanoch[3], Chaiwat Pooworakulchai[4]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและแนวทางพัฒนาการจัดการปัจจัยเสี่ยงอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานกำกับกิจการพลังงาน ในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร สุราษฎ์ธานี และกระบี่ จำนวนทั้งสิ้น 33 คน จาก 11 โรงงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (90.1%) อายุ 26-30 ปี (33.3%) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (39.4%) รายได้หลักอยู่ที่ 10,001-15,000 บาท (45.5%) ส่วนใหญ่ทำงาน 8-12 ชั่วโมงต่อวัน (78.8%) และไม่เคยประสบอุบัติเหตุ (57.6%) สาเหตุของอุบัติเหตุที่พบบ่อยคือการระเบิด ไฟฟ้าดูด/ช็อต และการยกของหนัก (12.1%) ช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงคือหลังการทำงาน 8-12 ชั่วโมง (18.2%) และในขั้นตอนการผลิตไฟฟ้า (18.2%) บริเวณที่บาดเจ็บบ่อยคือศีรษะและใบหน้าข้างซ้าย (9.1%) สภาพปัจจุบันมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพอยู่ในระดับดีในทุกด้าน แนวทางพัฒนาการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงาน เพื่อลดอุบัติเหตุในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ จึงควรลดชั่วโมงการทำงานและเพิ่มเวลาพักผ่อน รวมถึงเสริมการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและปรับปรุงโครงสร้างบุคลากร การจัดองค์กรควรมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและจัดทำแผนงานที่ชัดเจน พร้อมปรับปรุงงบประมาณและการประเมินผล สภาพแวดล้อมควรได้รับการดูแลรักษาความสะอาดและตรวจสอบอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ การป้องกันอุบัติเหตุควรมีการพัฒนาแผนฉุกเฉินและนิทรรศการความปลอดภัย สิ่งอำนวยความปลอดภัยต้องติดตั้งระบบเตือนภัยที่เหมาะสม และการจัดระเบียบต้องควบคุมปัญหาสภาพแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความปลอดภัย ลดความเสี่ยง และพัฒนาความปลอดภัยในการทำงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ, ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ, ความปลอดภัยก๊าซชีวภาพ

Abstract

This survey research aims to assess the current state and development strategies for managing accident risk factors among employees in biogas power plants. The study involved 33 employees from 11 biogas power plants licensed by the Energy Regulatory Commission, located in Prachuap Khiri Khan, Chumphon, Surat Thani, and Krabi. Data were collected using a questionnaire and analyzed through means, standard deviations, chi-square tests, and Pearson correlation coefficients..

The results indicate that the majority of workers are male (90.1%), aged between 26 and 30 years (33.3%), and hold a bachelor's degree (39.4%). Most employees earn between 10,001 and 15,000 baht (45.5%), work 8-12 hours per day (78.8%), and have not experienced any accidents (57.6%). Common causes of accidents include explosions, electrical shocks, and heavy lifting (12.1%). High-risk periods are identified as after working 8-12 hours (18.2%) and during

[1] นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: 6419770002@rumail.ru.ac.th
[2] รองศาสตราจารย์ ประจำคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[3] รองศาสตราจารย์ ประจำคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[4] อาจารย์ ประจำคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

the electricity production process (18.2%). The most frequent injuries occur to the head and the left side of the face (9.1%). Currently, the management of accident risk factors in biogas power plants is assessed as good across all dimensions. To further develop and enhance safety management and reduce accidents, several strategies are recommended. These include reducing working hours and increasing rest periods, strengthening safety training programs, and improving personnel structures. Organizational improvements should involve appointing safety officers, creating clear operational plans, adjusting budgets, and enhancing evaluation processes. Environmental management must focus on maintaining cleanliness and conducting regular equipment inspections. Accident prevention measures should include developing emergency plans and safety exhibitions. Safety equipment must be equipped with appropriate warning systems, and environmental issues must be managed effectively. Implementing these development strategies will enhance safety, reduce risks, and improve overall workplace safety in biogas power plants effectively.

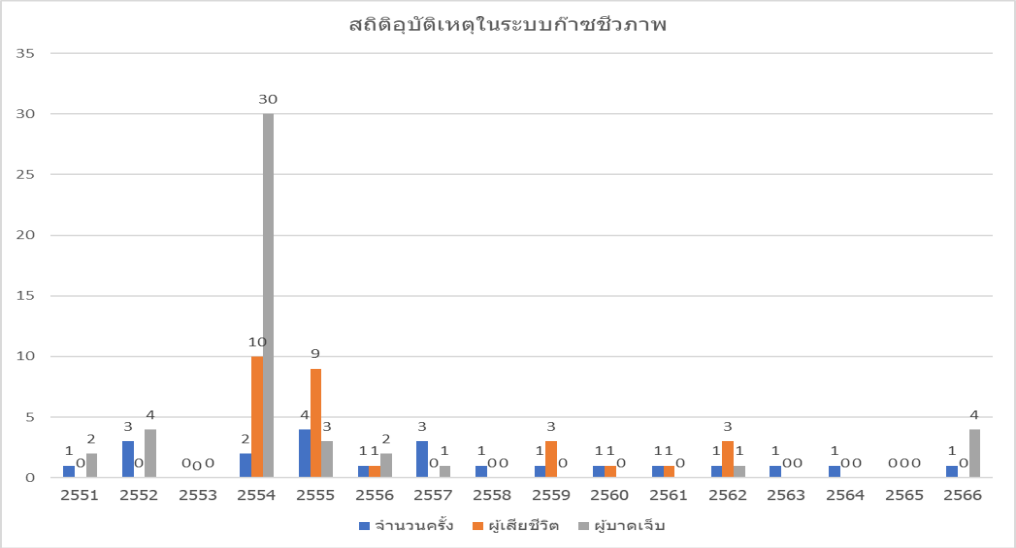
Keywords: Biogas power plant, Accident risk factors, Biogas safety.

บทนำ

โรงงานก๊าซชีวภาพ เป็นระบบวิศวกรรมกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งอันตรายต่างๆ สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอน ทั้งอันตรายต่อสุขภาพ และอันตรายต่อสภาพแวดล้อม อันตรายที่อาจเกิดขึ้นที่โรงงานก๊าซชีวภาพ ได้แก่ การระเบิด อัคคีภัย สารอันตราย (สารช่วยในการแปรรูป) รวมถึงก๊าซชีวภาพเอง อันตรายจากไฟฟ้า และอันตรายทางกลในส่วนต่างๆ ในโรงงาน[10]

จากการรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุในโรงงานก๊าซชีวภาพในประเทศไทย 16 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2551 ถึง ปีพุทธศักราช 2566 พบว่า มีการเกิดอุบัติเหตุในโรงงานก๊าซชีวภาพขั้นร้ายแรง จำนวน 22 ครั้ง ทำให้มีผู้เสียชีวิต 28 คน และได้รับบาดเจ็บ 47 คน ซึ่งพบว่าแม้จะมีแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังคงมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น ดังแสดงตามภาพประกอบ 1

หลายปีที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัยจากหลายหน่วยงาน แต่ยังพบการเกิดอุบัติเหตุในโรงงานก๊าซชีวภาพของประเทศไทยอยู่เสมอมา ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นที่ทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บ เสียชีวิต เกิดทรัพย์สินเสียหาย มีกระทบผลต่อสุขภาพ ชุมชน และสภาพแวดล้อม[1]



ภาพประกอบ 1 สถิติการเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บในโรงงานก๊าซชีวภาพ[1,8]

โรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพประกอบด้วยโรงงานก๊าซชีวภาพและโรงงานผลิตไฟฟ้าเป็นส่วนผลิตหลัก เป็นโรงงานมีความเสี่ยงสูงด้านความปลอดภัย ดังนั้น ผู้เขียนจึงสนใจศึกษา สภาพปัจจุบัน และแนวทางพัฒนาการจัดการปัจจัยความเสี่ยงอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่มีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้านสภาพสถานภาพทั่วไป การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสถานภาพทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานและปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุในแต่ละด้านกับผลของการเกิดอุบัติเหตุที่มีต่อการปฏิบัติงาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ ซึ่งจะนำไปสู่บทสรุปและข้อเสนอแนะแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพในปัจจุบัน
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียจากการผลิตน้ำมันปาล์มที่ได้รับอนุญาตผลิตไฟฟ้าจากคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน ในพื้นที่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดชุมพร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ จังหวัดกระบี่ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 11 บริษัท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียจากการผลิตน้ำมันปาล์มที่ได้รับอนุญาตผลิตไฟฟ้าจากคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน แบบสุ่มโดยตัวแทนบริษัทบริษัทละ 3 คน รวมจำนวน 33 คน โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าจากก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียจากการผลิตน้ำมันปาล์มที่ได้รับอนุญาตผลิตไฟฟ้าจากคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน จำนวน 33 ฉบับ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามจะใช้รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ โดยเป็นแบบสอบถามโดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็น โดยมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยเริ่มต้นที่ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด จนไปถึง 5 เห็นด้วยมากที่สุด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (Sample Mean) เพื่อใช้อธิบายค่าเฉลี่ยตัวอย่างของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้อธิบายค่าเบี่ยงเบนของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม

สำหรับเกณฑ์มาตรฐานพิจารณาเปรียบเทียบเฉลี่ยที่คำนวณ ตามหลักของลิเคิร์ต (Likert Scales) กำหนดความกว้างของอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 ซึ่งได้มาจากการคำนวณโดยการใช้สมการทางคณิตศาสตร์ ดังนี้ (Fisher อ้างใน ชัชวาล เรืองประพันธ์[3]) โดยมีการแปลความหมายค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

ความหมาย	ค่าเฉลี่ย
- สภาพที่มีอยู่จริงมากที่สุดหรือปฏิบัติมากที่สุดหรือเห็นด้วยมากที่สุด	4.21 - 5.00
- สภาพที่มีอยู่จริงมากหรือปฏิบัติมากหรือเห็นด้วยมาก	3.41 - 4.20
- สภาพที่มีอยู่จริงปานกลางหรือปฏิบัติปานกลางหรือเห็นด้วยปานกลาง	2.61 - 3.40
- สภาพที่มีอยู่จริงน้อยหรือปฏิบัติน้อยหรือเห็นด้วยน้อย	1.81 - 2.60
- สภาพที่มีอยู่จริงน้อยที่สุดหรือปฏิบัติน้อยที่สุดหรือเห็นด้วยน้อยที่สุด	1.00 - 1.80

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพทั่วไป ใช้วิธีวิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน ใช้วิธีวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสถานภาพทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานและปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุในแต่ละด้านกับผลของการเกิดอุบัติเหตุที่มีต่อการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพโดยการทดสอบสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient tests.)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับองผลการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมและจรรยาบรรณการวิจัย มหาวิทยาลัยรามคำแหงตามหมายเลขใบรับรอง RU-HRE66/0141

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบการบรรยาย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับด้านสภาพทั่วไป และรายละเอียดส่วนตัวของประชากร เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง 33 คน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 90.1 รองลงมาเพศหญิงร้อยละ 9.1 มีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ 36-40 ปี ร้อยละ 30.3 ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 18.2 เมื่อพิจารณาด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนมากผู้ปฏิบัติงานมีรายได้ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือรายได้ 20,001-25,000 บาท ร้อยละ 21.2 ตำแหน่งงานในปัจจุบันของผู้ปฏิบัติงานส่วนมากผู้ปฏิบัติงาน/พนักงาน ร้อยละ 72.7 รองลงมาเป็นหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าแผนก ร้อยละ 12.1 และส่วนมากมีอายุงาน 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ อายุงาน 1-3 ปี ร้อยละ 30.3 ในแต่ละวันทำงาน 8-12 ชั่วโมง ร้อยละ 78.8 รองลงมาคือ ทำงานต่ำกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 15.2 ส่วนมากไม่เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 57.6 รองลงมาคือ ไม่หยุดงานร้อยละ 24.2 หยุดงานไม่เกิน 3 วันร้อยละ 12.1 หยุดงานเกิน 3 วัน ร้อยละ 6.1 และไม่พบอุบัติเหตุถึงขั้นทุพพลภาพ และเสียชีวิต ช่วงเวลาที่เคยหรือเคยเห็นเพื่อร่วมงานเกิดอุบัติเหตุหลังการปฏิบัติงาน ประมาณ 8-12 ชั่วโมง ร้อยละ 18.2 ในขั้นตอนการผลิตและขายไฟฟ้าร้อยละ 18.2 และบาดเจ็บบริเวณศีรษะและใบหน้าข้างซ้าย ร้อยละ 9.1 และสาเหตุที่ได้รับอุบัติเหตุเกิดจาก ระเบิดไฟฟ้าดูด / ช็อต และยกหรือย้ายของหนัก ร้อยละ 12.1

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านตัวบุคคล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านตัวบุคคลที่เป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ จากการศึกษา พบว่า โดยรวมมีระดับความคิดเห็นปัจจัยด้านตัวบุคคลมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00, S.D. = 0.994)

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านการจัดองค์กรเพื่อความปลอดภัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการจัดองค์กรเพื่อความปลอดภัยในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ พบว่า โดยรวมมีระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยด้านการจัดองค์กรเพื่อความปลอดภัย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.96, S.D. = 0.919)

2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50, S.D. = 0.864)

2.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ พบว่าโดยรวมมีระดับความคิดเห็นด้านการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.77, S.D. =0.892)

2.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยอื่นๆ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยอื่น ๆ ในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ พบว่าโดยรวมมีระดับความคิดเห็นด้านการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยอื่น ๆ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.76, S.D. = 1.044)

2.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านการจัดระเบียบโรงงานและสิ่งแวดล้อมผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการจัดระเบียบโรงงานและสิ่งแวดล้อมในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ พบว่าโดยรวมมีระดับความคิดเห็นปัจจัยด้านการจัดระเบียบโรงงานและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.51, S.D. = 0.870)

2.7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านการจัดการความปลอดภัยผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการจัดการความปลอดภัยจากการศึกษา พบว่า โดยรวมมีระดับความคิดเห็นปัจจัยด้านการจัดการความปลอดภัย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.52, S.D. = 1.053)

3. ผลวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานภาพทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงาน กับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Sig = 0.05 แสดงว่า เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 แสดงผลความความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุ

Chi-Square Tests	Value	df	P - value
Pearson Chi-Square	26.197[a]	9	.002*
Likelihood Ratio	15.561	9	.077
Linear-by-Linear Association	3.165	1	.075
N of Valid Cases	33		

*อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน พบว่ามีความสัมพันธ์กัน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < .05) กล่าวคือผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานกับตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กัน แสดงว่าตำแหน่งงานมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน และพบว่าตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน/พนักงาน เป็นตำแหน่งที่มีผลมากสุด คิดเป็นร้อยละ 75.8

3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่เคยประสบอุบัติเหตุหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานประสบอุบัติเหตุกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน พบว่า มีความสัมพันธ์กัน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < .05) กล่าวคือผลของการเกิดอุบัติเหตุกับมีความสัมพันธ์กันกับระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่เคยประสบอุบัติเหตุหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานประสบอุบัติเหตุกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน และพบว่าผู้ที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานประสบอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 57.6 โดยผลที่ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมากคือ ไม่หยุดงานคิดเป็นร้อยละ 24.2 และหยุดงานไม่เกิน 3 วัน คิดเป็นร้อยละ 12.1

ตารางที่ 2 แสดงผลความความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่เคยประสบอุบัติเหตุหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานประสบอุบัติเหตุกับผลของการเกิดอุบัติเหตุ
*อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

Chi-Square Tests	Value	df	p - value.
Pearson Chi-Square	10.331[a]	3	.001*
Likelihood Ratio	9.521	3	.023
Linear-by-Linear Association	0.429	1	.002
N of Valid Cases	33		

3.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวันกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน พบว่า จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวันของผู้ปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ (p – value < .05) แสดงว่า จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวันของผู้ปฏิบัติงานมีระดับความสัมพันธ์กับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานโดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 8-12 ชั่วโมงต่อวัน

ตารางที่ 3 แสดงผลความความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวันกับผลของการเกิดอุบัติเหตุ

Chi-Square Tests	Value	df	p - value
Pearson Chi-Square	8.325[a]	6	.000*
Likelihood Ratio	7.742	6	.000
Linear-by-Linear Association	.444	1	.002
N of Valid Cases	33		

*อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาที่ได้รับหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานได้รับอุบัติเหตุหลังจากเริ่มปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน พบว่า ช่วงเวลาที่ได้รับหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานได้รับอุบัติเหตุหลังจากเริ่มปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ (p – value < .05) โดยช่วงเวลาที่ได้รับหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงาน ได้รับอุบัติเหตุประมาณ 8-12 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 18.2

ตารางที่ 4 แสดงผลความความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาที่ได้รับหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานได้รับอุบัติเหตุหลังจากเริ่มปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุ

Chi-Square Tests	Value	df	p - value
Pearson Chi-Square	50.531[a]	12	.000*
Likelihood Ratio	53.385	12	.000
Linear-by-Linear Association	18.494	1	.000
N of Valid Cases	33		

*อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเคยได้รับอุบัติเหตุหรือเคยเห็นในขั้นตอนใดของสถานที่ปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน พบว่า เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเคยเห็นในขั้นตอนใดของสถานที่ปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ (p – value < .05) โดยขั้นตอนการผลิตและขายไฟฟ้าร้อยละ 18.2

ตารางที่ 5 แสดงผลความความสัมพันธ์ระหว่างเคยได้รับอุบัติเหตุหรือเคยเห็นในขั้นตอนใดของสถานที่ปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุ

Chi-Square Tests	Value	df	p -value
Pearson Chi-Square	82.500[a]	21	.000*
Likelihood Ratio	64.109	21	.000
Linear-by-Linear Association	28.338	1	.000
N of Valid Cases	33		

*อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณส่วนใดของร่างกายกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน พบว่า เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณส่วนใดของร่างกายกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ (p – value < .05) โดยเคยเกิดอุบัติเหตุมากคือ ใบหน้าข้างซ้ายและศีรษะคิดเป็นร้อยละ 9.1

ตารางที่ 6 แสดงผลความความสัมพันธ์ระหว่างเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณส่วนใดของร่างกายกับผลของการเกิดอุบัติเหตุ

Chi-Square Tests	Value	df	p - value

Pearson Chi-Square	74.250[a]	18	.000*
Likelihood Ratio	62.749	18	.000
Linear-by-Linear Association	18.539	1	.000
N of Valid Cases	33		

*อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ทำให้ได้รับอุบัติเหตุกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานพบว่า สาเหตุที่ทำให้ได้รับอุบัติเหตุและผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กันโดยสาเหตุที่ทำให้ได้รับอุบัติเหตุมากที่สุดคือ การระเบิด ไฟฟ้าช็อต และ หกล้ม/ลื่นล้ม คิดเป็นร้อยละ 12.1

ตารางที่ 7 แสดงผลความความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ทำให้ได้รับอุบัติเหตุกับผลของการเกิดอุบัติเหตุ

Chi-Square Tests	Value	df	P - value
Pearson Chi-Square	80.438[a]	27	.000*
Likelihood Ratio	65.155	27	.000
Linear-by-Linear Association	9.594	1	.002
N of Valid Cases	33		

*อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

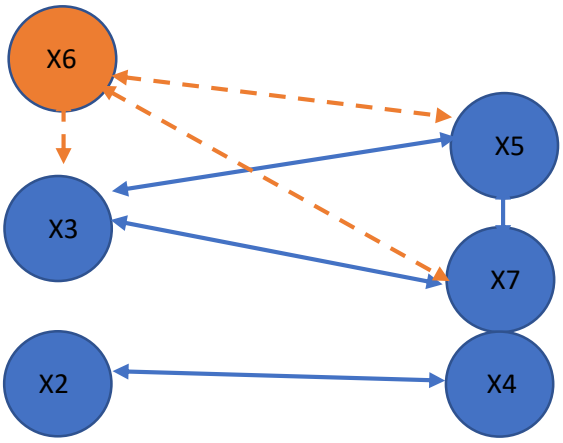
4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ

ตารางที่ 8 แสดงผลความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ

ปัจจัย	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7
X1	1						
X2	.095	1					
X3	.143	.251	1				
X4	.250	.524**	.142	1			
X5	.239	.251	.817**	.203	1		
X6	.134	.070	.364*	.212	.424*	1	
X7	.175	.275	.652**	.193	.745**	.418*	1

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)*



ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพโดยการทดสอบสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพโดยการทดสอบสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล (X1) ปัจจัยด้านการจัดองค์กรเพื่อความปลอดภัย (X2) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน (X3) ปัจจัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน (X4) ปัจจัยด้านการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยอื่น ๆ (X5) ปัจจัยด้านการจัดระเบียบโรงงานและสิ่งแวดล้อม (X6) และปัจจัยด้านการจัดการความปลอดภัย (X7) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยยะสำคัญที่ 99.99% คือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน (X3) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยอื่น ๆ (X5) มากที่สุด รองลงมาเป็น ปัจจัยด้านการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยอื่น ๆ (X5) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการ

จัดการความปลอดภัย (X7) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน (X3) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการจัดการความปลอดภัย (X7) และปัจจัยด้านการจัดองค์กรเพื่อความปลอดภัย (X2) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน (X4) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยยะสำคัญที่ 99.95% คือ ปัจจัยด้านการจัดระเบียบโรงงานและสิ่งแวดล้อม (X6) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยอื่น ๆ (X5) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน (X3) และ ปัจจัยด้านการจัดการความปลอดภัย (X7) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยด้านสภาพทั่วไป พบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 90.1 ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการจัดสรรงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพที่เน้นให้ผู้ชายทำงานที่ต้องใช้แรงกายหรือมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-30 ปี (ร้อยละ 33.3) และ 36-40 ปี (ร้อยละ 30.3) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 39.4) และระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 39.4) รายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 45.5) ซึ่งเป็นกลุ่มรายได้ปานกลาง อาจสะท้อนถึงลักษณะงานที่ไม่ซับซ้อนมาก ซึ่งสอดคล้องกับ นพรัตน์ ศรีวงษ์แผน[6] ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาการจัดการความปลอดภัยในโรงไฟฟ้าบางบ่อ อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้เข้ามาปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าบางบ่อส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.5 เนื่องจากโรงไฟฟ้าร่วมบางบ่อ เป็นโรงไฟฟ้าที่มีความเสี่ยงสูง เป็นงานด้านเทคนิคและการซ่อมบำรุง จึงไม่เอื้อต่อการทำงานของเพศหญิงมากนัก ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 31- 40 ปี เนื่องจากเป็นช่วงอายุวัยทำงาน สร้างครอบครัว และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เนื่องจากลักษณะการทำงานในโรงไฟฟ้าเป็นวิศวกรรมควบคุมและจัดการเครื่องจักร

ลักษณะงานและอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ทำงาน 8-12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 78.8) ซึ่งเป็นชั่วโมงการทำงานที่อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลต่อความปลอดภัยในการทำงาน การกำหนดเวลาพักผ่อนที่เหมาะสมและการส่งเสริมการพักผ่อนในระหว่างชั่วโมงการทำงานอาจลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ปฏิบัติงานส่วนมากไม่เคยประสบอุบัติเหตุ (ร้อยละ 57.6) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุ มักจะเกิดขึ้นในช่วง 8-12 ชั่วโมงหลังการปฏิบัติงาน การวางมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันในช่วงเวลาดังกล่าวจะเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยง

สาเหตุของอุบัติเหตุสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ คือ การระเบิด, ไฟฟ้าดูด/ช็อต และการยกหรือย้ายของหนัก (ร้อยละ 12.1) ซึ่งสอดคล้องกับ Bontempo et al.[10] ที่กล่าวว่า อันตรายที่อาจเกิดขึ้นที่โรงงานก๊าซชีวภาพ ได้แก่ การระเบิด อัคคีภัย สารอันตราย (สารช่วยในการแปรรูป) รวมถึงก๊าซชีวภาพเอง อันตรายจากไฟฟ้า และอันตรายทางกลในส่วนต่างๆ ในโรงงาน

ปัจจัยด้านตัวบุคคลมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะพนักงานที่ทำงานด้วยความประมาทเลินเล่อ ขาดจิตสำนึกเกี่ยวกับความปลอดภัย ขาดความรู้และประสบการณ์ รวมถึงความขาดความรอบคอบ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น ขาดสมาธิในการปฏิบัติงาน สภาพร่างกายไม่แข็งแรง การเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสม การทำงานเกินเวลา และการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม ก็ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในระดับสูงเช่นกัน สอดคล้อง กับ ปรียานารถ สดากร[5] ได้ทำการศึกษา แนวทางการส่งเสริมด้านความรู้และความเข้าใจด้านความปลอดภัยและสุขอนามัยในการผลิตก๊าซชีวภาพจากขยะอินทรีย์ในระดับครัวเรือนและชุมชน พบว่า สาเหตุของอุบัติเหตุมาจากการขาดความตระหนัก การไม่ระมัดระวังในการปฏิบัติงานในพื้นที่ผลิตก๊าซชีวภาพ การณรงค์หรือฝึกอบรมให้มีสติในการปฏิบัติงาน และปฏิบัติงานอย่างระมัดระวัง และควรได้รับการใส่ใจในการพัฒนาและการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

ปัจจัยด้านการจัดองค์กรเพื่อความปลอดภัยมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ว่ามาตรการด้านความปลอดภัยมีความสำคัญในการลดอุบัติเหตุในองค์กร ปัจจัยที่ได้รับการยอมรับสูงสุด ได้แก่ การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพและการมีคณะกรรมการความปลอดภัย รวมถึงการมีนโยบายและแผนงานด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอุบัติเหตุ สอดคล้องกับ จัดพล ภัยแคล้ว และคณะ[2] ได้ทำการศึกษา ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการทำงาน กรณีศึกษาโรงงานอุตสาหกรรม ABC" พบว่า พนักงานมีการรับรู้การจัดการด้านความปลอดภัยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก พนักงานให้ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดองค์กรความปลอดภัยในการทำงาน โดยจะมีการดำเนินการการจัดองค์กรความปลอดภัยเป็นการรับผิดชอบร่วมกันและปฏิบัติการแบบแผนที่กำหนดขึ้นในองค์กร เช่น หน่วยงานความปลอดภัยและคณะกรรมการความปลอดภัยฯที่จัดขึ้นในองค์กร แต่การจัดการงบประมาณสำหรับความปลอดภัยและการประเมินผลการปฏิบัติงานตามนโยบายได้รับคะแนนต่ำกว่า ซึ่งบ่งบอกถึงความจำเป็นในการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะความสำคัญของโครงการรักษาความสะอาด การกำหนดผู้รับผิดชอบและการควบคุมการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การดูแลและบำรุงรักษาเครื่องจักรและอุปกรณ์ รวมถึงการมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและการตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าก็ได้รับการยอมรับในระดับสูง สอดคล้องกับ ทรงศักดิ์ ใจกล้า[4] ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ ในนิคมอุตสาหกรรมอมตะนคร จังหวัดชลบุรี พบว่า ด้านการจัดการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน มีโครงการเพื่อรักษาความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและการเก็บรักษา เช่น 5 ส หรือ อื่น ๆ มีแผนผังวงจรไฟฟ้าทั้งหมดภายในสถานประกอบกิจการเนื่องจาก สภาพแวดล้อมในการทำงานและ สิ่งแวดล้อมในการทำงานทางด้านกายภาพนั้น ต้องมีการควบคุมป้องกันไม่ให้พนักงานต้องสัมผัสเกินกว่าขีดที่จะเป็นอันตรายได้ แต่ต้องพัฒนา ด้านการจัดทำเครื่องหมายจราจรและแผนผังวงจรไฟฟ้าในสถานประกอบกิจการ การออกแบบสถานที่ทำงานตามหลักการยศาสตร์ (Ergonomics) การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

ปัจจัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุ มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะมาตรการขออนุญาตทำงานในงานอันตราย และการควบคุมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลนอกจากนี้ การมีมาตรฐานการปฏิบัติงานในงานที่มีความเสี่ยง การจัดอุปกรณ์คุ้มครอง การฝึกอบรมการใช้และบำรุงรักษาอุปกรณ์ รวมถึงการตรวจความปลอดภัยก็ได้รับการยอมรับในระดับสูง สอดคล้องกับ ทรงศักดิ์ ใจกล้า[4] ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ ในนิคมอุตสาหกรรมอมตะนคร จังหวัดชลบุรี พบว่า มีการทบทวนกฎระเบียบหรือมาตรฐานให้เหมาะสม มีมาตรการเกี่ยวกับการขออนุญาตทำงานในงานอันตรายเนื่องจากการเก็บรวบรวมและการบันทึกรายงาน ระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ควรพัฒนาด้านการสืบค้นและประเมินอันตราย การจัดซื้อเครื่องจักร และการนำผลการตรวจไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน

ปัจจัยด้านการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยอื่น ๆ มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับมากโดยเฉพาะการมีแผนฉุกเฉินที่ชัดเจน การกำหนดให้หัวหน้างานหรือผู้มีประสบการณ์เป็นผู้สอนงาน และการเก็บข้อมูลสถิติอุบัติเหตุ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การประกันภัย การรายงานข้อมูลอุบัติเหตุ การดูแลความปลอดภัยของบุคคลภายนอก และมาตรการควบคุมการทำงานระยะยาวก็ได้รับความคิดเห็นในระดับสูง สอดคล้องกับ อภิวัฒน์ งานประเสริฐสกุล[9]ได้ศึกษา การประเมินผลการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน กรณีศึกษาโครงการ

ก่อสร้างโรงไฟฟ้าของบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง พบว่าการรับรู้ข่าวสารและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานทุกคน เป็นปัจจัยที่สำคัญของการช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน แต่ควรพัฒนาด้านการจัดนิทรรศการเกี่ยวกับความปลอดภัย

ปัจจัยด้านการจัดระเบียบโรงงานและสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการติดตั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ในพื้นที่ปลอดภัย การมีแสงสว่างเพียงพอ การจัดระเบียบสายไฟฟ้าหรือท่อลมอย่างเป็นระเบียบ การมีระบบระบายอากาศเพื่อขจัดสารพิษยังได้รับความคิดเห็นในระดับสูง สอดคล้องกับ นพรัตน์ ศรีวงษ์แผน[5] ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาการจัดการความปลอดภัยในโรงไฟฟ้าบางบ่อ อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า โรงไฟฟ้ามีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมดีอยู่แล้ว มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมทุกกิจกรรมและปฏิบัติตามมาตรฐานต่างๆ ไม่ให้มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม แต่ต้องพัฒนาในด้านเสียงดัง, การจัดระบบจราจร, กลิ่นไม่พึงประสงค์, พื้นลื่นหรือขรุขระ , และควันหรือฝุ่นละอองในพื้นที่ทำงาน

ปัจจัยด้านการจัดการความปลอดภัย มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการฝึกซ้อมตามแผนฉุกเฉินและแผนควบคุมอุบัติภัย การตรวจสอบพนักงานให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างสม่ำเสมอ และการฝึกอบรมด้านความปลอดภัย สอดคล้องกับ สิริมา เดชภิญญา[7] ได้ทำการวิจัยเรื่องการรับรู้การจัดการด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัท ABC พบว่า พนักงานมีความรู้ด้านนโยบายความปลอดภัย และมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในในระดับมาก มีการจัดทำแผนฉุกเฉินและฝึกซ้อมตามแผน มีการจัดฝึกอบรมด้านความปลอดภัย มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน และมีการประชุมและติดตามด้านความปลอดภัยทุกเดือน และควรปรับปรุงให้มีการจัดหาเอกสารด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยให้แก่พนักงานอย่างเพียงพอ มีการมีการจัดนิทรรศการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การให้ความรู้แก่พนักงาน และมีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายให้ความรู้ในระบบความปลอดภัยในช่วงเวลาพักเป็น

ประจำ จึงต้องพัฒนาการจัดการด้านอื่น ๆ เช่น การเผยแพร่ข่าวสารด้านความปลอดภัย, การจัดทำมาตรฐานด้านความปลอดภัย, และการจัดประชุมเรื่องความปลอดภัยที่ยังได้รับความคิดเห็นในระดับปานกลาง และการจัดหาเอกสารด้านความปลอดภัย, การจัดนิทรรศการ, และการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายซึ่งมีความคิดเห็นต่ำที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานภาพทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานกับผลของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน พบว่า เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานซึ่งสอดคล้องกับ นพรัตน์ ศรีวงษ์แผน[6] ได้ศึกษา แนวทางการพัฒนาการจัดการความปลอดภัยในโรงไฟฟ้าบางบ่อ อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา และรายได้) ของผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าบางบ่อ ไม่มีผลแตกต่างต่อระดับการจัดการด้านความปลอดภัยทั้ง 5 ด้าน

ตำแหน่งงานมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน แสดงให้เห็นว่าแต่ละตำแหน่งงานมีระดับความเสี่ยงที่แตกต่างกันในการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของงานที่แตกต่างกัน การขาดการฝึกอบรมหรือข้อกำหนดด้านความปลอดภัยที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานโดยตรง เช่น พนักงาน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับอุบัติเหตุได้มากกว่าตำแหน่งอื่น

ผู้ปฏิบัติงานที่เคยประสบอุบัติเหตุหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานประสบอุบัติเหตุมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน ผู้ที่เคยเห็นเหตุการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะประสบอุบัติเหตุลดลง ในขณะที่ผู้ที่ไม่เคยเห็นเหตุการณ์นี้มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยกว่า การที่ไม่เคยเห็นเหตุการณ์อันตรายระดับสูงอาจทำให้การรับรู้ความเสี่ยงต่ำกว่าหรือการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยไม่เคร่งครัด

จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวันมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมีแนวโน้มที่จะประสบอุบัติเหตุมากขึ้น การทำงานในระยะเวลานานอาจเพิ่มความเสี่ยงเนื่องจากความเหนื่อยล้าและความเครียดที่สะสม

ช่วงเวลาที่ได้รับหรือเคยเห็นเพื่อนร่วมงานได้รับอุบัติเหตุหลังจากเริ่มปฏิบัติงานมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะช่วงเวลาที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในช่วง 8-12 ชั่วโมงหลังเริ่มปฏิบัติงาน อาจบ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว การรับรู้และการเห็นเหตุการณ์อุบัติเหตุในช่วงเวลานี้อาจมีผลต่อความระมัดระวังและพฤติกรรมการทำงานของบุคคล การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมและมาตรการความปลอดภัยเฉพาะสำหรับช่วงเวลานี้อาจช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุได้

ขั้นตอนใดของสถานที่ปฏิบัติงานมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในขั้นตอนการผลิตและขายไฟฟ้า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าขั้นตอนนี้มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุในอนาคต การพัฒนามาตรการความปลอดภัยและการ

ฝึกอบรมในขั้นตอนเหล่านี้อาจช่วยลดอุบัติเหตุและเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บริเวณส่วนใดของร่างกายผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในบริเวณใบหน้าข้างซ้ายและศีรษะ การพัฒนาและการเสริมสร้างมาตรการป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่เหล่านี้ เช่น การใช้เครื่องป้องกันที่เหมาะสม และการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย อาจช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานได้

สาเหตุที่ทำให้ได้รับอุบัติเหตุมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะสาเหตุที่สำคัญ เช่น การระเบิด ไฟฟ้าช็อต และการหกล้ม/ลื่นล้ม การพัฒนามาตรการป้องกันและการควบคุมที่มุ่งเน้นที่สาเหตุเหล่านี้ เช่น การตรวจสอบระบบไฟฟ้าอย่างสม่ำเสมอ การให้การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานเพื่อป้องกันการลื่นล้ม อาจช่วยลดความเสี่ยงและความเสียหายจากอุบัติเหตุได้

ความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างปัจจัยเสี่ยงในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพชี้ให้เห็นว่าการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานและการจัดสิ่งอำนวยความปลอดภัยมีผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยช่วยเสริมประสิทธิภาพของสิ่งอำนวยความปลอดภัย การจัดการความปลอดภัยที่ดีสามารถทำให้สภาพแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น การจัดระเบียบโรงงานและโครงสร้างการจัดการความปลอดภัยที่เหมาะสมมีผลดีต่อการป้องกันอุบัติเหตุ ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงเหล่านี้เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปแนวทางพัฒนาการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ ดังนี้

สถานภาพทั่วไป: ควรลดชั่วโมงการทำงานและเพิ่มเวลาพักผ่อน เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าและเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน รวมถึงเสริมการฝึกอบรมความปลอดภัยและปรับปรุงโครงสร้างบุคลากรเพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับลักษณะงาน

ตัวบุคคล: เน้นการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยเพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการทำงาน สนับสนุนให้พนักงานมีสุขภาพที่ดีและการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อลดความเสี่ยงจากการทำงานที่ขาดความระมัดระวัง

การจัดองค์กร: แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและมีคณะกรรมการความปลอดภัยที่ชัดเจน พร้อมทั้งจัดทำแผนงานและนโยบายความปลอดภัยที่เป็นระบบ รวมถึงการปรับปรุงงบประมาณและการประเมินผลเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

สภาพแวดล้อม: เพิ่มโครงการรักษาความสะอาดและตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการออกแบบสถานที่ทำงานตามหลักการยศาสตร์เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

การป้องกันอุบัติเหตุ: พัฒนาการประเมินความเสี่ยงพัฒนาแผนฉุกเฉินที่ชัดเจนและการฝึกอบรมจากผู้มีประสบการณ์ เพิ่มการเก็บข้อมูลสถิติ อุบัติเหตุและพัฒนานิทรรศการความปลอดภัยเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของพนักงาน

สิ่งอำนวยความปลอดภัย: ติดตั้งระบบเตือนภัยที่เหมาะสมและจัดหาอุปกรณ์ความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุการจัดระเบียบ: ควบคุมปัญหาสภาพแวดล้อม เช่น เสียงดัง ระบบจราจร กลิ่นไม่พึงประสงค์ การป้องกันพื้นลื่น และการลดควันหรือฝุ่นละออง เพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน

การจัดการความปลอดภัย: พัฒนาและเผยแพร่ข่าวสารด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยที่ชัดเจน จัดให้มีเอกสารความปลอดภัย และประชาสัมพันธ์การฝึกอบรมด้านความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพ เพื่อให้ครอบคลุม ควรศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหารและพนักงาน โรงไฟฟ้าก๊าซชีวภาพจากน้ำเสีย โรงงานผลิตน้ำมันปาล์มในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร สุราษฎร์ธานี และจังหวัดกระบี่ จำนวน 11 โรงงาน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม ในการศึกษาวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญชาติ สายน้อย, เสรีย์ ตู้ประกาย, มงคล รัชชะ, ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย, ปาริชาติ หมื่นสีทา และโกวิท สุวรรณหงษ์. (2565).ศึกษาความสัมพันธ์ของกฎหมาย มาตรฐาน และคู่มือด้านความปลอดภัยในโรงงานก๊าซชีวภาพกับองค์ประกอบการจัดการความปลอดภัยกระบวนการผลิต. เอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ปอมท. ประจำปี พ.ศ. 2565, 271-289.
2. จัดพล ภัยแคล้ว, สงวน วงศ์ชวลิตกุล และ มารุต โคตรพันธ์. (2561). ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการทำงาน กรณีศึกษาโรงงานอุตสาหกรรม ABC ในจังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 19 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 43-51.
3. ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. (2539). สถิติพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
4. ทรงศักดิ์ ใจกล้า. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ ในนิคมอุตสาหกรรมอมตะนคร จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.
5. ปรียานารถ สดากร. (2561). แนวทางส่งเสริมความรู้และความเข้าใจด้านความปลอดภัยและสุขอนามัยในการผลิตก๊าซชีวภาพจากขยะอินทรีย์ในระดับครัวเรือนและชุมชน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
6. นพรัตน์ ศรีวงษ์แผน. (2561). แนวทางการพัฒนาการจัดการความปลอดภัยในโรงไฟฟ้าบางบ่อ อำเภอบางบ่อจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก. 4(2), 1-14.
7. สิริมา เดชภิญญา. (2561). การรับรู้การจัดการด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัท ABC. รายงานการค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกริก.
8. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2566). ไฟไหม้บ่อผลิตแก๊สในพื้นที่ ท่าฉาง สุราษฎร์ธานี.ค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2565, จาก https://www.tiktok.com/@chonyuen/video/7225887713973587205?_r=1&_t=8mTF0Fwmjhg
9. อภิวัฒน์ งานประเสริฐสกุล. (2563). การประเมินผลการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน กรณีศึกษาโครงการก่อสร้างโรงไฟฟ้าของบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง. รายงานการค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
10. Bontempo, G., Maciejczyk, M., Wagner, L., Findeisen, C., Mareike, F., & Hofmann, F. (2016). Guidelines For safe use of biogas technology. Freising: Fachverband Biogas e.V.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐม

Factors related to Long COVID-19 among personal at Nakhon Pathom Hospital

(Received: August 19,2024 ; Revised: August 24,2024 ; Accepted: August 25,2024)

จุไรรัตน์ จิรภัทรโชติมณี[1]
Jurairat Jirapatarachottmanee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา(*Retrospective descriptive study*) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อภาวะลองโควิดของบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐม ประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็น บุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19 ทุกรายที่ตอบแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19 ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565 รวมทั้งสิ้น 342 ราย มีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ สืบค้นข้อมูลการรายงานอาการในแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด-19 ข้อมูลการตรวจสุขภาพปี 2565 และข้อมูลการนอนโรงพยาบาลหลังการติดเชื้อโควิด-19 นำข้อมูลที่ได้ไปบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า มีโรคอ้วนร้อยละ 14.33 มีโรคประจำตัวร้อยละ 29.24 ได้รับวัคซีนร้อยละ 98.54 นอนรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 4.09 (นอน 2 - 14 วัน) และมีอาการ Long COVID-19 ร้อยละ 70.47 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด Long COVID-19 ของบุคลากร ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรคอ้วนและโรคประจำตัว โดยบุคลากรที่มีโรคอ้วนมีโอกาสเกิดมากกว่าไม่มีโรคอ้วน 2.38 เท่า และบุคลากรที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดมากกว่าไม่มีโรคประจำตัว 1.719 เท่า

คำสำคัญ : อาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19, Long COVID-19 ในบุคลากร

ABSTRACT

This research is a retrospective descriptive study (Retrospective descriptive study) with the objective of studying factors related to Long COVID-19 among Nakhon Pathom Hospital personnel. The population/sample studied were all COVID-19 infected personnel who responded to the self-assessment on the return to work of COVID-19 infected personnel from January 2022 to December 2022, a total of 342 persons. The process was to search for symptom reporting data on the return-to-work self-assessment of personnel infected with COVID-19. 2022 health examination information and hospital admission information after COVID-19 infection. The obtained information will be recorded in the generated record form. and analyzed the data using descriptive statistics and logistic regression statistics.

The results of the study found that 14.33% were obese, 29.24% had underlying diseases, 98.54% had received the vaccine, 4.09% were hospitalized (staying for 2 - 14 days), and 70.47% had Long COVID symptoms. Analysis of factors associated with long COVID-19 among personnel using logistic regression statistics found that the factors associated with statistical significance were obesity and Underlying disease. Personnel with obesity are 2.38 times more likely than those without obesity, and personnel with Underlying disease are 1.719 times more likely than those without Underlying disease.

Keywords: Long COVID-19, Long COVID-19 among personnel

[1] โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) จัดเป็นโรคระบาดครั้งใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โดยพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน[1,2] โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดครั้งนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม 2563 และประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID – 19 เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 จากการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศจากประเทศจีน และเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีรายงาน ผู้ป่วยชาวไทยรายแรก อาชีพขับรถแท็กซี่ ซึ่งไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ แต่มีประวัติขับรถแท็กซี่ ให้บริการกับผู้ป่วยชาวจีน จากนั้นได้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างจากการแพร่เชื้อในการแข่งขันชกมวย ณ สนามมวยลุมพินี เป็นต้นมา และในปัจจุปัน ณ วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 4,738,156 คน และมียอดผู้เสียชีวิต 34,163 คน[3]

COVID – 19 เป็นโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินหายใจเริ่มจากจมูกลงไปถึงถุงลมในปอด แบ่งเป็น ทางเดินหายใจส่วนบน(จมูก โพรงรอบจมูกหรือไซนัส กล่องเสียง) และทางเดินหายใจส่วนล่าง (หลอดลม และ ปอด) การติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบนจะก่อโรครุนแรงน้อยกว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ความเจ็บป่วยเป็นผลจากที่ไวรัสเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจทำลายเซลล์และเกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากร่างกาย เมื่อไวรัส COVID – 19 เข้าสู่ร่างกายทาง ปาก จมูก ตา โดยที่ไวรัสจะเกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อบุทางเดินหายใจ ไวรัสไม่เข้าทางผิวหนังหรือแผลที่ผิวหนัง ระยะฟักตัวของโรคโควิด-19 นาน 2-14 วัน ปัจจัยที่มีผลต่อระยะฟักตัวของโรค ได้แก่ 1) ปริมาณของไวรัสที่ได้รับ ถ้ามากจะทำให้เกิดโรคเร็ว คือ ระยะฟักตัวสั้น 2) ทางเข้าของเชื้อโรค เช่น ไวรัสโควิด-19 หากเข้าสู่ปอด โดยตรงทางจมูกและปาก จะเกิดโรคเร็วกว่าการรับเชื้อทางเยื่อบุตา และหากมีการสูดหายใจลึกและแรงในขณะรับเชื้อโรค เชื้อโรคก็มี โอกาสจะเข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น 3) อัตราการเพิ่มจำนวนไวรัสในร่างกายคน และ4) สุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ อาการของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ มีอาการไข้และไอ ส่วนใหญ่เริ่มจากไอแห้งๆ ตามด้วยไข้ ผู้ป่วยส่วนน้อยมีน้ำมูก เจ็บคอ หรือจาม จมูกรับกลิ่นไม่ได้ (anosmia) แต่ไม่มีเสียงแหบหรือหาย ส่วนความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับ 1) ปริมาณไวรัสที่ได้รับ 2) ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิกิริยา อิมมูน การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย และ3) การดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและเมื่อป่วย ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการป่วย โดยเด็กส่วนใหญ่มีอาการน้อยผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำาตัวมักจะมีอาการหนักกว่า พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 มีอาการน้อยคล้ายไข้หวัดธรรมดาหรือไข้หวัดใหญ่ที่อาการน้อย หายได้เองหลังการพักผ่อนและดูแลตามอาการ ผู้ติดเชื้อบางส่วนไม่มีอาการ ผู้ป่วยร้อยละ 14 มีอาการหนักจากปอดอักเสบและหายใจผิดปรกติ ผู้ป่วยร้อยละ 5 มีอาการวิกฤติ เช่นการหายใจล้มเหลว ช็อคจากการป่วยรุนแรง และผู้ป่วยร้อยละ 1-2 เสียชีวิตหลังจากมีอาการหนัก ซึ่งมักเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวทางหัวใจและปอด เบาหวาน ภูมิต้านทานต่ำ หรือโรคประจำตัวอื่น ๆ[4]

องค์การอนามัยโลก(The World Health Organization : WHO) ประกาศนิยามภาวะ post acute COVID syndrome (Long COVID) ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2564 ระบุว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่หรือต่อเนื่องภายหลังการติดเชื้อ COVID – 19 ส่วนมากตั้งแต่ 3 เดือน นับจากวันตรวจพบเชื้อ และ มีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ และอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถ อธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยสาเหตุอื่น ๆ จากรายงานการวิจัยหลายฉบับมีการระบุไว้ว่าผู้ติดเชื้อไวรัส COVID – 19 จะมีอาการ อ่อนเพลีย ปวดหัว ขาดสมาธิ ผมร่วง และหอบเหนื่อยมาก

ที่สุด พบมากในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน และผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งกลุ่มที่มีอาการอาจจะมีอาการตั้งแต่ 1 เดือนหรือมากกว่า 4-6 สัปดาห์ ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดภาวะ Long COVID ที่ชัดเจน มีเพียงสมมติฐานว่าอาจเกิดจากโปรตีนของไวรัสที่หลงเหลืออยู่ (viral persistence) ซึ่งไม่ส่งผลต่อการติดเชื้อแล้ว แต่ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการอักเสบต่อเนื่อง (persistent inflammation) และภาวะภูมิต้านตนเอง (autoimmunity) ส่งผลให้เนื้อเยื่อปอด หัวใจ และสมอง มีความเสียหายในระยะยาว อาการ Long COVID เป็นอาการเจ็บป่วยที่ไม่มีลักษณะตายตัวอาจเหมือนหรือต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่งผลกระทบของ Long COVID สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วร่างกายตั้งแต่ระบบหายใจ, ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่หายป่วยบางรายยังไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างเดิม ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ 30-50% จากจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วและในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่หนักหรือผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการก็สามารถมีโอกาสที่จะเกิดอาการ Long COVID ได้เช่นเดียวกัน[5]

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะโพสท์โควิด (Post-COVID Condition) ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีข้อมูลที่ทำให้เชื่อได้ว่าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ โรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันสูง โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ โรคพิษสุราเรื้อรังและโรคไตเป็นต้น ความรุนแรงของโรคโควิดที่มีผลต่อระยะเวลานอนในห้องผู้ป่วยหนักและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ เช่นเม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ มีปัญหาการแข็งตัวของเลือดเป็นต้น และปัจจัยอื่น ๆ เช่น มีอาการมากกว่า 5 อย่างในระยะติดเชื้อ 1 สัปดาห์ เพศหญิงที่มีอายุ 50-60 ปี และมีการติดเชื้ออื่นร่วมด้วย ซึ่งผู้หายจากโรค โควิด-19 ที่เคยมีปัญหาโรคปอด (Pre-existing pulmonary conditions) ผู้สูงอายุ (Elder) และคนอ้วน (Obesity) พบมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น[6]

การป้องกันภาวะโพสท์โควิดที่สามารถทำได้ดีที่สุด ณ เวลานี้คือการป้องกันตัวเองไม่ให้ติดโรคโควิด-19 ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 และวัคซีนเข้มกระตุ้นภูมิคุ้มกันตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข สวมใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างทางสังคมโดยอยู่ห่างจากผู้อื่น 1-2 เมตร เลี่ยงบริเวณแออัดและอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ล้างมือบ่อย ๆ ดูแลสุขภาพร่างกายและออกกำลังกายสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และหากมีอาการผิดปกติควรรีบพบแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยเพื่อนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที [6] ดังนั้นระบบงานสาธารณสุขควรมีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วย ติดตามอาการผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการสังเกตอาการหลังจำหน่าย รวมทั้งจัดบริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

การศึกษาในต่างประเทศดังการศึกษาในสหราชอาณาจักร ทีมนักวิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลจากการศึกษา 41 เรื่องที่เผยแพร่ระหว่างช่วงเริ่มต้นของการระบาดจนถึงวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยทั้งหมด 860,783 ราย พบปัจจัยเสี่ยง 6 ประการเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิด Long COVID-19 ได้แก่ 1) เป็นผู้หญิง จากการวิเคราะห์พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคโควิดนานกว่าผู้ชายถึง 1.5 เท่า ระดับฮอร์โมนเพศหญิงอาจทำให้การอักเสบยืดเยื้อหลังจากการติดเชื้อครั้งแรก หรือระดับที่สูงขึ้นของแอนติบอดีในผู้หญิงอาจทำให้อาการยังคงอยู่ 2) มีอายุมากกว่า 40 ปี อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคโควิด-19 และผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีแนวโน้มที่จะมีอายุมากกว่า 40 ปีประมาณ 20% แม้ว่าการวิเคราะห์จะพบว่าผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิดระยะยาวเท่ากับผู้ที่มีอายุ 40 ถึง 69 ปี แต่นักวิจัยกล่าวว่าอาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปีมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ครั้งแรก 3) เป็นโรคอ้วน ผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนมีโอกาสเกิดโรคโควิดระยะยาวมากกว่าผู้ที่

ไม่เป็นโรคประมาณ 1.15 เท่า นักวิจัยระบุว่า โรคอ้วนอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการเผาผลาญอาหาร ซึ่งอาจทำให้อาการของโควิด-19 ยืดเยื้อได้ 4) เป็นคนสูบบุหรี่ แม้ว่าการสูบบุหรี่จะถูกระบุว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคโควิด-19 ในระยะยาว แต่นักวิจัยตั้งข้อสังเกตว่ายังไม่ชัดเจนว่าเกิดจากการสูบบุหรี่หรือสภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ 5) มีโรคประจำตัวอื่นๆ มีการตรวจสอบปัญหาทางการแพทย์หลายอย่างในการศึกษา และนักวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมีความเสี่ยงสูงที่จะติดโควิดระยะยาว รองลงมาคือผู้ที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหอบหืด 6) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการติดเชื้อ COVID-19 ครั้งแรก จากการวิเคราะห์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาในห้องไอซียูในช่วงระยะเฉียบพลันของการติดเชื้อโควิด-19 มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคโควิดระยะยาว ผู้ป่วยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจากสองกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคโควิดระยะยาวมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาในห้องไอซียูถึงสองเท่า[7] Asadi-Pooya และคณะ ทำการศึกษาเชิงสังเกตย้อนหลัง ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด Fars ((ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของประเทศอิหร่าน) ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึง 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการยืนยันการวินิจฉัย COVID-19 เก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์หาผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อยสามเดือน ถามข้อมูลปัจจุบันของผู้ป่วย ใช้สถิติ เพียร์สันไคสแควร์(Pearson Chi square)การทดสอบของฟิสเชอร์(Fisher's exact test) การทดสอบที(*t* test) และแบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี(binary logistic regression) พบว่าจำนวนผู้ป่วยศึกษาทั้งหมด 4,681 ราย โดยมีการรายงานอาการทั้งหมด 2,915 ราย (62.3%) อาการที่พบบ่อยที่สุดของกลุ่มอาการโควิดระยะยาว ได้แก่ ความเหนื่อยล้า แพ้การออกกำลังกาย แพ้การเดิน ปวดกล้ามเนื้อ และหายใจถี่ ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการ Long COVID มากกว่าผู้ชาย (Odds Ratio: 1.268; 95% Confidence Interval: 1.122-1.432; P=0.0001) ซึ่งมีนัยสำคัญ การนำเสนอด้วยปัญหาระบบทางเดินหายใจเมื่อเริ่มมีอาการป่วยยังสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มอาการโควิดระยะยาว (Odds Ratio: 1.425; 95% Confidence Interval: 1.177-1.724; P=0.0001) การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สั้นกว่านั้นสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ Long COVID (Odds Ratio: 0.953; 95% Confidence Interval: 0.941-0.965; P=0.0001)[8]

การศึกษาในประเทศไทยของสิรินทร์ นาถอนันต์ และ พงศ์พันธ์ สุริยงค์ ทำการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 การศึกษาแบบภาคตัดขวาง จากข้อมูลผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษาโรคโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ที่บันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย และสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ จำนวน 260 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบเป็นระบบ และวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 260 คน พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 79.2 (206 คน) โดยเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวเท่ากับ 2.5 เท่า ของเพศชาย (95% CI, 1.35 - 4.64; $P < .05$) ปัจจัยด้านอายุ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว และชนิดของวัคซีนเข็มสุดท้ายก่อนการติดเชื้อโควิด-19ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19อย่างมีนัยสำคัญ($P > .05$) การใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ สมุนไพรฟ้าทะลายโจร และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าว ($P > .05$) และผู้ป่วยที่มีอาการจากภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 49.0 (101 คน) มีการใช้ยาหรือวิตามินเพื่อรักษาหรือบรรเทา

อาการ [1] นอกจากนี้การศึกษาของธีรพงศ์ ตัญเจริญสุขจิต ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Long COVID โดยทำการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ศึกษาในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลลานกระบือ ในช่วงเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2564 พบว่า ความชุกของการเกิดอาการหลังได้รับเชื้อ 4 สัปดาห์คือเหนื่อยง่าย (ร้อยละ 35.9) หายใจไม่อิ่ม(ร้อยละ 29.5) อ่อนเพลีย (ร้อยละ13.2) หลังได้รับเชื้อ 12 สัปดาห์เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 13.2) หายใจไม่อิ่ม (ร้อยละ 8.2) ผมร่วง (ร้อยละ6.8) หลังได้รับเชื้อ 4 สัปดาห์ และพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดอาการมากกว่าเพศชาย 2 เท่า (OR 1.964 95% CI =1.124, 3.369,p-value = .017) และผู้ติดเชื้อที่มีอาการแสดงระดับ moderate symptomatic มีโอกาสเกิดอาการมากกว่าระดับ asymptomaticหรือ mild 1.8 เท่า (OR 1.813 95% CI =1.018, 3.226, p-value= .043)[5]

สำหรับโรงพยาบาลนครปฐม จากข้อมูลการสำรวจแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19 ของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โดยกำหนดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของโควิค-19 นานเกิน 4 สัปดาห์ พบว่ามีบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 มีทั้งสิ้น 342 ราย พบผู้มีอาการ Long COVID จำนวน 241 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.47 และไม่มีอาการ Long COVID หลงเหลือจำนวน 101 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.53 ในจำนวนผู้ที่มีภาวะลองโควิดนี้ มีประวัติการได้รับวัคซีน 4 เข็ม จำนวน 255 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.56 ได้รับวัคซีน 3 เข็ม จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.33 ได้รับวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.19 ได้รับวัคซีน 1 เข็ม จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.46 และไม่ได้รับวัคซีนเลย จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.46 ซึ่งตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ได้มีการยกเลิกการรายงานอาการด้วยแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID – 19 เป็นส่วนใหญ่ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด Long COVID-19 ในบุคลากรมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการ Long COVID-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อทราบปัจจัยและปัญหาแท้จริงของบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐม สามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนและจัดทำแนวทางการป้องกันการเกิด Long COVID-19 และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อภาวะลองโควิดของบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา(*Retrospective descriptive study*) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่ออาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19ของบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐมทุกรายที่ตอบแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19 ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565 (1 ปี) รวมทั้งสิ้น 342 ราย ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 รวมทั้งสิ้น 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19 โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19 ทุกรายที่ตอบแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID – 19 ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565 (1 ปี) รวมทั้งสิ้น 342 ราย เกณฑ์การ

คัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion criteria) คือ 1) บุคลากรโรงพยาบาลนครปฐมทุกรายที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงเวลาที่กำหนด 2) มีการตอบแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานหลังการติดเชื้อโควิด-19 และเกณฑ์การคัดออกอาสาสมัคร (Exclusion criteria) คือ บุคลากรโรงพยาบาลนครปฐมที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่มีผลการตรวจสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากร โรงพยาบาลนครปฐม ที่สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม และคุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์โรคระบาด 1 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาล/นักวิชาการอาชีวเวชกรรม 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ มากกว่า 0.5 โดยแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากร โรงพยาบาลนครปฐม แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน คือ

1.ปัจจัยที่มีผลอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 8 ข้อ คือ 1) เพศหญิง/ชาย 2) อายุ(ปี) 3) ตำแหน่งและลักษณะงาน 4) มี/ไม่มีโรคอ้วน 5) มีการสูบบุหรี่ 6) โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคปอดและทางเดินหายใจ โรคตับ โรคหัวใจ ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง 7) การได้รับวัคซีน 8) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะป่วยเป็น COVID-19

2.อาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 (Long COVID-19) ทั้งหมด 17 ข้อ คือ 1) เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย 2) ปวดศีรษะ 3) รู้สึกไม่ดีหลังออกกำลังกาย 4) หายใจติดขัด/หายใจไม่สุด/ไม่เต็มปอด/ไม่อิ่ม 5) เจ็บคอ 6) ไอต่อเนื่อง 7) ไข้ต่อเนื่อง 8) ท้องเสีย/ปวดท้อง/คลื่นไส้/อาเจียน 9) ใจสั่น/รู้สึกใจเต้นแรง/เจ็บหน้าอก10) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 11) เจ็บข้อต่อ 12) หลุดสมาธิได้ง่าย 13) หูอื้อ/ได้ยินเสียงวิ้งในหู 14) มึน/เวียนศีรษะ 15) รู้สึกชาบริเวณแขน/ขา 16) การรับรู้เปลี่ยนไป 17) การรับกลิ่นและรสเปลี่ยนไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ

2. สืบค้นข้อมูลการรายงานอาการในแบบประเมินตนเองในการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

3. สืบค้นข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี 2565 ที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

4. ขอข้อมูลการนอนโรงพยาบาลหลังการติดเชื้อโควิด-19 จากงานเวชสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลนครปฐม ได้แก่ นอนโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้านอนระบุตึกผู้ป่วยว่าเป็นนอกห้องผู้ป่วยหนักหรือในห้องผู้ป่วยหนัก มีการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่ และจำนวนวันนอน

5. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากร โรงพยาบาลนครปฐม ที่สร้างขึ้น

6. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐมเลขที่รับรอง 025/2023 ผู้วิจัยเคารพความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ (Identifiers) ถึงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์การวางแผนในการดูแลสุขภาพของ

บุคลากรในโรงพยาบาลและเป็นข้อมูลทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean)พิสัย (Range) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก(Logistic regression)

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลปัจจัยที่มีผลอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ที่ศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะงาน ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะป่วยเป็น COVID-19 และข้อมูลอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19ของบุคลากร โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะงานของบุคลากรที่มีการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า เป็นเพศหญิงจำนวน 296 คน (ร้อยละ 86.55) เพศชาย 46 (ร้อยละ 13.45) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.77 ปี (min 19, max 62, S.D 11) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 19-30 ปี จำนวน 157 คน (ร้อยละ 45.91) รองลงมาคือ อายุ 31-40 ปี จำนวน 72 คน (ร้อยละ 21.05) และอายุ 41-50 ปี จำนวน 71 คน (ร้อยละ 20.76) ส่วนลักษณะงานที่ปฏิบัติ พบว่าส่วยใหญ่เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยตรงจำนวน 234 คน (ร้อยละ 68.42) สนับสนุนบริการ จำนวน 94 คน (ร้อยละ 27.49) และกลุ่มสำนักงาน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 4.09)

1.2 ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพของบุคลากรที่มีการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า มีค่าค่าดัชนีมวลกาย(BMI) เฉลี่ยเท่ากับ24.36 kg/m^2 (min 14.69, max 49.67, S.D 5.28) ไม่มีโรคอ้วน(ค่า BMI ≤ 29.99 kg/m^2) จำนวน 293 คน (ร้อยละ 85.67) และมีโรคอ้วน(ค่า BMI ≥ 30 kg/m^2) จำนวน 49 คน (ร้อยละ 14.33) ไม่มีการสูบบุหรี่จำนวน 341 คน (ร้อยละ 99.71) และมีการสูบบุหรี่จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.29) ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 242 คน (ร้อยละ 70.76) และมีโรคประจำตัวจำนวน 100 คน (ร้อยละ 29.24) โดยโรคประจำตัวที่พบ 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน,โรคภูมิแพ้,โรคไขมันใน เลือดสูงและโรคปอดหรือทางเดินหายใจ จำนวน 31, 15, 15, 14 และ13 คน คิดเป็นร้อยละ 31, 15, 15, 14 และ13 ของคนที่มีโรคประจำตัวทั้งหมดตามลำดับ การได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ได้รับวัคซีนจำนวน 337 คน (ร้อยละ 98.54) และไม่ได้รับวัคซีนจำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.46) ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 4 เข็ม จำนวน 255 คน(ร้อยละ 74.56)รองลงมาคือ ได้รับวัคซีน 3 เข็ม จำนวน 49 คน(ร้อยละ 14.33) และได้รับวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 28 คน(ร้อยละ 8.19)

1.3 ข้อมูลปัจจัยด้านการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล(Admitted)เมื่อมีการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรที่มีการติดเชื้อโควิด-19 พบว่าบุคลากรที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่ ไม่มีการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 328 คน (ร้อยละ 95.91) ซึ่งในบุคลากรที่มีการติดเชื้อโควิด-19 และเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 14 คน มีจำนวนวันนอนตั้งแต่ 2 ถึง 14 วัน มากที่สุด คือ นอน 10 วัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 รองลงมา คือ นอน 6 วัน และ นอน 7 วัน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 เท่ากัน

1.4 ข้อมูลอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรพบว่าบุคลากรที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยทั้งสิ้น 241 คน (ร้อยละ 70.47) และไม่มีอาการจำนวน 101 คน (ร้อยละ 29.53) ซึ่งอาการที่พบสูงสุด 5 อันดับแรก คือ เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย, ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, ไอต่อเนื่อง, หายใจติดขัด/หายใจไม่สุด/หายใจได้ไม่เต็มปอด/หายใจไม่อิ่ม และ มึน/เวียนศีรษะ จำนวน 161 คน, 84 คน, 78 คน, 76 คน และ 65

คน คิดเป็นร้อยละ 47.08, 24.56, 22.81, 22.22 และ 19.01 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่ออาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19ของบุคลากร การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (binary logistic regression) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรดังนี้ บุคลากรที่มีโรคอ้วนมีโอกาสเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าบุคลากรที่ไม่มีโรคอ้วน 2.38 เท่า (OR 2.38 95% CI 1.071 - 5.302, p-value = .029) และบุคลากรที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว 1.719 เท่า (OR 1.813 95% CI 0.994-2.971, p-value =..0497) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากร

ปัจจัย	ไม่มีอาการ(n=01)		มีอาการ (n=241)		Chi	OR	95%CI for OR	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	p-value		Lower	Upper
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ					.227			
ดูแลผู้ป่วยโดยตรง	64	27.35	170	72.65				
สนับสนุนบริการ	34	36.17	60	63.83				
กลุ่มสำนักงาน	3	21.43	11	78.57				
โรคอ้วน					.029*	2.38	1.071	5.302
ไม่มีโรคอ้วน	93	31.74	200	68.26				
มีโรคอ้วน	8	16.33	41	83.67				
การสูบบุหรี่					.122			
ไม่มี	100	29.33	241	70.67				
มี	1	100	0	0.00				
โรคประจำตัว					.0497*	1.719	0.994	2.971
ไม่มี	79	32.64	153	67.36				
มี	22	22.00	78	78.00				

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อภาวะลองโควิดของบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐม ครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรโรงพยาบาลนครปฐมที่ติดเชื้อ COVID-19 ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565 พบว่า ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีลักษณะงานที่ปฏิบัติคือการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่พบส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยและมีผู้ปฏิบัติงานเป็นเพศหญิง ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.36 kg/m^2 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนระดับที่ 1 (ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23.0-24.90 kg/m^2) และมีโรคประจำตัวร้อยละ 29.24 ซึ่งโรคอ้วน และมีโรคประจำตัวมีผลต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย COVID-19 [9, 10] .และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนร้อยละ 98.54.เนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายของโรงพยาบาลนครปฐมสนับสนุนการให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID เพราะบุคลากรทางการแพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID ข้อมูลปัจจัยด้านการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลของบุคลากรที่มีการติดเชื้อโควิด-19

ที่พบว่าส่วนใหญ่(ร้อยละ 95.91)ไม่มีการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนซึ่งมีผลทำให้อาการและอาการแสดงของกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงน้อยจึงไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของพิชญามณฑ์ วรรณโกและอรุณรัตน์ สู่หนองบัวที่ศึกษาความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565พบว่า การได้รับวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) [11]

ข้อมูลอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19ของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่(ร้อยละ 70.47)มีอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วย ซึ่งมีผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของเมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย และ ธนกมณ ลีศรี ที่ศึกษาความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) พบมีความชุกภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 64.87 [12]

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากร คือ โรคอ้วนและโรคประจำตัว ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่แสดงว่าเป็นโรคอ้วน การมีโรคประจำตัวและโรคร่วม[7, 13, 14] เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการบริการ สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการกำหนดประเด็นปัญหา ที่มาของปัญหา วางแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆได้ดีและตรงปัญหาแท้จริง และใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลนครปฐมโดยนำเสนอให้บุคลากรทราบถึงโรคอ้วนและโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 และอาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

2. ด้านวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากร สำหรับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เนื่องจากในประเทศไทยยังพบน้อยที่มีการศึกษาในประเด็นนี้

3. ด้านชุมชนและสังคม ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่จะทำให้เกิดอาการที่หลงเหลือหลังการหายป่วยของการติดเชื้อโควิด-19 ในหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อป้องกันการสูญเสียงบประมาณในการดูแลบุคลากรที่เพิ่มขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การเก็บข้อมูลย้อนหลังทำให้การกำหนดปัจจัยที่ศึกษาอาจได้ไม่ครบถ้วน ควรมีการศึกษาไปข้างหน้าหรือมีการกำหนดการบันทึกรายงานข้อมูลเมื่อบุคลากรป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาเชิงป้องกันต่อไป เนื่องจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อาจเกิดระบาดขึ้นใหม่และหยุดระบาด แล้วอาจเกิดอุบัติซ้ำใหม่ได้อีก

เอกสารอ้างอิง

1. สิรินทร์ นาถอนันต์ และ พงศ์พันธุ์ สุริยงค์. (2023). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. Rama Med J, 46(1), 32-46.
2. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มิ.ย. 2566, จาก:

https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf
3. กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศ รายสัปดาห์. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มิ.ย. 2566, จาก https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/
4. สยมพร ศิรินาวิน. (2563). “โควิด-19” ความรู้ สู่ปัญญา พัฒนาการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
5. ธีรพงศ์ ตัญเจริญสุขจิต. (2566). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Post acute COVID Syndrome (Long COVID) ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลลานกระบือ. วารสารกรมการแพทย์, 48(1), 51-59.
6. ภัทิรา ตันติภาสวศิน และ สิทธิชัย ตันติภาสวศิน. (2565). ภาวะโพสท์โควิด (ลองโควิด) Post-COVID Condition (Long COVID). วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 47(1), 67-84.
7. Advisory Board [Internet]. London; 2023. Daily Briefing: 6 factors that increase your risk of long COVID; [updated 2023 May 4; cited 2023 June 6]; {about 3 p.]. Available from: https://www.advisory.com/daily-briefing/2023/03/27/long-covid-risks
8. Asadi-Pooya AA, Akbari A, Emami A, Lotfi M, Rostamihosseinkhani M, Nemati H, et al. (2021). Risk Factors Associated with Long COVID Syndrome: A Retrospective Study. Iran J Med Sci. [cited 2023 Jun 6];46(6):428-436. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34840383/
9. อัศวิน รุ่งพัฒนกิจชัย. (2565). ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะอ้วน ที่มารักษาในโรงพยาบาลเสนา. สรรพสิทธิเวชสาร, 43(3), 111-122.
10. คมเลนส์ สุนทร. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38(1), 21-31.
11. พิชญามณฑ์ วรรณโก และอรุณรัตน์ สู่หนองบัว. (2565). ความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(3), 1057-1069.
12. เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย และธนกมณ ลีศรี. (2565). ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1), 265-284.
13. Vimercati L, De Maria L, Quarato M, Caputi A, Gesualdo L, Migliore G, et al. (2021). Association between Long COVID and Overweight/Obesity. J Clin Med, 10(18):4143. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34575251/
14. พงศกร ค้าพันธุ์. (2565). ภาวะ Long COVID และภาวะแทรกซ้อนระยะยาวทางระบบการหายใจจากโรคโควิด 19. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 18(2), 79-96.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

Factors Related to Advance Care Planning among Terminal Stage Patients, Puainoi Hospital Khon Kaen Province.

(Received: July 4,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 18,2024)

นิติรัฐ นาให้ผล[1]
Nitirat Nahaipol[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จำนวน 77 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Multiple Logistic Regression Analysis

ผลการศึกษาพบว่า จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 79.2 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 68.8 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 17.01 คะแนน (S.D.= 1.92 คะแนน) มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 คะแนน (S.D. = 1.01 คะแนน) เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยเสริม พบว่า ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.56, S.D.= 0.99) ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.09, S.D.= 0.43) ด้านการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.56, S.D.= 1.02) และปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการและสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ ($\bar{x}$ = 3.55, S.D.= 1.02) และพบว่า ปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนับสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติ (OR =0.09, 95%CI; 0.012 - 0.657, p = 0.018) แรงสนับสนุนจากครอบครัว(OR= 0.04, 95%CI; 0.004 – 0.495, p = 0.011) และการรับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(OR =0.05, 95%CI; 0.007 – 0.469, p = 0.007)

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยระยะท้าย

ABSTACT

The research was survey research by cross-sectional study aimed to investigate the factors associated with advance care planning, as well as the challenges and obstacles encountered in this process for terminal patients at Pueai Noi Hospital, Khon Kaen Province. Data collected by questionnaires. The sample consisted of 77 Teminal stage patients at Pueai Noi Hospital. Data analysis by descriptive statistics and Multiple Logistic Regression Analysis.

The study found that the majority of the sample were female, accounting for 59.7%, with most being over 60 years old, accounting for 79.2%. Marital status was predominantly married, accounting for 68.8%. The average knowledge score regarding advance care planning among terminal patients was 17.01 (S.D. = 1.92). The average attitude score towards advance care planning was 3.37 (S.D. = 1.01). In terms of supportive factors, family support was high ($\bar{x}$ = 3.56, S.D. = 0.99), information awareness was high ($\bar{x}$ = 4.09, S.D. = 0.43), advice

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

from doctors, nurses, or health officials was high ($\bar{x}$ = 3.56, S.D. = 1.02), and convenience of access to services and environmental factors were also high ($\bar{x}$ = 3.55, S.D. = 1.02). Statistically significant independent factors related to advance care planning at a significance level of 0.05 included attitude (OR = 0.09, 95% CI; 0.012 - 0.657, p = 0.018), family support (OR = 0.04, 95% CI; 0.004 - 0.495, p = 0.011), and advice from healthcare professionals (OR = 0.05, 95% CI; 0.007 - 0.469, p= 0.007).
Keywords: advance care planning, terminally ill patients

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยเน้นการสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต เช่นเดียวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายว่า ประชาชนชาวไทยจะได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ แบบไร้รอยต่อ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้าย โดยเคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษาและแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วย[1]

สถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ.2011 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกลั้นเรื้อรัง ร้อยละ 10.26 สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC service) ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปี ร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.31 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.93 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 และโรคหลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ ร้อยละ 13.6 ซึ่งการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุขใช้การดำเนินการผ่านระบบบริการสุขภาพ(service plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการสำคัญในการดูแล คือ การทำ family meeting การทำ advance care planning (ACP)[1] โดยในปีงบประมาณ 2566 ได้กำหนดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ได้แก่ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 55[2]

ในช่วงสุดท้ายของการป่วยหนักและใกล้ถึงวาระสุดท้าย การเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อาการทุกข์ทรมานจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การปฏิสัมพันธ์ และบทบาททางสังคมของผู้ป่วย นอกจากนี้ เมื่อสุขภาพของผู้ป่วยระยะประคับประคองเสื่อมถอยลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น จะ

เกิดผลกระทบเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย และท้อแท้ ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิเสธการรักษาหรือเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การควบคุมและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทำได้ยากและซับซ้อนมากขึ้น[3] การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning, ACP) เป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกบุคคล โดยเปิดโอกาสให้บุคคลได้มีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งบุคคลที่ยังไม่ป่วยและผู้ป่วยสามารถใช้แผนการดูแลล่วงหน้าในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนในอนาคต การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสวางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ให้การดูแลทราบถึงเป้าหมายและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังช่วยลดการรักษาที่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยซึ่งอาจนำไปสู่ความขัดแย้ง การดูแลล่วงหน้ายังช่วยลดความเครียดจากความไม่แน่นอนของอาการในช่วงท้ายของชีวิต[4] มีการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ช่วยลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์และการนอนโรงพยาบาล[5] เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา[6] ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยได้[7] โดยมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ เพศหญิงอายุที่มากกว่า 55 ปี การศึกษาสูง การจัดการอาการรบกวน การมีประวัติเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและการไม่นับถือศาสนา[8 – 10] ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้ามีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์มากกว่าอันได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวด หัวใจเพื่อช่วยชีวิตการรักษาเพื่อยื้อชีวิต[11] นอกจากนี้การศึกษาของภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ และศิริจิต เนติภูมิกุล[12]พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้ สอดล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ อ่อนอนงค์[13] พบว่าโปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่วยลดความเจ็บปวดและความไม่สบายลง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในช่วงท้ายของชีวิต โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในคลินิกเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าถือว่าพฤติกรรมทางสุขภาพรูปแบบหนึ่งที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง กรีนและครูเตอร์ได้นำเสนอแนวคิด PRECEDE MODEL[14] ไว้ว่า การระบุบ่งชี้สาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นคุณลักษณะที่บุคคลหรือกลุ่มประชากรมีอยู่ก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่สะท้อนการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการตอบรับที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ปัจจัยเสริมเป็นการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเป็นแบบอย่าง ตำหนิติเตียน หรือการลงโทษ ซึ่งมีผลต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม อาจสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยนี้รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Acceptability) และทรัพยากรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของเพ็ญศิริ ดวงผุนมาตย์, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และกีรติ เจริญชลวานิช[15] พบว่าปัจจัยด้านการศึกษา ความรู้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน แรงสนับสนุนจากญาติ และความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยพบว่าแรงสนับสนุนจากญาติ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ระดับการศึกษา และความรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 67.8 ในทางกลับกัน อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นเดียวกับการศึกษาของพงศธร ศิลาเงิน[16] พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุการมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการศึกษาของปิยะนันท์ เรือนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน และยุวนุช สัตยสมบูรณ์[17] พบว่า ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น[18] พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 157 ราย มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ48.41 และจากรายงานตัวชี้วัดร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2563-2565 อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีการดำเนินงานร้อยละ 49.40, 48.55 และ49.75 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขในทุกๆปี ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เล็งเห็นปัญหาและให้ความสำคัญกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลเปือยน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการดูแลล่วงหน้าได้ และช่วยผู้ป่วยระยะท้ายอย่างได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ

3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

4. ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยให้เข้าสู่ระยะประคับประคองที่ระบบการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ICD-10 รหัส Z515 ในโรคร่วม (comorbidity) จำนวน 77 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยให้เข้าสู่ระยะประคับประคองที่ระบบการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2566 ทีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ICD-10 รหัส Z515ในโรคร่วม (comorbidity) และมีโรคหลักดังต่อไปนี้ (principal diagnosis)

- กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48
- กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03
- โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5
- โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44
- ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50
- ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)
- ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1
- ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 3.1-3.7 หรือภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง

2. อายุ 18 ปีขึ้นไป

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถามตอบรู้เรื่องสื่อสารได้ดี

4. ยินดีในการให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมได้

และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่สามารถถามตอบรู้เรื่องสื่อสารได้

2. มีความประสงค์ออกจากการวิจัย

3. เสียชีวิตขณะร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 20 ข้อ ระดับการวัดเป็น interval scale การแปลผลคะแนนความรู้โดยพิจารณาตามเกณฑของบลูม[19] ดังนี้

ความรูระดับสูง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรูระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 -79

ความรูระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของLikert[20]

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ของ Likert[20]

การแปลผลคะแนนทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า[21] ดังนี้

คะแนน	แปลผล
4.50 - 5.00	มากที่สุด
3.50 - 4.49	มาก
2.50 - 3.49	ปานกลาง
1.50 - 2.49	น้อย
1.00 -1.49	น้อยที่สุด

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงของผู้ป่วยระยะท้ายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคองท้ายในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดขอนแก่น 4 คน รวมทั้งหมดจำนวน 5 คน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Logistic Regression Analysis

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COE010/2567 เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 สถานภาพสมรส จำนวน 53 คิดเป็นร้อยละ 68.8 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 1,5001 – 30,000 บาท จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 (เฉลี่ย 22,633.76 บาท รายได้ต่ำสุด 4,000 บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท) รายละเอียดดังตารางที่ 1

2. ความรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 17.01 คะแนน (S.D.= 1.92 คะแนน) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี จำนวน 57คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 และระดับไม่ดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 รายละเอียดดังตารางที่ 2

3. ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 คะแนน (S.D. = 1.01 คะแนน) โดยมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 ระดับน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 และระดับน้อยที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 รายละเอียดดังตารางที่ 3

4. ปัจจัยเสริมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.= 0.99) ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D.= 0.43)

และด้านการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.= 1.02) รายละเอียดดังตารางที่ 4

5. ปัจจัยเอื้อต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D.= 1.02) และกลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5 ระดับมาก จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และระดับน้อยที่สุด จำนวน คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 รายละเอียดดังตารางที่ 5

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยการนำปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ มาวิเคราะห์ร่วม พบว่า ปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติ (OR =0.09, 95%CI; 0.012 - 0.657, p = 0.018) โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่มีทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับดีจะมีโอกาสตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่มีทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับไม่ดี 0.09 เท่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว(OR= 0.04, 95%CI; 0.004 – 0.495, p = 0.011) โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดีจะมีโอกาสตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับไม่ดี 0.04 เท่า และการรับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(OR =0.05, 95%CI; 0.007 – 0.469, p = 0.007) โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับดีจะมีโอกาสตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับคำแนะนำในระดับไม่ดี 0.05 เท่า

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการรับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย 0.09, 0.04 และ 0.05 เท่าตามลำดับ

ทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีความหลากหลายในบริบทต่าง ๆ โดยในเชิงวัฒนธรรมบางวัฒนธรรมมองว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิต ขณะที่บางวัฒนธรรมมองว่าการตายเป็นเรื่องที่น่ากลัวและไม่ต้องการพูดถึง ทัศนคติทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการตายแบ่งเป็นหลายแบบ ได้แก่ ความกลัวการตาย การยอมรับการตาย และความไม่แยแสต่อการตาย การเข้าใจทัศนคติเหล่านี้ช่วยพัฒนาการบำบัดและการสนับสนุนทางจิตใจให้ดีขึ้น สำหรับทัศนคติทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีผลต่อการจัดการกับการตายและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปรับปรุง

คุณภาพของการตายสามารถทำได้ผ่านการดูแลแบบประคับประคอง การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การเข้าใจทัศนคติเกี่ยวกับการตายมีผลกระทบทางปฏิบัติที่สำคัญ โดยช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการมากขึ้น สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้อง และลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ และศิริจิต เนติภูมิกุล[12] พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งหมดปฏิเสธการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต และส่วนใหญ่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยรับการดูแลโดยแพทย์ประคับประคองถึงร้อยละ 63 ของผู้ป่วยประคับประคองทั้งหมด และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการโอกาสได้ทำการวางแผนดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (cACP) ได้ถึงร้อยละ 82 และสอดคล้องกับสุนีย์ ณีศะนันท์[22] พบว่า การปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า สามารถลดความเสี่ยงการได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ อันได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรกระตุ้นให้มีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีเวลาในการตัดสินใจวางเป้าหมายและเลือกแผนการรักษาร่วมกับทีมแพทย์เมื่อถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต และอาจช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ได้มากขึ้นรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลง และ การศึกษาของ Chu D, et al. [23] ยังชี้ให้เห็นว่านักสังคมสงเคราะห์อาจเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสื่อสาร ACP กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการตัดสินใจทำ ACP เช่นเดียวกับการศึกษาของ Van der Steen, Jenny T., et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ในภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวมีอิทธิพลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า นอกจากนี้ บุคลากรทางสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางการเริ่มต้น ACP ดังนั้น ในการวางแผนการพัฒนางานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงควรมุ่งเน้นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการสร้างมีส่วนร่วมของครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรมีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้าย

2. ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการสร้างมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเปือยน้อย ภาคีเครือข่าย และอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2566). รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2566.
3. วงษเดือน ทองใบใหญ. (2561). อาการทุกขทรมาน ความต่องการการดูแลและการพยาบาลที่ไดรับของผูปวยระยะประคับประคองที่เข่าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผูใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา].
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำ หรับประเทศไทย(Thai standards for advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕. บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด
5. Tran M, Grant M, Clayton J, Rhee J. (2018). Advance care decision making and planning. Aust JGen Pract [Internet].
6. Thompson TDB, Barbour RS, Schwartz L. (2003). Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. Palliat Med [Internet].
7. Van Wijmen MPS, Pasman HRW, Widdershoven GAM, Onwuteaka-Philipsen BD. (2015). Continuing or forgoing treatment at the end of life? Preferences of the general public and people with an advance directive. J Med Ethics [Internet].
8. Enguidanos S, Ailshire J, Davis L. (2017). Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences HHS Public Access. J Pain Symptom Manag;53(1), 49–56.
9. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. (2010). End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: Predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol [Internet].
10. Van Der Steen JT, Van Soest-Poortvliet MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L, De Boer ME, Van Den Block L, et al. (2014). Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: A systematic review. J Alzheimer's Dis [Internet].
11. Cardona-Morrell M, Kim JCH, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. (2016). Nonbeneficial treatments in hospital at the end of life: A systematic review on extent of the problem. Int J Qual Heal Care [Internet].
12. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ และศิริจิต เนติภูมิกุล. (2564). ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 4(1), 97-111.
13. วราภรณ์ อ่อนอนงค์. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
14. Green, L. and Kreuter, M. (1991). Health promotion planning. Mayfield Publishing Co., University of Michigan.
15. เพ็ญศิริ ดวงผุนมาตย์, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, และกีรติ เจริญชลวานิช. (2557).พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.วารสารสุขศึกษา, 37(126), 49-65.
16. พงศธร ศิลาเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
17. ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน และยุวนุช สัตยสมบูรณ์. (2565). การรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ, 4(1). 127-138.

18. โรงพยาบาลเปือยน้อย (2566). รายงานผู้ป่วยระยะประคับประคอง ปี 2566.
19. Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill.
20. Likert, R. (1967) New Patterns of Management. McGraw-Hill, New York.
21. สำเริง จันทรสุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
22. สุนีย์ ณีศะนันท์. (2562). การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 16(1), 1-10.
23. Chu D, Yen Y-F, Hu H-Y, Lai Y-J, Sun W-J, Ko M-C, et al. (2018). Factors associated with advance directives completion among patients with advance care planning communication in Taipei, Taiwan. PLoS ONE. 13(7): e0197552.

แนวทางการจัดการขยะในโรงแรมห้าดาวในจังหวัดภูเก็ต

Guidelines for Solid Waste Management at a Five-Star Hotel in Phuket Province.

(Received: July 26,2024 ; Revised: August 18,2024 ; Accepted: August 19,2024)

พชรวร ลิมปัฐฐานนท์[1] , ธันวา ใจเที่ยง[2] , จุฑามาศ เจียมสาธิต[2]
Phachaeawon Limphaathanone[1] , Tunwa Chaitieng [2] , Chuthamat Chiamsathit[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพื่อศึกษาปริมาณและองค์ประกอบของขยะมูลฝอยในโรงแรมห้าดาว 2. เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการขยะในโรงแรมห้าดาว 3. เพื่อศึกษาแนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสมในโรงแรมห้าดาว ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้จัดการโรงแรม 1 คน ผู้จัดการฝ่ายบุคล 1 คน ผู้จัดการแผนกช่าง 1 คน ผู้จัดการแผนกแม่บ้าน 1 คน และผู้จัดการแผนกอื่น ๆ ในโรงแรมอีก 6 คน และภายนอกองค์กรโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวด้านสิ่งแวดล้อม 1 คน อาจารย์มหาวิทยาลัย 1 คน โดยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ประกอบไปด้วยข้อคำถามที่มาจากการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร มาใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้วิธีเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อความเหมาะสมต่อการให้ข้อมูล ในองค์กรและการสนทนากลุ่ม (Fucus group) โดยใช้ตัวแทนจากแผนกต่าง ๆ จำนวน 10 คน การวิเคราะห์หาปริมาณของขยะมูลฝอย เป็นปริมาณที่เกิดขึ้นจากส่วนงานต่าง ๆ ของโรงแรมแรม โดยทำการชั่งน้ำหนักมูลฝอยและหาอัตราการเกิดขยะมูลฝอยของส่วนงานต่าง ๆ การวิเคราะห์องค์ประกอบของขยะมูลฝอย นำตัวอย่างขยะมูลฝอยที่สุ่ม โดยวิธีการแบ่ง4ส่วน (Quartering Sampling) ตามขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอย (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม นำมาศึกษาและวิเคราะห์ตามกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามงานวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า โรงแรมห้าดาวในจังหวัดภูเก็ต มีปริมาณขยะเฉลี่ย 273.81 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งมีขยะมูลฝอยทั่วไปมากที่สุด มีขยะมูลฝอยทั้งสิ้น 4 ประเภท คือ ขยะมูลฝอยทั่วไปมากสุด (ร้อยละ 39.74) ขยะมูลฝอยอินทรีย์ (ร้อยละ38.73) ขยะมูลฝอยรีไซเคิล (ร้อยละ 21.04) และขยะมูลฝอยอันตราย (ร้อยละ0.49) ตามลำดับ แนวทางการจัดการขยะ ระบบการบริหารจัดการขยะของโรมแรมใช้หลัก 3Rs

คำสำคัญ : ขยะมูลฝอย, การจัดการขยะ, โรงแรมห้าดาว, ภูเก็ต

ABSTRACT

This research is a Survey Research. The purpose of this research is to: 1. To study the quantity and composition of waste in five-star hotels. 2. To study the waste management system in five-star hotels. 3. To study the appropriate waste management guidelines in five-star hotels. The population and sample consisted of 1 hotel manager, 1 personnel manager, 1 technical department manager, 1 housekeeping department manager, and 6 other department managers in the hotel and external interviews with 1 environmental expert and 1 university lecturer. With qualifications that meet the specified conditions. Data collection using in-depth interviews and semi-structured interviews it consists of questions from a study of document data as a tool for data collection and uses a specific method of selecting key informants (Purposive Sampling) for appropriateness in providing information in the organization and a focus group (Fucus group) using 10 representatives from various departments. Analysis of the amount of solid waste is the amount that occurs from different sections of the hotel by weighing the solid waste and finding the rate of solid waste generation of different sections. Analysis of the composition of solid waste takes the sample of solid waste that is randomly divided into 4 parts (Quartering Sampling) according to

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[2] อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

the sampling steps. Analysis of data on solid waste management guidelines (qualitative data) Data analysis involves collecting data from in-depth interviews and focus group discussions, studying and analyzing them using the content analysis process, and synthesizing data to answer research questions.

The study found that a five-star hotel in Phuket produces an average of 273.81 kilograms of waste per day, with general waste being the most significant component. The waste can be categorized into four types: general waste (39.74%), organic waste (38.73%), recyclable waste (21.04%), and hazardous waste (0.49%). The hotel's waste management system employs the 3Rs (Reduce, Reuse, Recycle) principle.
Keywords: Solid waste, Solid waste management, Five - star hotel, Phuket

บทนำ

ปัญหาในการจัดการขยะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในเขตชุมชนและท้องถิ่นทุกระดับ ปริมาณขยะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ผลกระทบที่เกิดจากขยะ กลายเป็นปัญหาหลักที่จังหวัดภูเก็ตต้องรับภาระในการจัดการขยะที่กำลังล้นเมือง สถิติขยะจังหวัดภูเก็ตปี 2554 - 2570 มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี คาดว่าในปี 2570 จะมีปริมาณขยะประมาณ 1,449 ตันต่อวัน การบริหารจัดการขยะมูลฝอยจังหวัดภูเก็ตมีแนวโน้มว่าปริมาณขยะภายในจังหวัดจะมีอัตราเพิ่มขึ้น[1]

สถิติขยะจังหวัดภูเก็ตปี 2554 - 2570 มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี คาดว่าในปี 2570จะมีปริมาณขยะประมาณ 1,449 ตันต่อวัน ปัจจัยการเพิ่มขยะของจังหวัดภูเก็ต เกิดการพัฒนาการท่องเที่ยวและ การอพยพของประชากรที่มาประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น โดยแนวโน้มของปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นของจังหวัดภูเก็ต มาจากการฟื้นตัวด้านการท่องเที่ยว และอสังหาริมทรัพย์ การลงทุนของรัฐและเอกชนและจำนวนนักท่องเที่ยวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะยังคงมีผลต่อเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงของปริมาณขยะมูลฝอยต่อไปมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยปริมาณขยะมูลฝอยได้เข้าสู่ระดับ 800 ตัน/วัน ในช่วง 2560 และคาดว่าปริมาณขยะมูลฝอยจะสูงระดับ 1,036 ตัน/วัน ในปี 2564[2] มาตรการเพื่อแก้ปัญหาทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบกำจัดและมาตรการเพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยจะยังคงไม่มีผลที่เป็นนัยสำคัญ ซึ่งหากมาตรการ มีประสิทธิภาพจะช่วยให้แนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอยด้วยอัตราที่ลดลงโดยแนวทางที่จะเป็นไปได้ คือ การควบคุมอัตราการเพิ่มไม่ให้เกิน 5% ต่อปีเป็นต้นไป ซึ่งจะทำให้อัตราการผลิตขยะมูลฝอยต่อประชากรของจังหวัดอยู่ในระดับ 2.50 กิโลกรัม/คน/วัน เทียบกับอัตราการผลิตขยะมูลฝอยต่อประชากร 1.80 กิโลกรัม/คน/วัน ในปี 2560 ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยจังหวัดภูเก็ตตามแบบสำรวจฐานข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอย จะพบว่าปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตระหว่าง เดือนตุลาคม – สิงหาคม 2560 ถูกกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการคิดเป็นร้อยละ 90.91 ซึ่งเป็นปริมาณขยะที่ถูกเก็บขนทั้งหมด และปริมาณขยะที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์มีเพียงร้อยละ 9.09 ทั้งนี้หากสามารถเพิ่มปริมาณขยะที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น จะสามารถลดภาระและยืดอายุการใช้งานของระบบเตาเผาขยะมูลฝอยได้[3]

จังหวัดภูเก็ตนับว่าเป็นจังหวัดแหล่งท่องเที่ยวที่สร้างเม็ดเงินมหาศาลให้กับประเทศ มีโรงแรมระดับห้าดาว มากกว่า 100 แห่ง นอกจากการนำได้รายและเม็ดเงินเข้าประเทศแล้วนั้น ก็ได้เพิ่มจำนวนขยะอย่างมากเช่นกัน ในปี 2564 พบว่าปริมาณขยะในจังหวัดภูเก็ตเพิ่มขึ้น เป็นจำนวน 1,036 ตัน ต่อวัน[3] และโรงแรมนับเป็นแหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่ง หลายโรงแรมยังไม่ได้รับการคัดแยกขยะที่ถูกวิธี และค่อนข้างดำเนินการควบคุมได้ยาก เพราะเมื่อมีลูกค้าเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องมีสินค้าและบริการที่เพียงพอ ดังนั้นทำให้เกิดของเสียและขยะตามมา และเหตุนี้จึงทำให้เกิดปัญหาการจัดการ

ขยะที่ไม่ถูกวิธี โดยส่วนมากมาจากลูกค้าที่เข้าพักไม่มีการคัดแยกขยะ ในขณะเดียวกันความพยายามจัดการขยะของโรงแรมไม่ได้มีการจัดการขยะให้เหมาะสมในการแยกประเภทต่างๆ หลายครั้งที่ขยะหลายชนิดได้ถูกนำรวมไปอยู่ในหมวดหมู่ขยะพิเศษที่ต้องนำไปทิ้งที่เตาเผาเทศบาลซึ่งก่อให้เกิดรายจ่ายเพิ่มขึ้นในส่วนจัดการขยะนี้ หากผู้มีส่วนในการจัดการและดูแลเรื่องการแยกขยะ มีความรู้ความเข้าใจความตระหนักในการจัดการขยะ เช่น การแยกประเภทขยะ จะสามารถทำให้ลดปริมาณของขยะพิเศษไปได้ และได้ประโยชน์จากการแยกขยะประเภทต่างๆอย่างถูกวิธี ทั้งยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากโรงแรมห้าดาวไม่มีการจัดการที่ดีจะเป็นแหล่งที่ก่อกำเนิดขยะปริมาณสูงได้ เพราะมีห้องพักและสิ่งอำนวยความสะดวกให้ลูกค้าจำนวนมาก ซึ่งนำไปสู่ปัญหาที่เกิดจากขยะตามมาหลายประการ รวมถึงปริมาณก๊าซเรือนกระจก[4] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปริมาณและองค์ประกอบของขยะมูลฝอย รวมถึงแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปริมาณและองค์ประกอบของขยะมูลฝอยในโรงแรมห้าดาว
2. เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการขยะในโรงแรมห้าดาว
3. เพื่อศึกษาแนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสมในโรงแรมห้าดาว

วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงสำรวจ เพื่อหาปริมาณและองค์ประกอบของขยะมูลฝอยและสังคมศาสตร์เชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเกี่ยวกับ “ปริมาณขยะและองค์ประกอบของขยะมูลฝอย รวมถึงแนวทางการบริหารจัดการขยะที่เหมาะสม” ศึกษาในระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ประกอบไปด้วยข้อคำถามที่มาจากการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร มาใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้วิธีเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อความเหมาะสมต่อการให้ข้อมูล ในองค์กร จากผู้จัดการโรงแรม 1 คน ผู้จัดการฝ่ายบุคล 1 คน ผู้จัดการแผนกช่าง 1 คน ผู้จัดการแผนกแม่บ้าน 1 คน และผู้จัดการแผนกอื่น ๆ ในโรงแรมอีก 6 คน และภายนอกองค์กรโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวด้านสิ่งแวดล้อม 1 คน อาจารย์มหาวิทยาลัย 1 คน

2) การสนทนากลุ่ม (Fucus group) โดยใช้ตัวแทนจากแผนกต่าง ๆ จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้วิธีสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to Face) สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (Individual Interview) โดยใช้คำถามในลักษณะแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) และการสนทนากลุ่ม (Fucus group)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการศึกษาปริมาณขยะมูลฝอย[2] 1)ทำการศึกษาขยะมูลฝอยและองค์ประกอบ ณ แหล่งกำเนิด (ห้องพัก) โดยทำการชั่งน้ำหนักขยะโดยใช้เครื่องชั่ง ที่สามารถชั่งขยะได้ จำนวนทั้งหมด 7 วัน โดยครอบคลุมวันหยุดและวันปกติ 2)ทำการศึกษาองค์ประกอบของขยะมูลฝอย ทางกายภาพและแหล่งกำเนิด จำนวนทั้งหมด 7 วัน โดยครอบคลุมวันหยุดและวันปกติ 3) ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-Face) ในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) และการจัดสนทนากลุ่ม (Fucus group) จากผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการรักษาสิ่งแวดล้อม การลดใช้พลังงานและพลาสติกภายในโรงแรม โดยมีขั้นตอนเตรียมการ ดังต่อไปนี้

3.1 ติดต่อกับผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องหัวข้องานวิจัยครั้งนี้ ขอความกรุณาในการสัมภาษณ์งานวิจัย โดยทำการส่งแบบสอบถามไปล่วงหน้าผ่านทางอีเมล เพื่อเตรียมตัวสำหรับการตอบคำถามการสัมภาษณ์ และทำการนัดสัมภาษณ์

3.2 เข้าไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามเวลานัด ใช้เวลาสัมภาษณ์ต่อคนไม่เกิน 60 นาที โดยใช้วิธีการบันทึกเสียงและจดบันทึก เพื่อนำมาใช้ถอดความสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3 ถอดเทปและสรุปผลการศึกษาจากข้อมูลสัมภาษณ์ที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์หาปริมาณของขยะมูลฝอย เป็นปริมาณที่เกิดขึ้นจากส่วนงานต่าง ๆ ของโรงแรมแรม โดยทำการชั่งน้ำหนักมูลฝอย และหาอัตราการเกิดขยะมูลฝอยของส่วนงานต่าง ๆ[1]

$$\text{อัตราการเกิดขยะ (กิโลกรัม/คน/วัน} = \frac{\text{น้ำหนักขยะมูลฝอย}}{\text{จำนวนประชากรเข้าพักรวมพนักงาน}}$$

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบของขยะมูลฝอย นำตัวอย่างขยะมูลฝอยที่สุ่ม โดยวิธีการแบ่ง4 ส่วน (Quartering Sampling) ตามขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง แล้วแยกมูลฝอยแต่ละชนิดเช่น เศษกระดาษ เศษอาหาร แก้ว พลาสติก เป็นต้น นำแต่ละชนิดมาชั่งน้ำหนักและบันทึกค่าและหาร้อยละขององค์ประกอบขยะมูลฝอยตามสูตร[1]

$$\text{อัตราการเกิดขยะ (กิโลกรัม/คน/วัน} = \frac{\text{น้ำหนักขยะมูลฝอย}}{\text{จำนวนประชากรเข้าพักรวมพนักงาน}}$$

3. การวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอย (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม นำมาศึกษาและวิเคราะห์ตามกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามงานวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาเรื่อง แนวทางการจัดการขยะในโรงแรมห้าดาวในจังหวัดภูเก็ต ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประจำสาขาวิชา คณะที่สอง ด้านการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เลขที่การรับรอง HS-KSU 091/2566

ผลการวิจัย

1. ปริมาณขยะและองค์ประกอบของขยะมูลฝอย ปริมาณขยะมูลฝอย พบว่า โรงแรมมีขยะมูลฝอยน้ำหนักเฉลี่ย 273.81 กิโลกรัมต่อวัน องค์ประกอบขยะมูลฝอยภายในโรงแรมโดยการสุ่มตัวอย่าง พบว่า มีขยะมูลฝอยทั้งสิ้น 4 ประเภท คือ ขยะมูลฝอยทั่วไปมากสุด (ร้อยละ 39.74) ขยะมูลฝอยอินทรีย์ (ร้อยละ38.73) ขยะมูลฝอยรีไซเคิล (ร้อยละ 21.04) ขยะมูลฝอยอันตราย (ร้อยละ0.49) ตามลำดับ

2. ระบบการบริหารจัดการขยะในโรงแรม บริบทในการบริหารจัดการขยะในโรงแรมแห่งนี้ ถือว่ามีการให้ความสำคัญในการจัดการขยะมูลฝอยในระดับหนึ่ง โดยได้มีการดำเนินการ ดังนี้

1) โครงสร้างพื้นฐานสำหรับการจัดการขยะมูลฝอย โรงแรมได้จัดตั้งห้องแยกขยะที่ออกแบบมาอย่างเหมาะสมเพื่อรองรับการจัดการขยะจากทุกแผนกในโรงแรม มีทางเข้าและทางออก ที่สะดวกแก่การขนส่งขยะ บริเวณโดยรอบไม่พบสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค แสงไฟทางไปห้องจัดเก็บขยะและภายในห้องจัดเก็บขยะมีความสว่างเพียงพอ ภายในห้องจัดเก็บขยะมีการแยกประเภทขยะ การคัดแยกขยะใช้เกณฑ์แยกขยะรีไซเคิลได้กับขยะรีไซเคิลไม่ได้

2) การประยุกต์ใช้หลัก 3 Rs เพื่อการจัดการขยะในโรงแรม[5]

โรงแรมได้นำหลัก 3Rs ซึ่งประกอบด้วยการลดการใช้ (Reduce), ใช้ซ้ำ (Reuse), และการรีไซเคิล (Recycle) มาใช้เป็นแนวทางหลักในการจัดการขยะ เพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและพัฒนาการดำเนินงานที่ยั่งยืน

3) Big cleaning day กิจกรรมกระตุ้นการมีส่วนของพนักงานในการรักษาความสะอาดร่วมกัน โรงแรมได้จัดให้มีกิจกรรมนี้เดือนละ1ครั้ง คือทุกวันพุธ ที่ 2 ของทุกเดือน โดยจะให้ทุกแผนกมีการทำความสะอาดภายในแผนกของตนเอง และเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละแผนก ในกิจกรรมนี้จะมีการปัดฝุ่น เช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์และเฟอร์นิเจอร์ การทำความสะอาดรอบบริเวณโรงแรมภายนอกโรงแรม ร่วมกับเทศบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือกับชุมชนในการรักษาความสะอาดของพื้นที่สาธารณะใกล้เคียง

4) สร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรีไซเคิลขยะ ทางโรงแรมสนับสนุนให้มีนำขยะรีไซเคิลเข้าสู่กระบวนการนำกลับมาใช่ใหม่ โดยการนำขยะไปขายแล้วนำเงินที่ได้เข้าส่วนกลาง จัดสรรแบ่งแต่ละแผนกตามจำนวนบุคคลากร เพื่อนำเงินส่วนนี้จัดเลี้ยงภายในของแต่ละแผนก โดยแบ่งปีละ 2 ครั้ง ในช่วงกลางปีและปลายปี

3. แนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งจากพนักงานในโรงแรม นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และการสนทนากลุ่ม รวมถึงการพิจารณาปริมาณและองค์ประกอบของขยะที่เกิดขึ้นพบว่า แนวทางการบริหารจัดการของโรงแรมควรยึดหลักหลักการบริหารจัดการขยะเชิงบูรณาการ[6]ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือและวิธีการหลายรูปแบบและบุคลากรหลายส่วนในองค์กร โดยประกอบด้วยแนวทางต่างๆดังต่อไปนี้

1) โรงแรมสนับสนุนให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย 2) ผู้บริหารกำหนดเป้าหมายและนโยบายด้านการจัดการขยะอย่างชัดเจน 3) นโยบายลดการใช้พลาสติก ลดการสร้างขยะ เพื่อนำไปสู่โรงแรมสีเขียว 4) สร้างกฎระเบียบในโรงแรมเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน 5) สร้างแรงจูงใจ จากรายได้การขายขยะกลับมาเป็นสวัสดิการให้พนักงาน 6) รณรงค์รวมถึงออกกฎในการแยกขยะแต่ละประเภท หากพนักงานไม่ปฏิบัติตามต้องได้รับการเตือนด้วยวาจา และใบเตือนตามลำดับ จนไปถึงขั้นการประเมินเงินเดือนและโบนัสประจำปี เพราะถือว่าไม่ให้ความร่วมมือกับนโยบายของบริษัท 7) ให้ความรู้ความเข้าใจพนักงานโดยฝ่ายทรัพยากรบุคคล จะจัดอบรมแทรกในกิจกรรมรับพนักงานใหม่และ การอบรมในแต่ละเดือนเพื่อให้พนักงานมีความเข้าใจไปในแนวทางเดียวกันในการจัดการขยะ ผลดี ผลเสีย โดยต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายโดยการส่งพนักงานแต่ละแผนกเข้าร่วม 8) สร้างกิจกรรมรักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วม เช่น การทำความสะอาดประจำเดือน (Big Cleaning Day) 9) สร้างความตระหนักรู้และจิตสำนึกของคนในองค์กร 10) การสร้างสังคมไม่นิ่งเฉย คือกล้ารักษาสิทธิ์หรือปกป้องสิทธิ์ จากสิ่งไม่ถูกต้อง รวมถึงการแนะนำตักเตือน ร้องเรียนเมื่อมีคนไม่ทำตามกฎ ระเบียบของบริษัท

สรุปและอภิปรายผล

จากปริมาณและองค์ประกอบของขยะมูลฝอย มีขยะมูลฝอยน้ำหนักเฉลี่ย 273.81 กิโลกรัมต่อวัน โดยช่วงที่เก็บข้อมูลนี้ ตรงกับช่วงเวลาที่นักท่องเที่ยวเดินทางมาพักผ่อนและท่องเที่ยวที่ภูเก็ตมากที่สุด จากรายงานสถานการณ์การท่องเที่ยวในประเทศ รายจังหวัด ปี2566[7] โดยขยะมีปริมาณลดลงเมื่อเทียบกับช่วงนอกฤดูท่องเที่ยว ถือว่าปริมาณน้อยกว่า จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย จากการศึกษากลุ่มลูกค้าที่เข้าพักในช่วงฤดูท่องเที่ยว จะมีขยะในห้องน้อยกว่าช่วงนอกฤดูกาลหรือ low season เนื่องด้วยราคาห้องพักในช่วงนอกฤดูท่องเที่ยวจะมีค่าห้องถูกกว่า 2-5 เท่า จำนวนนักท่องเที่ยวที่มาพักในโรงแรมมิได้ลดลงกอบกับนอกฤดูกาลท่องเที่ยว มักมีพายุ ทำให้ลูกค้าที่เข้าพักออกไปทริปด้านนอกไม่ได้ เพราะเรือ

จะไม่ออกจากฝั่งในวันที่มีพายุ ทำให้นักท่องเที่ยวอยู่ในโรงแรมเป็นส่วนใหญ่และสั่งสินค้าบริการเข้ามาอุปโภคบริโภคในโรงแรม ขณะที่ช่วงฤดูกาลท่องเที่ยวนักท่องเที่ยวจะเดินทางออกท่องเที่ยวไปตามจุดต่างๆ ทำให้อัตราการเกิดขยะหรือการผลิตขยะจะน้อยกว่า เนื่องจากในระหว่างวันนักท่องเที่ยวมักใช้เวลาส่วนมากในสถานที่ท่องเที่ยวการผลิตขยะจะเกิดขึ้นในช่วงที่อยู่นอกโรงแรม

จากการคิดอัตราการเกิดขยะเฉลี่ยน้ำหนัก พบว่า 0.46 กิโลกรัม ต่อคน ต่อวัน (จำนวนผู้เข้าและพนักงาน เฉลี่ย 600 คน ต่อวัน) จากรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทยปี 2566 พบว่าประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 26.95 ล้านตัน หรือประมาณ 73,840 ตัน/วัน เฉลี่ยเท่ากับ 1.12 กิโลกรัม/คน/วัน เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ.2566 จะเห็นว่าอัตราการเกิดขยะของโรงแรมห้าดาวแห่งนี้ถือว่าน้อยกว่าอัตราการเกิดขยะต่อคนต่อวันของประเทศไทย ทั้งนี้เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ประมาณร้อยละ 5 ที่มีปริมาณขยะมูลฝอย 25.70 ล้านตัน สำหรับปริมาณขยะมูลฝอยภาคกลางมีปริมาณขยะมูลฝอยสูงที่สุด มีปริมาณ 31,339 ตัน/วัน ซึ่งเป็นขยะมูลฝอยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มากที่สุด 12,748 ตัน/วัน รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปริมาณขยะมูลฝอย 17,873 ตัน/วัน ภาคใต้ 9,705 ตัน/วัน ภาคตะวันออก 7,073 ตัน/วัน ภาคเหนือ 4,582 ตัน/วัน และภาคตะวันตก 3,268 ตัน/วัน ซึ่งยังไม่นับขยะที่ตกค้างในแต่ละปีที่มีจำนวนนับหมื่นตันต่อปี นพรัตน์ ชูโสด[8] ขณะที่การศึกษาอัตราการเกิดขยะในโรงแรมที่เมืองฮอยอัน ประเทศเวียดนาม โดย Giang และคณะ[9] พบว่าอัตราการเกิดขยะในโรงแรม อยู่ที่ประมาณ 2.5 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูงกว่าที่โรงแรมแห่งนี้ ซึ่งอาจทำให้เห็นว่าการที่โรงแรมมีมาตรการในการจัดการขยะเบื้องต้น รวมถึงบริบทเชิงฤดูกาล พฤติกรรมของนักท่องเที่ยว อาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อปริมาการเกิดขึ้นของขยะได้

ในด้านองค์ประกอบของขยะในโรงแรมขยะมูลฝอยทั้งสิ้น 4 ประเภท คือ ขยะมูลฝอยทั่วไปมากสุด (ร้อยละ 39.74) ขยะมูลฝอยอินทรีย์ (ร้อยละ 38.73) ขยะมูลฝอยรีไซเคิล (ร้อยละ 21.04) ขยะมูลฝอยอันตราย (ร้อยละ0.49) เมื่อเปรียบเทียบกับงานของ Pham Phu และคณะ[10] ที่ทำการศึกษาองค์ประกอบของขยะในโรงแรม 120 แห่งในฮอยอัน ประเทศเวียดนาม นับว่ามีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ขยะในโรงแรม ในเมืองฮอยอัน พบว่าขยะจากโรงแรมประกอบด้วยขยะที่ย่อยสลายได้ทางชีวภาพสูงถึง 58.5%, ขยะรีไซเคิล 25.8%, และขยะประเภทอื่น 15.7%. ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม เมืองฮอยอันเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีการบริโภคสูงและมีนักท่องเที่ยวจากหลากหลายประเทศ ซึ่งอาจมีแนวโน้มในการผลิตขยะที่ย่อยสลายได้ทางชีวภาพและขยะรีไซเคิลมากขึ้น เนื่องจากความต้องการอาหารสด เพราะอยู่ใกล้ทะเลมีอาหารทะเลปริมาณมาก เป็นที่ต้องการและบรรจุภัณฑ์ที่ใช้แล้วทิ้ง รวมถึงนโยบายการจัดการขยะและการบริหารจัดการโรงแรม โดยที่ โรงแรมในเมืองฮอยอันอาจมีนโยบายการจัดการขยะที่เข้มงวดมากขึ้นเพื่อรองรับนักท่องเที่ยวระดับนานาชาติ โดยมีการจัดการขยะอินทรีย์และรีไซเคิลอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานของ ไพบูลย์ แจ่มพงษ์[11] ที่ศึกษาการจัดการขยะโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน บริเวณตลาดน้ำอัมพวา พบว่าสัดส่วนของขยะมูลฝอยทั้ง 4 ประเภทนั้นมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน จากการศึกษานี้พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยอินทรีย์มากที่สุด (ร้อยละ 42.13) ขยะมูลฝอยทั่วไป (ร้อยละ 37.92) ขยะมูลฝอยรีไซเคิล (ร้อยละ 18.63) และน้อยสุดขยะมูลฝอยอันตราย (ร้อยละ 1.29) และรายงานเรื่องการศึกษาองค์ประกอบขยะมูลฝอย ปี 2564 ของกรมควบคุมมลพิษ (2564) พบขยะมูลฝอยอินทรีย์โดยเฉลี่ยร้อยละ 49.0 ซึ่งใกล้เคียงกับชุมชนเมือง มีขยะมูล

ฝอยอินทรีย์เฉลี่ยร้อยละ 47.0 ผลการศึกษาองค์ประกอบของขยะมูลฝอยจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงแรมละรีสอร์ท พบว่า มีขยะมูลฝอยอินทรีย์มากที่สุด (ร้อยละ 41.30) ประกอบด้วยขยะจากอาหารและขยะจากสวน ถัดมาเป็นขยะพลาสติก (ร้อยละ 22.76) กระดาษ (ร้อยละ 15.98) พบว่าปริมารขยะแต่ละประเภทสอดคล้องกัน

ระบบการบริหารจัดการขยะในโรงแรม การบริหารจัดการขยะมูลฝอยของโรงแรม ซึ่งประกอบด้วย 1) การวางโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการจัดการขยะมูลฝอย โรงแรมได้จัดตั้งห้องแยกขยะที่ออกแบบมาอย่างเหมาะสมเพื่อรองรับการจัดการขยะจากทุกแผนกในโรงแรม 2) การประยุกต์ใช้หลัก 3 Rs เพื่อการจัดการขยะในโรงแรม ประกอบด้วยการลดการใช้ (Reduce), ใช้ซ้ำ (Reuse), และการรีไซเคิล (Recycle) 3) การจัดกิจกรรมBig cleaning day เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของพนักงานในการรักษาความสะอาดร่วมกัน และ 4) การสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรีไซเคิลขยะ

ถือได้ว่าเป็นโรงแรมที่ให้ความสำคัญกับด้านสิ่งแวดล้อมในระดับหนึ่ง โดยอย่างน้อยแบ่งแยกประเภทถังรองรับขยะตามประเภทการคัดแยกขยะ เจ้าของ/ผู้จัดการโรงแรมต้องมีการ กำหนดเป้าหมายและนโยบายในด้านต่าง ๆ ขององค์กรใช้หลัก 3 Rs เพื่อจัดการขยะในโรงแรม ในประเด็นการประยุกต์ใช้หลัก 3 Rs นับว่ามีความก้าวหน้าตามหลักวิชาการ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุทารัตน์ ชูดอกและเขมิกา สงวนพวก[5] อันได้แก่ ใช้น้อยหรือลดการใช้ (Reduce) และใช้ซ้ำ (Reuse) จนไม่สามารถนำไปใช้ซ้ำได้อีก กลายเป็นขยะมูลฝอย จากนั้น จึงนำไปคัดแยกเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้อย่างสูงสุดโดยการรีไซเคิลหรือแปรรูป ใช้ใหม่ (Recycle) โรงแรมจึงมีนโยบายให้พนักงานลดการสร้างขยะ เช่น แจกแก้วน้ำเก็บอุณหภูมิเป็นของขวัญวันเกิดให้กับพนักงาน, แจกถุงผ้าเมื่อมีการเข้าร่วมกิจกรรมเก็บขยะ, ใช้กล่องบรรจุอาหารแทนถุงพลาสติก, ลดการทิ้งขยะ และในส่วนของ 3 Rs แผนกสปาและแผนกแม่บ้านได้นำร่องและเห็นผลชัดเจนโดยนำโดยหัวหน้าแผนก เป็นต้น

นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมBig cleaning day เพื่อกระตุ้นการมีส่วนของพนักงานในการรักษาความสะอาดร่วมกัน นับเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพนักงาน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายท้องถิ่นที่มีการส่งเสริมให้ภาคประชาชน ผู้ประกอบการภาคเอกชนและภาครัฐเพิ่มศักยภาพด้านการลด คัดแยก และใช้ประโยชน์จากขยะมูลฝอยในระดับชุมชน และจากรายงานนี้พบว่าการจัดการขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน[2] ที่สำคัญการสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการรีไซเคิลขยะ นับได้ว่าเป็นกิจกรรมทำให้ลดปริมาณขยะของโรงแรมที่จะนำไปกำจัด ซึ่งตรงกับงานวิจัยของบรรจง วิทยถาวรวงศ์[12] ที่กล่าวว่า การจัดงานรณรงค์แยกขยะ การตั้งกฎข้อปฏิบัติ หรือออกกฎหมาย เหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการแยกขยะ อันจะนำไปสู่การจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แนวทางการบริหารจัดการของโรงแรมที่เหมาะสมของโรงแรม ถือว่าหลักการบริหารจัดการขยะเชิงบูรณาการ โดยประกอบไปด้วย การสนับสนุนให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ ตั้งแต่ร่วมกำหนดนโยบาย ผู้บริหารควรกำหนดเป้าหมายและนโยบายด้านการจัดการขยะอย่างชัดเจน การส่งเสริมให้มี นโยบายลดการใช้พลาสติก ลดการสร้างขยะ และใช้วัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อนำไปสู่โรงแรมสีเขียว การสร้างกฎระเบียบในโรงแรมเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันและบังคับใช้จริง การสร้างแรงจูงใจ จากรายได้การขายขยะ กลับมาเป็นสวัสดิการให้พนักงาน การรณรงค์รวมถึงออกกฎในการแยกขยะแต่ละประเภท การให้ความรู้ความเข้าใจพนักงานโดยฝ่ายทรัพยากรบุคคล การสร้างกิจกรรมรักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วม เช่น การทำความสะอาดประจำเดือน (Big Cleaning Day) การสร้างความตระหนักรู้และ

จิตสำนึกของคนในองค์กร และการสร้างสังคมไม่นิ่งเฉย

จากแนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอยเชิงบูรณาการดังกล่าวนี้ถือได้ว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภวรรณ รัตสุข[6] งานวิจัยการจัดการขยะแบบบูรณาการในชุมชนพบว่าหลักการในการจัดการขยะแบบบูรณาการเริ่มจากการลดปริมาณขยะในที่อาศัย ซึ่งชุมชนเป็นแหล่งกำเนิดขยะให้ความร่วมมือ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จ ของโครงการจัดการขยะรูปแบบต่างๆ กับงานวิจัยของ ณัฐณรงค์ สุนทรวิภาต[13] ผลการวิจัยเรื่อง การจัดการขยะมูลฝอยเชิงบูรณาการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบุรี พบว่า การจัดการขยะมูลฝอยเชิงบูรณาการของ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบุรี เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องตามแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการขยะฝอย และแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (2559 – 2564)[2] ทำให้ได้แนวทางนำหลักการจัดการเชิงบูรณาการมาประยุกต์ใช้ในส่วนโรงแรม

ขณะที่ Giri[14] ได้ทำการศึกษาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยแบบบูรณาการในโรงแรมแห่งหนึ่งในเมืองกาฐมาณฑุ ประเทศอินเดีย พบว่า การบูรณาการในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการพัฒนาระบบที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยแสดงให้เห็นว่าการมีระบบการจัดการขยะที่เชื่อมโยงพนักงานทุกระดับ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายไปจนถึงการดำเนินการในทางปฏิบัติ ช่วยให้โรงแรมสามารถลดขยะ กู้คืนวัสดุและจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการขยะเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างยั่งยืน

ดังนั้นจากผลการวิจัยที่ได้ข้อสรุปแนวทางการบริหารจัดงานขยะมูลฝอยที่เหมาะสมของโรงแรม ควรมีการบูรณาการจากหลายวิธี หลายรูปแบบ รวมถึงการบูรณาการกับหน่วยงานภายนอกจึงถือว่ามีความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายที่ชัดเจน

2. ทุกคนควรมีความตระหนักถึงประโยชน์ของการจัดการขยะที่ดี

3. ภาครัฐและเอกชน ควรมีการประสานงานกับเครือข่าย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมงานหรือผลัดเปลี่ยนกันมาให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะที่เหมาะสมกับทุกโรงแรม หรือสถานบริการอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง

4. หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมาย ควรบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร. 2556. คู่มือแนวทางจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งแวดล้อมโดยชุมชน. กรุงเทพมหานคร: มาตาการพิมพ์.
2. กรมควบคุมมลพิษ.รายงานสรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2564. สืบค้นจาก https://www.pcd.go.th/publication/26626/
3. สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดภูเก็ต, 2566 สืบค้นจาก https://phuket.mnre.go.th/th/index
4. จินตนา แสนวงค์. 2564. การศึกษาการลดก๊าซเรือนกระจกจากการคัดแยกขยะครัวเรือนเพื่อการรีไซเคิลภายใต้โครงการสนับสนุนกิจกรรมลดก๊าซเรือนกระจากกรณีศึกษา: โรงเรียนนายร้อยพระ จุลจอมเกล้า. วารสารวิชาการโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า. ปีที่ 19 2564.
5. สุทารัตน์ ชูดอก และเขมิกา สงวนพวก 2564. การบริหารจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษากรณีองค์การบริหารส่วนตำบลโก่งธนู อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์แสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 12(2) 28-48.

6. นภวรรณ รัตสุข. 2559. การจัดการขยะแบบบูรณาการในชุมชน, Veridian E-Journal,Science and Technology Silpakorn University Volume 3 Number 5September– October2016 (ISSN 2408 – 1248), มหาวิทยาลัยศิลปากร
7. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. 2566. สืบค้นจาก https://www.mots.go.th/news/category/705
8. สถานีโทรทัศน์ไทยPBS. 2567, 5 มิถุนายน. "ขยะล้นเมือง" คนไทยสร้างขยะเฉลี่ย7.3 หมื่นตัน/วัน [ข่าวสิ่งแวดล้อม]. สืบค้นจาก, https://www.thaipbs.or.th/news/content/340722
9. Giang, H. M., Takeshi, F., & Song Toan, P. P. (2018). Waste separation at source and recycling potential of the hotel industry in Hoi An city, Vietnam. Journal of Material Cycles and Waste Management, 20(2), 121-132.
10. Pham Phu, S. T., Hoang, M. G., & Fujiwara, T. (2018). Analyzing solid waste management practices for the hotel industry. Global Journal of Environmental Science and Management, 4(1), 19-30.
11. ไพบูลย์ แจ่มพงษ์. (2553). การจัดการขยะโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน บริเวณตลาดน้ำอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
12. บรรจง วิทยถาวรวงศ์ และอิทธิกร ขำเดช. 2554. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการแยกขยะครัวเรือนของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. การเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ 1(2): 85 – 112.
13. นายณัฐณรงค์ สุนทรวิภาต. 2563. การจัดการขยะมูลฝอยเชิงบูรณาการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบุรี. การศึกษาอิสระปริญญาโท. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
14. Giri, S. 2021. Integrate solid waste management: A case study of a hotel in Kathmandu, Nepal. EPRA Int J Multidiscip Res, 7(5), 264-268.

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ

Improving the quality of life of dependent ageing by caregivers certificated of CG Expert course.

(Received: August 14,2024 ; Revised: August 26,2024 ; Accepted: August 28,2024)

ภาดล จันทพรม[1]
Padol Juntaprom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ การอบรมหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ระยะเวลา 1 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบวัดดัชนีชี้วัดความสุข ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 99 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 338 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (S.D. = 0.392) มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.000 (t= 10.193, p<0.001) มีดัชนีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 44.69 รองลงมามีดัชนีความสุขเสี่ยง ร้อยละ 40.66 และมีดัชนีความสุขดีร้อยละ 14.65 ภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีคะแนนเฉลี่ย 29.96 คะแนน (S.D.=6.265) และมีคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.000 (t =20.397, p<0.001)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; การพัฒนาคุณภาพชีวิต; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstracts

This action research aimed to study the quality of life and happiness index of dependent elderly people in Rasi Salai District, Sisaket Province, through the development of health literacy for elderly caregivers and a 1-week CG expert training course. The research instruments were the assessment of the quality of life of the elderly, consisting of the Thai version of the WHO Quality of Life Scale with a reliability of 0.81 and the Happiness Index Scale with a reliability of 0.74, conducted the study between November 2023 and August 2024. The sample group was selected using a simple random sampling method, consisting of 99 elderly caregivers and 338 dependent elderly people, data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results found that dependent elderly people who were cared for by trained caregivers had a quality of life at a moderate level at 56.4 percent, followed by a high quality of life at 37.0 percent, and a low quality of life at 6.6 percent, with an average score of 3.55 (S.D. = 0.392). The mean quality of life score increased significantly at the p=0.000 level (t=10.193, p<0.001). The happiness index was at a normal level at 44.69 percent, followed by a risky happiness index at 40.66 percent, and a good happiness index at 14.65 percent. The overall happiness index score had an average score of 29.96 points (S.D. = 6.265), and the happiness index score increased significantly at the p=0.000 level (t = 20.397, p<0.001).

Keywords: health literacy; dependent elderly people; quality of life development; caregivers

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

ปี 2565 จำนวนประชากรทั่วโลกรวม 8,000 ล้านคน โดยเป็นสูงอายุรวม 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก[1] ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วเมื่อปี 2558 ล่าสุดผู้สูงอายุของประเทไทยในปี 2566 มีจำนวน 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด[2] ส่วนสถานการณ์ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ พบว่า ในปี 2559 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 3.8 และคาดว่าในปี พ.ศ.2580 สัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 ของประชากร[1]

องค์การอนามัยโลกส่งเสริมผู้สูงอายุทุกคนต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาของประเทศ ซึ่งประเทศไทยเริ่มมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากร่างกายที่เสื่อมสภาพ ปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง คุณภาพชีวิตลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น[3] จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยจากการเพิ่มผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา สู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี 2548 โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)[4] จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมาจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทำให้อัตราการตายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ผู้สูงอายุก็ยังได้รับผลกระทบจากการเสื่อมถอยของร่างกาย รวมทั้งผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ จึงนำไปสู่ความถดถอยของร่างกาย เกิดภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรืออาจมีอาการสมองเสื่อม ทำให้ต้องอาศัยพึ่งพาเป็นภาระเก่ผู้ดูแล เกิดภาวะทุพพลภาพ ในที่สุด สิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ผู้สูงอายุจึงควรให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ ไม่กำเริบรุนแรงหรือเสื่อมถอยมากกว่าเดิม จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้[5] จากการสำรวจสภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 1 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13[6] ประกอบกับระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในปัจจุบันเน้นการสงเคราะห์มากกว่าการส่งเสริม คุ้มครองและสนับสนุน จึงทำให้ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ที่สามารถดำเนินการได้เอง โดยส่งเสริมและพัฒนาบทบาทของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการดูแลและให้ความช่วยเหลือด้านการให้บริการด้านสุขภาพ การจัดสวัสดิการทางสังคม และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต[4]

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ มีการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไป ต้องพัฒนาทั้งระบบที่ประชาชนคนไทยทุกคนได้รับสิทธิคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมารัฐบาลได้มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[7] มียุทธศาสตร์ให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีความมั่นคงใน

ชีวิต นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย ดำเนินการร่วมกันภายใต้ยุทธศาสตร์ 3 S คือ (1) Strong สุขภาพแข็งแรง (2) Security ความมั่นคงปลอดภัย (3) Social Participation การมีส่วนร่วมในการดูแล เน้นการทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health literacy และจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จัดให้มีระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว มีผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในชุมชนร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติ[5]

ผู้สูงอายุของจังหวัดศรีสะเกษ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2563 ถึงปี 2565 และสัดส่วนผู้สูงอายุอำเภอราษีไศล 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2563 ถึงปี 2565 พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว[8] จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวน 2,177 ราย แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (จำนวน 2,041 คน) ร้อยละ 93.75 และกลุ่มติดเตียง (จำนวน 136 คน) ร้อยละ 6.25 ซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะทำให้สามารถลดโอกาสในการเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้

ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่รอบด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทักษะที่ครอบคลุมทุกมิติในการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งความรอบรู้ ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้[9] จากการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2565 พบว่าประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดทักษะ ขาดความมั่นใจ ขาดความเชี่ยวชาญ โดยร้อยละ 52 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลว่าขาดความมั่นใจในการสื่อสารให้ความรู้กับผู้สูงอายุและญาติ ร้อยละ 60 ขาดการเข้าถึงสื่อและข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นและร้อยละ 64 ขาดความมั่นใจขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพที่รอบด้าน ทั้งความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินกิจกรรม ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในทุกมิติ

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพความรอบรู้ และฝึกทักษะของผู้ดูแลให้มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความแตกต่างไปจากการดูแลตามปกติของ Caregiver โดยมีกิจกรรมดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความรอบรู้ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติด้วยหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตร CG เชี่ยวชาญในเขตอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตร CG เชี่ยวชาญในเขตอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรศึกษา

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) จากทุกตำบล 13 ตำบล ในเขตอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 131 คน

2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2,177 คน

3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครพัฒนาชุมชน เครือข่าย อพม.เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ในชุมชน ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยตั้งแต่ การร่วมกันกำหนดปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ร่วมกำหนดกิจกรรม ในส่วนระบบสนับสนุน การร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามผล เครือข่ายเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในช่วงการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณเมื่อทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1975)[10] ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 5 = 0.05

1(ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)Caregiver) จากทุกตำบล 13 ตำบล ในเขตอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 131 คน

แทนค่า เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

n = 98.68

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 99 คน

2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2,177 คน

แทนค่า เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

n = 337.91

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 338 คน

3 (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม .อาสาสมัครพัฒนาชุมชน เครือข่าย อพม.เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ในชุมชน ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยตั้งแต่ การร่วมกันกำหนดปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ร่วมกำหนดกิจกรรม ในส่วนระบบสนับสนุน การร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามผล เครือข่ายเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในช่วงการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเครื่องมือวิจัย การใช้เครื่องมือวิจัย การบันทึกคำตอบ และชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ

2. กระบวนการที่จัดกระทำสำหรับผู้ดูแล

ผู้สูงอายุได้พัฒนาความรอบรู้ ทักษะเพื่อนำไปดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ 5 บทเรียน” เป็นหลักสูตรที่ได้พัฒนามาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ)Care manager-CM(ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันพิจารณาว่าเนื้อหาความรู้ ที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วยอะไรบ้างที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้และทักษะอะไรบ้างที่ต้องฝึกปฏิบัติและควรมีการสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพที่รอบด้าน รวบรวมเนื้อหาหลักสูตรอบรมจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง หลักสูตรการจัดอบรม 1สัปดาห์ เป็นภาคทฤษฎี บทที่ 1 - 4บทละ 1 วัน รวม 4 วัน และภาคปฏิบัติ) บทที่5) 3วัน เนื้อหาหลักสูตร มีรายละเอียดดังนี้

บทที่1 ฟื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

บทที่ 2 พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน

บทที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3) ด้านสิ่งแวดล้อม 4) ด้านจิตใจ

บทที่ 4 การสร้างสุข 5 มิติ

บทที่ 5 ฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่อบรมภาคทฤษฎี

3. ระยะหลังผู้ดูแลดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ ในบางประเด็น ผู้ช่วยวิจัยของตำบลนั้นต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบ และผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือในการศึกษาข้อมูลทั่วไป และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ โดยประยุกต์จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief–Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ[11] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรง โดยมีค่า content validity และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach’s alpha coefficient ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

26 – 60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 – 95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิต

ปานกลาง

96 – 130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

เกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 1.0 – 2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับต่ำ 2.34 – 3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 3.68 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับดี

2. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)[12]

แบบทดสอบนี้ใช้เพื่อประเมินภาวะความสุข เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดคำจำกัดความของความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถ ในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยมีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 คำถามจะถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึก ว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง มากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว

การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนน ข้อความทางบวก ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน, เล็กน้อย เท่ากับ 1 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน, มากที่สุด เท่ากับ 3 คะแนนส่วนข้อความทางลบจะให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก คะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 35–45 คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คะแนน 28–34 คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขเท่ากับ คนทั่วไป และคะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนลงมา หมายถึง มีดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป ในการประเมินดัชนีชี้วัดความสุข 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนนเมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว และรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถนำมาเปรียบเทียบ กับเกณฑ์ปกติ ที่กำหนดดังนี้

ตารางที่ 1 การแปลผลระดับดัชนีความสุข (แบ่งตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต)[12]

ระดับดัชนีความสุข	คะแนน
มีดัชนีความสุข มากกว่าคนทั่วไป (Good)	35 – 45
มีดัชนีความสุข เท่ากับคนทั่วไป) Fair)	28 – 34
มีดัชนีความสุข ต่ำกว่าคนทั่วไป) Poor)	27 คะแนน หรือน้อยกว่า

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาในการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม

2. ประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่ ในส่วนคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ โดยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) แบบย่อ 26 ข้อ ใน 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์ และคณะ[11] โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)[12] คำถามจะถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึก ว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่อง

คำตอบที่เป็นจริงมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ในการประเมินดัชนีชี้วัดความสุข 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนนเมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว และรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ ที่กำหนด

3. แบบสอบถาม ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของ ข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความเพียงพอของข้อมูล ที่ได้โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งเวลา คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในเวลาต่างกัน แหล่งสถานที่ คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในสถานที่ต่างกัน แหล่งบุคคล คือการตรวจสอบข้อมูลเดียวกันในต่างบุคคลกัน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบผลคะแนนคุณภาพชีวิตและคะแนนดัชนีความสุขผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม ก่อนและหลังการ เข้าร่วมกิจกรรมโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ช่วงเชื่อมั่น P-value 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-058 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

ระดับคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (S.D. = 0.392)

ผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ มีดัชนีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 44.69 รองลงมามีดัชนีความสุขเสี่ยง ร้อยละ 40.66 และมีดัชนีความสุขดี ร้อยละ 14.65 ภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขมีคะแนนเฉลี่ย 29.96 คะแนน (S.D.=6.265)

จากการนำเสนอผลการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งได้รับการฝึกทักษะ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ของ Caregiver หลังการพัฒนาความรู้และทักษะ ตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยพบว่าผลการประเมิน คะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนดัชนีความสุข ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ก่อน และหลังได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับข้อมูลของน้ำผึ้ง ทองศรี[13] จำนวนผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.54 การที่จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจาก ช่วงอายุ 55-64 ปี เป็นช่วงอายุที่ผู้ชายมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าผู้หญิง สาเหตุหลักๆ มากจากโรคหัวใจ การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุทางรถยนต์ มะเร็ง และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด ซึ่งล้วนแต่เป็นโรคหนักๆ และร้ายแรง จากผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอราษีไศล ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า แว่นตา มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง และมีปัญหาสำคัญทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องระวังคือ ปัญหาการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัญหาท้องผูก นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีแนวโน้มของการแยกตัวเองออกจากสังคมมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่หน่วยบริการสาธารณสุข แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มักไม่มีส่วนร่วม เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ การเคลื่อนไหว การเดินทาง โดยแนวทางที่สามารถปรับปรุงการให้บริการได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือควรจัดบริการสุขภาพในชุมชนของผู้สูงอายุเอง และเสริมสร้างบทบาทของผู้ดูแลให้มีส่วนร่วม มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และดูแลตามแนวทางที่ถูกต้อง ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์[14] ที่พบว่า การจัดบริการของผู้ให้บริการไม่ตรงกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของตัวผู้สูงอายุหรือชุมชน

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 จะเห็นได้ว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น อาจเนื่องมาจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอราษีไศล ได้สมัครเข้าร่วมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) และได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครบทุกตำบล จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี

กล่าวโดยสรุป เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีมุมมองต่อการดูแลสุขภาพ คือการเป็นผู้รอรับบริการ โดยมีผู้ให้บริการจากภาครัฐเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการ แต่ในการดำเนินงานไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ทั้งหมด ทั้งนี้จากผลการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยตนเองได้ ถึงแม้จะไม่สามารถทำได้เต็มที่ ซึ่งหากปรับปรุงการให้บริการและสร้างมุมมองการดูแลสุขภาพใหม่ โดยเปลี่ยนเป็นให้ผู้สูงอายุมีมุมมองว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยมีการสนับสนุนจากผู้ดูแล (Caregiver) ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาของความต้องการบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์[15] พบว่า ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ คือผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพและการ

จัดบริการของผู้ให้บริการไม่ตรงกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของตัวผู้สูงอายุหรือชุมชน นอกจากนี้หากนำชุมชนเข้ามา มีส่วนร่วมจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุ ในมิติด้านสังคม ป้องกันการเกิดปัญหาด้านจิตใจได้อีกด้วย

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ได้มีกิจกรรมในการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ4) ด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นไปอย่างมีประสิทธิผล เห็นได้จาก

- ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข ในกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุ ภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีความสุขเสี่ยงลดลง ผู้สูงอายุที่มีดัชนีความสุขปกติ และดัชนีความสุขดีเพิ่มขึ้น

กิจกรรมต่างๆ เช่น การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมการสร้างความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพในทุกเดือน กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ผ่านการจัดฐาน 5 ฐาน ดำเนินการพัฒนาสุขภาวะ ให้เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ และตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลตามแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการระบบการดูแล (CM) มอบหมายกำกับให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขที่บ้านครอบคลุมทุกราย และดูแลตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ แต่ละราย ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแล การมีระบบสนับสนุนกำกับการดำเนินงาน การมีระบบ พี่เลี้ยง การเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ การให้บริการต่างๆดังที่กล่าวมา สามารถช่วยให้ผู้ดูแล และผู้สูงอายุมีความรอบรู้เพิ่มมากขึ้น เข้าใจหลักการดูแลสุขภาพตรงกัน ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีแนวทางที่ชัดเจน มีการประสานงานระหว่างชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและคลอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้าน ลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์[16] พบว่า รูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชนได้ โดยสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องโปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ[17] พบว่า ได้ใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาและยกระดับทั้งสุขภาพทางกายและทางใจ เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินจงกรมและการฝึกการบริหารจิตโดยการนั่งสมาธิ ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติงาน พบว่า การปฏิบัติตามคู่มือการดูแลสุขภาพและกิจกรรมบริการสุขภาพที่จัดในชุมชนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองมากขึ้น ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องได้ดีขึ้น ซึ่งได้รับสนับสนุนจากผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรกในช่วงกลางวัน ส่งผลช่วยลดความเหงาและไม่คิดฟุ้งซ่าน รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและร่วม

กิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่า ในตนเองและมีจิตใจผ่องใส ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ สอดคล้อง กับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์[14] พบว่า การส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ดำเนินการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเข้าวัดทำบุญฟังธรรม มีการรับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การดำเนินกิจกรรม พบว่า ครอบครัว ชุมชน มีการเกื้อหนุนผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพจากหน่วยบริการ โดยผู้ให้บริการจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพมุ่งเน้นให้ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประสานงานและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม และสอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่องการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย[18] พบว่า มีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลาง ในการกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร การบริหารจัดการที่มุ่งท้องถิ่นเป็นหลัก การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังหน่วยการปกครองท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ญาติควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมช่วยเสริม และสนับสนุนการดูแล และควรส่งเสริมให้มีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพ คนในครอบครัวให้สามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรกำหนด กลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

3. ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

4. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ และต้องเพิ่มความระมัดระวังมากยิ่งขึ้น

5. ควรมีการพัฒนาหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ให้เป็นหลักสูตรต่อยอดในการพัฒนา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความรู้ มีศักยภาพ และทักษะในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Social Report 2023: Leaving No One Behind in an Ageing World. ST/ESA/379. Available at: www.un.org/development/desa/pd/content/launch-world social-report-2023. 2023.

2. Department of older persons. Situation of the Thai older persons 2022 / Department of older persons: Bangkok : Department of older persons, 2023; 2023.

3. เกศกนก จงรัตน์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(6):1013-1019. 2562.

4. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.). รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน. 2552.

5. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.; 2553.

6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2552.

7. ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยุคดิจิตอล.[ออนไลน์].สืบค้นจาก https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/10138 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2564]. 2559.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล ประจำปี 2566. 2566.
9. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ในเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560. 2560.
10. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. (3nded.). New York: Harper and Row Publication 1973.
11. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล แ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. 2540.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต.(พิมพ์ครั้งที่1).กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข:บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด.2561.
13. น้าผึ้ง ทองศรี. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2550.
14. กานต์วรี กอบสุข. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2554.
15. วิโชติ ผ้าผิวดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2556.
16. พิณีวรรณ์ บูรณ์เจริญ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2554.
17. ทรงยศ แจ้งเจริญ. โปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2555.
18. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวณิชย์, ธนิกานต์ ศักดาพร. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2552.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก และกระดูกหักหลายตำแหน่ง : กรณีศึกษา

Nursing care of a patient with multiple injuries who have a head and a chest injury with multiple fractures: A case study

(Received: August 19,2024 ; Revised: August 24,2024 ; Accepted: August 27,2024)

รัตนาภรณ์ ศรีเสงี่ยม[1]
Ratanaporn Srisangiam[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก และกระดูกหักหลายตำแหน่ง โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 27 ปี ประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุก 10 ล้อ จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสำคัญในระยะการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจจากระดับความรู้สึกตัวลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง สูญเสียเลือดจากแผลฉีกขาดที่ศีรษะและคาง ได้รับการพยาบาลโดยการเปิดทางเดินหายใจและให้ออกซิเจนบำบัด ห้ามเลือดด้วยการกดจุดเลือดออกโดยตรง ระยะการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากมีเลือดออกในสมอง มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา กระดูกใบหน้าและกระดูกไหปลาร้าหัก ซึ่งได้รับการพยาบาลโดยการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนบำบัด การปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท การเตรียมความพร้อมและส่งผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดในสมองออก การช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอกและดูแลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากกระดูกใบหน้าหัก และการดูแลใส่ผ้าคล้องแขนเพื่อกระดูกไหปลาร้าให้เคลื่อนไหวน้อยที่สุด หลังจากได้รับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทดีขึ้น ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกไหปลาร้าหัก ได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาและปลอดภัยจากการผ่าตัด

คำสำคัญ: บาดเจ็บหลายระบบ, บาดเจ็บที่ศีรษะ, บาดเจ็บทรวงอก, กระดูกหักหลายตำแหน่ง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problem and nursing care of the patient with multiple injuries who have a head and a chest injury with multiple fractures. This patient is a 27-year-old male who had an accident while driving a motorcycle and crashing into the back of a 10-wheel truck. This study found that an important problem in the period of examination and treatment of the nursing for emergency medical services includes patients with airway obstruction due to decreased consciousness, Decreased level of consciousness due to head and brain injuries, and Loss of blood from lacerations wounds to the head and chin. Receive nursing care by opening the airway and oxygen therapy, and stop bleeding by pressure directly on the wound. The period of examination and treatment of nursing for accident and emergency patients includes decreased level of consciousness due to bleeding in the brain, right pneumothorax, and facial and left clavicle fracture. Nursing care includes preventing increased intracranial pressure, assisting the doctor with intubation and oxygen therapy, consultation with a neurosurgeon, and preparing and sending a patient for surgery to remove a blood clot in the brain. assist the doctor with inserting chest drains and ensuring they work efficiently, prevent and monitor airway obstruction from facial fractures, and take an arm sling at the left arm so that the Immobilization. After receiving examination and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

treatment the nursing the patient's level of consciousness and neurological symptoms improved, with no increase in intracranial pressure, no airway obstruction and there were no complications from the clavicle fracture, the patient received surgery according to the treatment plan and the patient was safe from the surgery.

Keywords: Multiple injury, Head injury, Chest injury, Multiple fracture

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบส่งผลให้เกิดอันตรายที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจร[1]เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของทุกประเทศทั่วโลก[2] สำหรับประเทศไทย อุบัติเหตุการจราจร เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของอุบัติเหตุทั้งหมด โดยคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตประมาณ 27.20 คนต่อประชากร 100,000 คน[3] ซึ่งการเสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 60 พบที่จุดเกิดเหตุ[4] และร้อยละ 30 -35 เกิดที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 48[5] โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุ คือ การได้รับบาดเจ็บอวัยวะสำคัญอย่างรุนแรง เช่น สมอง หัวใจ ปอด ไต และตับ หรือมีการบาดเจ็บร่วมกันหลายระบบหรือหลายอวัยวะ เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพและภาวะขาดออกซิเจนตามมา ระบบประสาทและสมองทำงานผิดปกติ ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง จนเกิดภาวะสมองเคลื่อนไปกดสมองส่วนควบคุมการหายใจ นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บยังเสียชีวิตจากการสูญเสียเลือดจนเกิดภาวะช็อก ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว[6] ซึ่งภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดส่วนใหญ่เกิดจากอวัยวะภายในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ โดยพบบ่อย คือ ตับและม้าม[7] โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความแข็งแรงของ ร่างกาย และกลไกการบาดเจ็บ 2) ปัจจัยด้านเวลา เนื่องจากการดูแลผู้บาดเจ็บที่ห้องฉุกเฉินถือเป็น golden period หรือ “the golden 1 hr” ในการค้นหา ภาวะคุกคามต่อชีวิต และให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และ 3) ปัจจัยด้านทีมการดูแล ความรู้และทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และการประสานงานการทำงานเป็นทีม ตลอดจนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ หากทีมการดูแลมีความสามารถกำจัดปัจจัยเหล่านี้ที่สามารถป้องกันได้ จะส่งผลให้ผู้บาดเจ็บได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างรวดเร็ว สามารถลดภาวะแทรกซ้อน อันจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพการดูแลและอัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บได้[8]

สถิติของผู้บาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปีพ.ศ. 2564, 2565, และ 2566 มีจำนวน 98, 116,และ125ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 6.12 (6 ราย), 3.44 (4 ราย), 2.40 (3 ราย) โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (probability of survival score: Ps score) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 พบร้อยละ 7.96[9] จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าเกิดจาก 3 ประเด็นหลัก คือ ด้านความรู้ และทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีความแตกต่างกัน ทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในหน่วยงาน มีการประเมินและดูแลผู้บาดเจ็บไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ ส่งผลต่อการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งต้องใช้ความรวดเร็ว แม่นยำ และถูกต้อง รวมทั้งมีช่วงเวลาการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตระยะแรกนานมากกว่าค่าเป้าหมาย (มากกว่า 10 นาที) จากผลกระทบของการบาดเจ็บหลายระบบที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และ

สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความ สำคัญ จึงได้เลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาที่เกิดการบาดเจ็บหลายระบบมาศึกษาในครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้ให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องได้นำไปประยุกต์ ใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก และกระดูกหักหลายตำแหน่ง

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน ศึกษาทฤษฎีของโรคเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรค การรักษาและการพยาบาล เลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหา และวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี ประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุก 10 ล้อ ไม่รู้สึกตัว 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการประสานขอชุด Advance Lift Support (ALS) สนับสนุนรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พบผู้ป่วยซึม ลืมตาเมื่อเจ็บ พูดไม่มีเสียง GCS = 8 คะแนน ($E_2V_1M_5$) pupil ∅ 3 mm Sluggish BE แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ขยับได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 สัญญาณชีพ BT = 37°C, PR = 90 beat/min, RR = 24 beat/min (air hunger), BP = 97/64 mmHg, O_2sat= 92% มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้ายและคาง เลือดออกมาก เข่าทั้ง 2 ข้าง มีแผลฉีกขาดและ บวมเขียวช้ำ กระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายผิดรูป ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง On O_2 mask with bag 10 lit/min pressure stop bleed แผลที่ศีรษะด้าน ซ้ายและคาง เปิดเส้นให้ Acetar 1,000 ml Ⓥ load ใส่ hard collar และนำส่งโรงพยาบาลแรกรับ ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการคัดกรอง (Triage) ความรุนแรงอยู่ระดับ 1 ผู้ป่วยรู้ตัวซึม ถามตอบมีเสียงอืออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน ($E_2V_3M_5$) pupil ∅ 2.5 mm RTL BE BP=100/64 mmHg, PR = 92 beat/min, RR = 24 beat/min, O_2sat= 99%, DTX = 147 mg/dl เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตาม trauma guideline, retained Foley's cath urine สีเหลืองใส Retained NG tube content สีเหลือง ไม่มีเลือดปน แพทย์ทำ FAST ผล Negative, Dressing & Suture แผลที่ศีรษะและคาง ให้ Transamine 1 gm Ⓥ stat, dT 0.5 ml Ⓜ, CXR® ไม่พบ Fracture ribs และ Hemo/Pneumothorax ส่งตรวจ CT brain พบมี Epidural Hemorrhage at left parietal area with depress fracture skull, CT Facial bone พบ multiple fracture facial bone with right mandible, CT chest พบ right Pneumothorax, Film left clavicle พบ Fracture left clavicle, Film Pelvis & left leg ไม่พบความผิดปกติ หลังกลับจาก CT และ x-ray ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS = 8 คะแนน ($E_1V_3M_4$) , BP = 111/59 mmHg, PR = 96 beat/min, RR= 24 beat/min, O_2 sat = 100% แพทย์พิจารณาใส่ ET Tube with Ambu bag ต่อ O_2 10 lit/minปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทให้การรักษาด้วย 20% Mannitol 200 ml Ⓥ bulus, Dilantin 1 gm + NSS 100 ml Ⓥ drip in 1 hr, Set OR for left wide decompression craniectomy with remove colt ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป มาทำ right ICD ได้เป็น free air ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมกระดูกให้ on M splint ที่ left clavicle เตรียมความพร้อมและส่งผู้ป่วยทำผ่าตัด หลังผ่าตัดแพทย์วินิจฉัยเป็น Epidural & Subdural Hemorrhage at left parietal area with depress fracture skull ส่งดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม on Ventilator, on right

ICD มีfree air ออก แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Flap โป่งนิ่ม on RVD ไว้ 1 เส้น content เป็นเลือดค้าง สาย หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง รู้สึกตัวดีขึ้น GCS = 9T ($E_3V_TM_6$) แขนขา 2 ข้าง ยกขยับได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 เริ่ม try wean Ventilator ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งเรื่อง Fracture facial bone ให้ส่ง CT Facial bone วินิจฉัยเป็น Lefort fracture I, II และ III (Panfacial with fracture left Zygoma, fracture Parasymphysis and right Head condylar process of mandible) วางแผนทำผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ หลังผ่าตัด 1 วัน off ET. Tube On O_2 mask with bag 10 lit/min off right ICD หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย RR = 26 beat/min repeat CXR พบยังมี right Pneumothorax แพทย์จึงใส่ right ICD ใหม่ RVD ไม่มี content ออกเพิ่ม off RVD หลังผ่าตัดวันที่ 8 ย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หลังย้ายไปแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งได้ทำผ่าตัด ORIF, Intermaxillary fixation (IMF) with miniplate and screw ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคง off right ICD ไม่ได้ เนื่องจากผล CXR และ CT chest ที่ส่งตรวจเป็นระยะๆ ยังพบ persistent air leak แพทย์จึงส่งรักษาตัวต่อโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี รวมระยะเวลารักษาตัวอยู่โรงพยาบาล 21 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
1.1 การคัดกรอง	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุบนถนน **ข้อมูลสนับสนุน** จากข้อมูลการแจ้งเหตุผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุก 10 ล้อ และไม่รู้สึกตัว **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยหลัก AVPU ได้แก่ A (Alert) ความรู้สึกตัวดี พูดคุย ทำตามคำสั่งได้, V (Verbal responds) การตอบสนองต่อเสียงเรียก เช่น เรียกแล้วตื่นลืมตา หรือหันตามเสียงเรียกได้ เป็นต้น, P (Painful responds) การตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ ปัดตำแหน่งที่เจ็บ เกร็ง เหยียดหรืองอแขน ขาเมื่อกระตุ้นให้เจ็บ เป็นต้น และ U (Unresponsive) ไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีการตอบสนอง 2. ประเมินปฐมภูมิ (primary survey) เพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยและให้การรักษาไปพร้อมกัน ตามขั้นตอน XABCDE ได้แก่ X- eXsanguinate hemorrhage เป็นการประเมินการเสียเลือดจากเส้นเลือดแดง ใหญ่ที่บริเวณรอยต่อระยางค์ เช่น รักแร้ ขาหนีบ เป็นต้น A- Airway เป็นการประเมินทางเดินหายใจและการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอ B - breathing ประเมินรูปแบบการหายใจ ทั้งอัตรา จังหวะ ลักษณะการหายใจ C- Circulation ประเมินระบบไหลเวียนเลือดและการห้ามเลือด D- Disability ประเมินทางระบบประสาท โดยใช้ Glasgow coma scale, E- exposure ประเมินหาจุดบาดเจ็บ ลักษณะผิดรูปหรือจุดเลือดออกที่อยู่ใต้ร่มผ้า **ประเมินผลการพยาบาล** จากการค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต พบผู้ป่วยซึม ลืมตาเมื่อเจ็บ GCS = 8 คะแนน ($E_2V_1M_5$) พูดไม่มีเสียง หายใจแบบหิวอากาศ (Air hunger) ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้งสองข้างลดลง มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้ายลึกถึง skull และแผลฉีกขาดที่คางมีเลือดออกมาก
1.2 การปฏิบัติการพยาบาล	
	1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย สับสน หายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหรือ ผิดจังหวะ ความดัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	โลหิตสูง (ระยะแรก) เหงื่อออก ผิวชื้น ริมฝีปาก และปลายมือปลายเท้าเขียว หยุดหายใจ 2. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยวิธี jaw thrust maneuver 3. ใส่ Oropharyngeal air way เพื่อป้องกันลิ้นตกไปอุดทางเดินหายใจ 4. จัดท่านอนตะแคงข้างซ้ายเอียง 15 – 30 องศา เพื่อป้องกันลิ้นตกไปอุดทางเดินหายใจ และเสมหะ น้ำลายไหลออกจากปากได้ง่าย
3. ผู้ป่วยหายใจแบบหิวอากาศ (Air hunger) RR = 24 beat/min, PR = 90 beat/min, BP = 97/64 mmHg, O_2 sat = 92% 4. ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้งสองข้างลดลง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน	5. ดูแลให้ O_2 mask with bag 10 lit/min และประเมินระดับ O_2 sat และรักษาระดับ O_2 sat ≥ 95% **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัวดีขึ้น ถามตอบมีเสียงอืออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน ($E_2V_3M_5$) BP = 110/68 mmHg, PR = 92 beat/min, RR = 20 beat/min ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหายใจแบบ หิวอากาศ หรือหายใจลำบาก O_2 sat = 99%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองเนื่องจากศีรษะถูกแรงกระแทกจากการเกิดอุบัติเหตุ **ข้อมูลสนับสนุน** จากข้อมูลการแจ้งเหตุผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุก 10 ล้อ และไม่รู้สึกตัว จากการประเมินสภาพผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พบผู้ป่วยซึม ไม่ทำตามคำสั่ง ลืมตาเมื่อเจ็บ GCS = 8 คะแนน ($E_2V_2M_4$) pupil ∅ 3 mm Sluggish BE แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ขยับได้แต่ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง	1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท (ขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาการตอบสนองต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขนขา) ทุก 15 นาที 2. เฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จากอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรช้าลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขน ขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้นจากเดิมตั้งแต่ 1 ระดับหรือกำลังแขนขาทั้ง 2 ข้างแตกต่างกัน และรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง มีขนาดแตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาต่อแสงลดลง หากมีอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ 3. ดูแลให้ O_2 mask with bag 10 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 4. ดูแลใส่อุปกรณ์พยุงคอชนิดแข็ง (Hard collar) เพื่อจัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวเดียวกัน ไม่ก้ม แหงน หรือบิด เนื่องจากจะทำให้ขัดขวางการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจ ทำให้เลือดดำคั่งในสมองและภาวะ IICP ได้ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัว ถามตอบมีเสียงอืออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน ($E_2V_3M_5$) pupil ∅ 3 mm Sluggish BE แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ยกขยับได้ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 BP = 110/68 mmHg, PR = 92 beat/min, RR = 20 beat/min ไม่มีอาการปวดศีรษะและอาเจียน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย ลึกถึง skull และแผลฉีกขาดที่คาง มีเลือดออกมาก 2. ผู้ป่วยซึม ลืมตาเมื่อเจ็บ GCS = 8 คะแนน ($E_2V_2M_4$) 3. สัญญาณชีพ PR = 90 beat/min, RR = 24 beat/min BP = 97/64 mmHg, O_2 sat = 92%	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที รวมทั้งประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ ช็อกจากการสูญเสียเลือด (Hypovolemic shock) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น PR > 100 beat/min, PR > 30 beat/min, BP < 90/60 mmHg, O_2 sat < 92% 2. ดูแลหยุดเลือดที่ออกจากบาดแผลด้วยการใช้วิธีกดโดยตรงที่บาดแผล (direct manual pressure) และปิดแผลแบบแน่น 3. เปิดเส้นเลือดดำที่มีขนาดใหญ่ ให้ Acetar 1,000 ml Ⓥ load เพื่อทดแทนการเสียเลือด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัว ซึม ถามตอบมีเสียงอืออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน ($E_2V_3M_5$), BP = 110/68 mmHg, PR = 92 beat/min,
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด และเพิ่มการ	RR = 20 beat/min หลังจากปิดแผล แผลบริเวณศีรษะด้านซ้ายและแผล ที่คาง ยังมีเลือดออกซุ่มก๊อส

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายเพียงพอ	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บกระดูกส่วนไหปลาร้าเนื่องจากได้รับแรงกระแทกจากภายนอก **ข้อมูลสนับสนุน** กระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายผิดรูป **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันกระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายผิดรูปหรือเคลื่อนจากแนวกระดูกปกติมากขึ้นและภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกไหปลาราหัก	1. ดูแลใส่ผ้าคล้องแขนข้างซ้าย เพื่อช่วยประคองให้กระดูกไหปลาร้ามีการเคลื่อนไหวน้อยลง 2. สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ pneumothorax, brachial plexus injury, subclavian vessel injury **ประเมินผลการพยาบาล** กระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายไม่เคลื่อนจากแนวกระดูกปกติมากขึ้นขึ้น ไม่มีอาการชาแขนและมือข้างซ้าย หรือกล้ามเนื้อแขนซ้ายอ่อนแรง ไม่มีอาการบวม หรืออาการของเลือดคั่งใต้ผิวหนัง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอาการทรุดลงและบาดเจ็บเพิ่มในระหว่างการเคลื่อนย้าย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งมักพบบ่อยจะมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอร่วมด้วย 2. ขณะเกิดอุบัติเหตุจะมีแรงกระแทกจากภายนอกกระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกาย จึงมีโอกาสทำให้อวัยวะภายในร่างกายได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะอวัยวะภายในทรวงอกและช่องท้อง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอาการทรุดลงและบาดเจ็บเพิ่มในระหว่างการเคลื่อนย้าย	1. ดูแลใส่เฝือกดามคอชนิดแข็ง (hard collar) ทันที และถูกวิธี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลังส่วนคอ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย long spinal broad โดยใช้ความระมัดระวังในการเคลื่อนย้าย 2. ระหว่างการนำส่งผู้ป่วย ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท กรณีพบความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา 3. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง 4. ประเมินและสังเกตการสูญเสียเลือดจากบาดแผลที่ศีรษะด้านซ้ายและคาง 5. ดูแลใส่ผ้าคล้องแขนข้างซ้าย เพื่อช่วยประคองให้กระดูกไหปลาร้ามีการเคลื่อนไหวน้อยลง 6. ดูแลให้ O_2 mask with bag 10 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 7. ดูแลให้ Acetar 1,000 ml Ⓥ load ตามแผนการรักษา 8. ระหว่างนำส่งประเมินผู้ป่วยเพิ่ม โดยการซักประวัติด้วยการใช้หลัก AMPLE (Allergy, Medication, Past illness, Last meal, Event & Environment) และตรวจร่างกายโดยละเอียด head-to-toe evaluation เพื่อค้นหาการบาดเจ็บอวัยวะอื่นๆ และให้การดูแลเบื้องต้น **ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัว ถามตอบมีเสียงอืออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน ($E_2V_3M_5$) BP = 110/68 mmHg, PR = 92 beat/min, RR = 20 beat/min, O_2 sat = 98 - 99% ไม่มีอาการหายใจลำบาก บาดแผลที่ศีรษะด้านซ้ายและแผลที่คางมีเลือดซึม
	ชุ่มก๊อส ผลการตรวจร่างกายโดยละเอียด พบมีการบาดเจ็บของกระดูกใบหน้าเพิ่ม โดยผู้ป่วยมีใบหน้าบวม กดเจ็บ ฟันไม่สบกัน
2. การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	
2.1 การคัดกรองผู้ป่วยและปฐมพยาบาลเบื้องต้น	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บอวัยวะสำคัญหลายอวัยวะ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง ศีรษะด้านซ้ายมีแผลฉีกขาด ขนาด 7 x 1 cm ลึกถึง skull เลือดออกมาก GCS = 10 คะแนน ($E_2V_3M_5$) pupil ∅ 3 mm Sluggish	1. ตรวจประเมินขั้นต้นซ้ำตามหลักการของ ATLS (Primary survey) A-B-C-D - E approach 2. รายงานข้อมูลผลการประเมินขั้นต้นผู้ป่วยแก่แพทย์ และบันทึกในเวชระเบียน 3. ดูแลช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตตามแผนการรักษา ได้แก่ มีเลือดออกบริเวณแผลที่ศีรษะและคางมาก ดังนี้ ทำความสะอาดแผล และเย็บแผล ให้ Transamine 1 gm Ⓥ stat เปิดเส้นเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้น ให้ Acetar 1,000 ml Ⓥ drip rate 120 ml/hr

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
BE แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ยกขยับได้แต่ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 มีแผลฉีกขาดที่คางขนาด 4 x 1 x 0.3 cm มีเลือดออกมาก ใบหน้าบวม กดเจ็บ ฟันไม่สบกัน ตรวจร่างกายพบ ลมผ่านปอดข้างขวาลดลง (Decreased breath sound right lung) สัญญาณชีพ PR = 96 beat/min, RR = 24 beat/min, BP = 98/52 mmHg, O_2 sat = 100% **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว	4. ส่งตรวจและช่วยแพทย์ตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ได้แก่ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CXR®, FAST ultrasound, retained Foley's cath, NG tube ตาม trauma guideline 5. ตรวจประเมินในระยะต่อเนื่อง (Secondary survey) เพื่อหาพยาธิสภาพอย่างละเอียด หลังจากผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต และมีสัญญาณชีพคงที่ ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น CT brain, CT facial bone, CT chest, CT c - spine รวมถึง Film left clavicle และ Film pelvis & left leg 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงในทางที่ทรุดลง และตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และทันท่วงที พร้อมรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** CXR® ปกติ , FAST Ultrasound negative ผล CT brain พบ Epidural Hemorrhage at left parietal area with depress fracture skull, CT Facial bone พบ multiple fracture facial bone with right mandible, CT chest พบ right Pneumothorax, CT c – spine ไม่พบผิดผกติ Film left clavicle พบ Fracture left clavicle, Film Pelvis & left leg ไม่พบความผิดปกติ urine flow ทาง Foley's catheter สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน content จาก NG tube สีเหลือง ไม่มีเลือดปน หลังกลับจาก CT และ x-ray ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS = 7 คะแนน ($E_1V_2M_4$), BP= 111/59 mmHg, PR = 96 beat/min, RR = 24 beat/min, O_2 sat = 100%
2. การช่วยแพทย์รักษา	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยเรียกไม่รู้ตัว GCS = 7 คะแนน ($E_1V_2M_4$) pupil RE Ø 3 mm LE Ø 2 mm sluggish BE แขนขา 2 ข้าง ขยับได้ในแนวราบ กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 2 ผล CT brain พบมี Epidural Hemorrhage at left parietal area with depress fracture skull **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มการกำซาบของเนื้อเยื่อสมอง และป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และบีบ self-Inflating bag with O_2 10 lit/min เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ และเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3. จัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้าย ขวา ระวังคอพับ หรือแหงนมากเกินไป และการงอของสะโพกเกิน 90 องศา เพื่อส่งเสริมให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น 4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันต่างกันเกิน 1 mm ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ชีพจรช้า ไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง pulse pressure กว้างมากกว่า 60 mmHg หายใจช้า หรือหยุดหายใจ 5. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ก่อนดูดเสมหะให้ O_2 100% อย่างน้อย 1 นาที โดยบีบ self-Inflating bag หรือให้ทางเครื่องช่วยหายใจ ใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F แรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100 – 120 mmHg โดยการดูดเสมหะแต่ละครั้งนานไม่เกิน 15 วินาที ห่างกันประมาณ 2 – 3 นาที จึงดูดเสมหะครั้งต่อไป 6. ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทตามแผนการรักษา 7. ดูแลให้ 20% Mannitol 100 ml Ⓥ drip stat then q 6 hr เพื่อดึงน้ำจากเนื้อเยื่อสมองเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปวดศีรษะ หนาวสั่น มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	8. ดูแลให้ Dilantin 1 gm + NSS 100 ml Ⓥ drip in 1 hr เพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก 9. เจาะเลือดและติดตามผล DTX เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 - 180 mg% เพื่อป้องกันการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งทำให้เกิดกรดในเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะสมองบวม 10. ให้ Acetar 1,000 ml Ⓥ drip 2 เส้น ๆ ละ 80 ml/hr เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 11. ประเมินความปวด และดูแลให้ MO 2 mg Ⓥ prn 12. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
	ประเมินผลการพยาบาล รู้สึกตัวดีขึ้น GCS = 8T คะแนน ($E_3V_TM_5$) Pupil Ø 3 mm RTL sluggish BE แขน ขา 2 ข้าง ยกขยับได้แต่ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 3 BP = 122/82 mmHg, PR = 112 beat/min, RR= 16 beat/min (self-Inflating bag) ผล DTX = 147 mg% แพทย์ศัลยกรรมประสาทพิจารณาทำผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดในสมองออก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการขยายตัวของปอดลดลงเนื่องจากมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด **ข้อมูลสนับสนุน** ผล CT chest พบ right Pneumothorax ขณะหายใจการขยับตัวของทรวงอกด้านขวาลดลง ฟังปอดได้ยินเสียงหายใจข้างขวาเบากว่าข้างซ้าย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้การขยายตัวของปอดเพิ่มขึ้น และเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ O_2 sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของเกิดของภาวะพร่องออกซิเจน 2. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น และหลีกเลี่ยงการจัดท่านอนตะแคงขวา เพื่อป้องกันกระดูกซี่โครงที่หักทิ่มปอดและเส้นเลือด 3. ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป เตรียมผู้ป่วย และอุปกรณ์ และช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) 4. ดูแลให้มีการระบายเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างมีประสิทธิภาพโดยตรวจดูการต่อระบบระบายทรวงอกให้ถูกต้อง ไม่มีรอยรั่ว สายท่อระบายไม่หัก พับ งอ สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วและลมปุดในหลอดแก้ว ดูแลให้ขวดรองรับสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วยประมาณ 2 - 3 ฟุตเสมอ บีบรูดสายเบาๆ เพื่อป้องกันการอุดตันในสาย ประเมินปริมาณลม ลักษณะสิ่งที่ระบายออกมา 5. ฟังเสียงการหายใจเข้าและออก ประเมินว่ามี decrease breath sound หรือเคาะทรวงอกด้านขวาได้เสียงโปร่งมากกว่าปกติ (Hyperresonance) หรือเสียง Crepitation 6. สังเกตการขยายของปอดทั้งสองข้าง เพื่อประเมินการมีลมเพิ่มขึ้น หรือมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดเหรือไม่ 7. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินปริมาณลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น GCS = 8T คะแนน ($E_3V_TM_5$) หายใจไม่เหนื่อย ฟังเสียงหายใจ ทรวงอกด้านขวา ไม่พบ decrease breath sound ทรวงอก 2 ข้างขยายตัวเท่ากัน BP = 122/82 mmHg, PR = 112 beat/min, RR= 16 beat/min (self-Inflating bag) O_2 sat = 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเนื่องจากกระดูกใบหน้าหัก **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ประเมินอาการบวมบริเวณใบหน้า 2. ประเมินลักษณะการหายใจอย่างใกล้ชิด เช่น กระสับกระส่าย หายใจลำบาก หายใจเสียงดัง เพื่อประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น 3. จัดท่านอนตะแคงหน้า ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อบรรเทาอาการบวมที่ใบหน้า ป้องกันลิ้น น้ำลาย เสมหะ อุดกั้นทางเดินหายใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. กระดูกใบหน้าหัก ทำให้เนื้อเยื่อบวม มีเลือดออก และกระดูกที่หักไปอุดกั้นทางเดินหายใจ	4. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ ET Tube เพื่อป้องกันการการอุดกั้นทางเดินหายใจ
2. ใบหน้าบวม กดเจ็บ ฟันไม่สบกัน 3. CT Facial bone พบ multiple fracture facial bone with right mandible **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการ อุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน	5. ดูดเสมหะจากท่อหลอดลมและในช่องปากเมื่อมีข้อบ่งชี้ 6. ติดตาม ประเมินระดับ O_2 Sat และสัญญาณชีพ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย หายใจเสียงดัง ใส่ ET Tube และบีบ self-Inflating bag with O_2 10 lit/min O_2 sat = 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท เนื่องจากกระดูกหัก **ข้อมูลสนับสนุน** ผล x-ray พบมี left clavicle fracture **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท บริเวณกระดูกไหปลาร้าข้างซ้าย	1. ดูแลใส่ M sling โดยปรับสายให้พอดี แขนตั้งฉากกับข้อศอก หรือข้อมืออยู่ระดับหัวใจ ระวังไม่ให้ข้อมือต่ำกว่าข้อศอก เพื่อให้บริเวณสะบักและไหล่ข้างขวาเคลื่อนไหวน้อยที่สุด การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายและการไหลกลับของเลือดดำได้สะดวก 2. ประเมินการทำงานของระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงแขน มือ และนิ้วมือซ้าย ตามหลัก 7 Ps ได้แก่ อาการปวด (Pain) ซีด (Pallor) บริเวณฐานเล็บ และ Capillary refill time โดยการกดที่เล็บ (ค่าปกติไม่เกิน 2 วินาที) ผิวหนังเย็น (Polar) โดยการสัมผัสอุณหภูมิของผิวหนัง อาการอ่อนแรง (Paralysis) โดยการให้เคลื่อนไหวและขยับนิ้วมือข้างซ้าย อาการชา (Paresthesia) โดยการสัมผัสบริเวณผิวหนังและการสอบถามผู้ป่วย ชีพจรส่วนปลาย (Pulselessness) โดยคลำชีพจรบริเวณข้อมือด้านใน (Radial artery) ข้อพับแขนด้านใน (Brachial artery) สังเกตอาการบวม ตึง (Puffiness) **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่ปวดไหล่ข้างซ้าย ผิวหนังบริเวณแขนซ้าย ไม่ซีด ไม่เย็น ขยับนิ้วมือ ไม่ชา คลำชีพจรบริเวณ Brachial artery, Radial arteryได้ แรงดี Capillary refill time 1.5 วินาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดการติดเชื้อบาดแผลเปิดเนื่องจากมีการปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งแวดล้อมขณะเกิดอุบัติเหตุ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้ายขนาด 7 x 1 cm ลึกถึง skull และแผลฉีกขาดที่คางขนาด 4 x 1 x 0.3 cm มีเลือดออกมาก และแผลถลอกบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อบาดแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย แผลฉีกขาดที่คาง และแผลถลอกบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง	1. ทำความสะอาดบาดแผล เย็บแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย แผลฉีกขาดที่คาง และแผลถลอกบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (Sterile technique) เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล 2. ฉีด dT 0.5 ml Ⓜ ตามแผนการรักษา 3. ฉีด Cefazolin 1 gm Ⓥ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ การแพ้ยา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 4. ส่งต่อข้อมูลลักษณะบาดแผลแก่ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อของบาดแผล **ประเมินผลการพยาบาล** จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในช่วง 3 วันแรก พบว่า แผลเย็บศีรษะด้านซ้ายและแผลฉีกขาดที่คาง และแผลฉีกขาดบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง มีสารคัดหลั่งซึมสีเหลืองเล็กน้อย รอบแผลไม่บวม แดง ร้อน แผลถลอกแห้ง ไม่มีไข้ BT= 36.8 - 37.2°C
1.3 การส่งต่อและระหว่างส่งต่อ	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัดเนื่องจากได้รับการส่งทำผ่าตัดแบบฉุกเฉิน **ข้อมูลสนับสนุน** หลังทราบผล CT brain และผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตังลดลง อาการทางระบบประสาทหรุดลงแพทย์ศัลยกรรมประสาทพิจารณาให้ส่งผู้ป่วยทำผ่าตัด left wide	1. แจ้งแผนการรักษาของแพทย์ด้วยวิธีการทำผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติทราบรวมทั้งประสานแพทย์ให้ข้อมูลความเสี่ยงของการผ่าตัด การพยากรณ์ของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัด 2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ได้แก่ ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป โกนผม และทำความสะอาดผิวหนังบริเวณศีรษะ งดอาหารและน้ำ 3. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ได้แก่ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
decompression craniectomy with remove colt แบบฉุกเฉิน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อระบายจากแผลผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการพักรักษาตัวหลังผ่าตัดระยะแรกในหอผู้ป่วยหนัก 4. เตรียมความพร้อมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม trauma guideline ผลการตรวจทางรังสีวิทยา และการตรวจพิเศษต่างๆ 4. เตรียมยาที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดพร้อมผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ **ประเมินผลการพยาบาล** หลังแจ้งแผนการรักษาผู้ป่วยและญาติแสดงการรับรู้และเข้าใจ ให้ความยินยอมรับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา และส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอาการทรุดลงและการเลื่อน หลุด อุดตันของท่อและสายระบายต่างๆ ระหว่างการเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองและมีเลือดออกในสมองมีโอกาสเลือดออกในสมองเพิ่มมากขึ้น 2. ผู้ป่วยมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกไว้ 3. ผู้ป่วยได้รับการใส่ ET Tube และบีบ self-Inflating bag with O_2 10 lit/min	1. ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายตามหลัก ABCD 2. ตรวจสอบการยึดตรึง (strap) ของท่อและสายระบายต่างๆ ให้มั่นคง 3. เตรียมบุคลลากรในการนำส่ง คือ พยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน 4. ตรวจสอบและเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ Oxygen tank เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องวัด O_2 sat 5. ดูแลระหว่างการนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาด และการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง ทุก 15 นาที ประเมิน O_2 sat อย่างต่อเนื่อง ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน จัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา บีบ self-Inflating bag with O_2 10 lit/min ดูแลให้ Acetar 1,000 ml Ⓥ drip 2 เส้น ๆ ละ 80 ml/hr ตามแผนการรักษา ดูแลป้องกันท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุด หรือหัก พับงอ
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงและการเลื่อนหลุด อุดตันของท่อและสายระบายต่างๆ	**ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ทรุดลง GCS = 8T คะแนน ($E_3V_TM_5$) Pupil Ø 3 mm RTL sluggish BE แขน ขา 2 ข้าง ยกขยับได้แต่ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 BP = 127/82 mmHg, PR = 92 beat/min, RR= 16 beat/min (self-Inflating bag) ท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอกอยู่ตำแหน่งเดิม ไม่หัก พับงอ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมิน คัดกรองภาวะคุกคามชีวิต และได้รับการช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต ได้แก่ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ สูญเสียเลือดปริมาณมากจากบาดแผลที่ศีรษะและคาง อย่างรวดเร็ว ณ ที่เกิดเหตุ อีกทั้งขณะนำส่งโรงพยาบาลยังได้รับการประเมินเพิ่มเติม เพื่อค้นหาอวัยวะที่บาดเจ็บเพิ่มเติม จนพบว่าผู้ป่วยมีกระดูกใบหน้าได้รับบาดเจ็บ ทำให้มีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ อุดกั้นทางเดินหายใจ ส่วนในห้องฉุกเฉินผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองภาวะคุกคามชีวิตซ้ำ และส่งตรวจวินิจฉัยตามแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บที่ภายในเวลาที่กำหนดไว้ แต่ในการส่งตรวจ เพื่อวินิจฉัยในนอกหน่วยงาน มีการตรวจวินิจฉัยหลายชนิด เนื่องจากมีอวัยวะและหลายระบบที่แพทย์สงสัยว่าอาจเกิดการบาดเจ็บ จึงต้องใช้ระยะเวลา นานในขั้นตอนส่งตรวจวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่องในขณะผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย หลังการตรวจวินิจฉัยเสร็จ จึงพบว่า

ผู้ป่วยเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทในทางที่ทรุดลง ทั้งนี้เนื่องจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural Hemorrhage) ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดหลายเส้น ได้แก่ เส้นเลือดแดง และเส้นเลือดดำ middle meningeal เส้นเลือดดำ superior sagittal sinus และ diploic ทำให้มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งด้วยแรงดันในหลอดเลือดแดงและก้อนเลือดที่เกิดขึ้นจะสามารถเซาะเส้นเลือดออกจากกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกะโหลกศีรษะจึงเพิ่มจุดเลือดออกมากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น[10] ซึ่งในเวลาต่อมาผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดนำเอาก้อนเลือดออกอย่างทันท่วงที ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทดีขึ้นตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา อยู่สุข และคณะ. พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารการแพทย์ 2560; 42(6): 90 - 101.
2. NSW ITIM. Major trauma in NSW 2015. A report from the NSW trauma registry. [Internet]. 2016 [cited 2024 April 20]. Available from:https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/838598/ACI-ITIM-Annual-Report-2020-21.pdf
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2564. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1244420220310035829.pdf
4. National Association of Emergency Medical Technicians. Prehospital trauma life support. 8th ed. Jones & Bartlett learning 2014.
5. Hasler RM., Nuesch E., Juni P., Bouamra O., Exadaktylos AK., and Lecky F. Systolic blood pressure below 110 mmHg is associated with increased mortality in blunt major trauma patients: multicenter cohort study. Resuscitation 2011; 82: 1202 - 27.
6. ศจี พานวัน, ปิยธิดา บวรสุธาศิน. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลช่องทางด่วนผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2565; 36(1): 32 - 49
7. Harjanti ETP., Nindra B., Nindra A. Internal Bleeding Management in Patient with Blunt Abdominal Trauma at Rural Hospital: A Case Report of 40-Year-Old Male with Spleen Rupture. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences 2023; *11*(C): 92 - 95.
8. เสาวรส จันทมาศ, กัญจนา ปุกคำ, สุมาลี พลจรัส, และประณีต ส่งวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2565; 42(3): 25 - 39.
9. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564, 2565, 2566 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
10. กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกและบาดเจ็บกระดูกใบหน้าร่วมด้วย : กรณีศึกษา [อินเตอร์เน็ต]. 2564 สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก:https://yrh.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/12/km-09122021.pdf)

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: การก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Carbon Footprint Assessment of Product Case study: Construction of a guest house from bamboo, Pai District Mae Hong Son Province

(Received: August 20,2024 ; Revised: August 27,2024 ; Accepted: August 28,2024)

ภฤศมน แจ่มสว่าง[1], เสรีย์ ตู้ประกาย[2], ชลีพรณ์ ธรรมพรรัมย์[3], ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย[3], ชญานิษฐ์ วิทยาภิรมย์[4] มงคล รัชชะ[5]

Parismon Jamsawang[1], Seree Tuprakay[2], Chaleeporn Thammapornram[3], Chaiwat Pooworakulchai[3], Chayanit Witthayaphirom[4] Mongkol Ratcha[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา การก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยใช้หลักการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ เพื่อประโยชน์ต่อหน่วยงานที่สนใจสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินและลดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่าอาคารเกสต์เฮาส์นี้มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ทั้งหมด เท่ากับ 1,377.031 $kgCO_2e$ โดยอาคารมีพื้นที่ทั้งหมด 40 m^2 ดังนั้นเมื่อเทียบการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ต่อพื้นที่ 1 m^2 เท่ากับ 34.42 $kgCO_2e$ ได้ดำเนินการเปรียบเทียบอาคารที่ก่อสร้างแบบทั่วไปและอาคารบล็อกประสาน มีค่าเท่ากับ 13,152.02 42 $kgCO_2e$ และ 8,322.62 $kgCO_2e$ หรือเมื่อเทียบกับ 1 m^2 เท่ากับ 257.8842 $kgCO_2e$ และ 155.28 $kgCO_2e$ จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบต่อ 1 m^2 อาคารที่สร้างด้วยไม้ไผ่มีปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ต่ำที่สุด โดยน้อยกว่าอาคารแบบทั่วไปถึง 7.5 เท่า และบล็อกประสานประมาณ 4.5 เท่า

คำสำคัญ: คาร์บอนฟุตพริ้นท์, เกสต์เฮาส์, Cradle-to-Gate, Business-to-Business: B2B

ABSTRACT

This research aims to analyze the carbon footprint of a product, focusing on a case study of constructing a bamboo guesthouse in Pai District, Mae Hong Son Province. The principles of carbon footprint assessment for products were applied to provide useful guidelines for interested organizations to use the study's results as a model for effectively assessing and reducing their own carbon footprints. This quantitative analysis found that the total carbon footprint emitted by the guesthouse is 1,377.031 $kgCO_2e$, with the building covering an area of 40 m^2. Therefore, the carbon footprint per square meter is 34.42 $kgCO_2e$. The study also conducted a comparison with a conventionally constructed building and an interlocking block building, which have total carbon footprints of 13,152.02 $kgCO_2e$ and 8,322.62 $kgCO_2e$ respectively, or 257.8842 $kgCO_2e$ and 155.28 $kgCO_2e$ /m^2. It is evident that, when compared per square meter, the bamboo guesthouse has the lowest carbon footprint, being 7.5 times lower than a conventional building and approximately 4.5 times lower than an interlocking block building.

Keywords: Carbon Footprint, Guesthouse, Cradle-to-Gate, Business-to-Business (B2B)

[1] นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิศวกรรมการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[2] วศ.ด.รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[3] ปร.ด.คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[4] ปร.ด.คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[5] ปร.ด.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: Mongkol.r@ru.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ (Carbon Footprint: CFP) เป็นวิธีหนึ่งในการประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse gases : GHGs) ของผลิตภัณฑ์ โดยจะแสดงผลออกมาเป็นข้อมูลปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ ตั้งแต่การได้มาซึ่งวัตถุดิบ การขนส่ง การประกอบชิ้นส่วน การใช้งานตามหลักการประเมินผลกระทบที่มีต่อสิ่งแวดล้อมตลอดช่วงชีวิตของผลิตภัณฑ์ (Life cycle assessment: LCA)[15] ซึ่งจะคำนวณออกมาในหน่วยของกิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ($kgCO_2e$)

ภาวะโลกร้อน คือ อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกเพิ่มขึ้นจากภาวะเรือนกระจก ปรากฏการณ์ที่โลกมีอุณหภูมิสูงขึ้น ก่อให้เกิดสภาพอากาศของโลกที่เปลี่ยนแปลง และส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสิ่งมีชีวิต ซึ่งสภาวะเรือนกระจก (Greenhouse Effect) เกิดจากการที่ชั้นบรรยากาศมีก๊าซเรือนกระจกมากเกินไป และก๊าซเรือนกระจก ประกอบขึ้นเป็นชั้นบรรยากาศห่อหุ้มโลกเอาไว้ แต่ต้องเข้าใจก่อนว่าก๊าซเรือนกระจกไม่ใช่ตัวร้าย เพราะหน้าที่หลักของก๊าซเรือนกระจก คือการรักษาระดับอุณหภูมิของโลกให้คงที่ ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอากาศร้อนจัดหรือหนาวจัด จนสิ่งมีชีวิตไม่สามารถอาศัยอยู่ได้แต่ในทางกลับกัน หากบนชั้นบรรยากาศมีก๊าซเรือนกระจกมากเกินไปก็จะทำให้อุณหภูมิในโลกสูงขึ้น จนเกิดเป็นภาวะโลกร้อนนั่นเอง วิธีการลดโลกร้อนมีมากกว่าการลดใช้พลาสติก แยกขยะ ปลูกต้นไม้ หรือลดการใช้ยานพาหนะส่วนตัว ซึ่งแต่ละวิธีก็สัมพันธ์กับการใช้ชีวิต ประจำวันของเรา ๆ ทั้งหมด[1]

จากผลกระทบของภาวะโลกร้อน ส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกตื่นตัว และให้ความสำคัญกับการลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก อันเป็นต้นเหตุสำคัญของภาวะโลกร้อน จากแรงกดดันในรูปแบบนโยบายข้อตกลงร่วมกันระหว่างประเทศ รวมทั้งความตื่นตัวของประชาคมโลกได้มีการศึกษาวิจัย และสร้างเครื่องมือวัดปริมาณก๊าซเรือนกระจก โดยอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเป็นอีกอุตสาหกรรมหนึ่งที่ก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจก จากระบบการท่องเที่ยว จำเป็นต้องอาศัยพลังงาน ทั้งในการขนส่ง โรงแรม ที่พัก และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในแหล่งท่องเที่ยว ดังนั้นจึงนิยามคำว่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เป็นเครื่องมือที่จะช่วยสะท้อนข้อมูลประกอบกับการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมนับเป็นตัวที่บ่งชี้ถึงศักยภาพการบริหารจัดการการท่องเที่ยวที่ผ่านมา ว่าประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการ การท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนมากน้อยเพียงใด[2]

การศึกษาปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในการก่อสร้างเกสต์เฮาส์ด้วยไม้ไผ่ ผลิตภัณฑ์ในพื้นที่อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน อำเภอปายเป็นชนบทเล็ก ๆ ที่เงียบสงบ แวดล้อมไปด้วยธรรมชาติ และวิถีชีวิตที่ดูเรียบง่าย การที่เป็นเมืองเล็ก ๆ กลางหุบเขาที่โอบล้อมไปด้วยขุนเขาและสายน้ำปาย ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงแก่นักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างประเทศที่ชื่นชอบการท่องเที่ยวเชิงนิเวศและผจญภัยเพราะสภาพพื้นที่และอากาศเหมาะกับเป็นเมืองพักผ่อน กิจกรรมการท่องเที่ยวเป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ได้แก่ เดินป่า ล่องแพ ล่องเรือ ทัวร์มอเตอร์ไซค์ ทั้งนี้ยังคงอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่นไว้ และยังคงรักษาธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สวยงามด้วยเสน่ห์เฉพาะตัวของอำเภอปาย ที่ดึงดูดให้หลายคนกลับมาอีกครั้ง[3]

การก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่มีข้อดีหลายประการในแง่ของความยั่งยืนและการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ แต่ก็ยังมีปัจจัยที่ต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนเพื่อให้แน่ใจว่าการก่อสร้างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างแท้จริง[4]

- กระบวนการปลูกและเก็บเกี่ยว: ไม้ไผ่เป็นวัสดุที่เติบโตอย่างรวดเร็วและย่อยสลายได้ง่าย แต่กระบวนการปลูกอาจใช้ทรัพยากร เช่น น้ำ และสารเคมีบางชนิด ซึ่งอาจส่งผลต่อการปล่อยคาร์บอน นอกจากนี้การใช้เครื่องจักรในการเก็บเกี่ยวไม้ไผ่ก็อาจเพิ่มคาร์บอนฟุตพริ้นท์ได้[4]

- การขนส่งและแปรรูป: การขนส่งไม้ไผ่จากแหล่งปลูกไปยังพื้นที่ก่อสร้าง ถ้ามีระยะทางที่ยาวไกล อาจใช้พลังงานจากเชื้อเพลิง ซึ่งส่งผลให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากขึ้น อีกทั้งการแปรรูปไม้ไผ่เป็นวัสดุก่อสร้างอาจใช้พลังงานในการตัดแต่งและเคลือบผิวเพื่อเพิ่มความทนทาน[5]

- การใช้วัสดุเสริม: ในบางกรณีการก่อสร้างเกสต์เฮาส์ด้วยไม้ไผ่อาจต้องใช้วัสดุเสริม เช่น ปูนซีเมนต์หรือเหล็กเพื่อเสริมความแข็งแรง ซึ่งวัสดุเหล่านี้มักมีคาร์บอนฟุตพริ้นท์สูง หากต้องการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ อาจพิจารณาใช้วัสดุเสริมที่มีคาร์บอนฟุตพริ้นท์ต่ำหรือวัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น[6]

- ความทนทานและการบำรุงรักษา: ไม้ไผ่มีความทนทานสูงแต่ยังคงต้องการการบำรุงรักษา เช่น การเคลือบน้ำยากันแมลงและการป้องกันความชื้น ซึ่งอาจทำให้ต้องใช้ทรัพยากรและพลังงานเพิ่มเติมในการบำรุงรักษา เป็นปัจจัยที่สามารถเพิ่มคาร์บอนฟุตพริ้นท์ได้[7]

การทำความเข้าใจและจัดการกับปัญหานี้สามารถช่วยให้การใช้ไม้ไผ่ในการก่อสร้างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น โดยอาจต้องพิจารณาและพัฒนาเทคโนโลยี หรือวิธีการที่ช่วยลดการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในกระบวนการทั้งหมด[8]

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ โดยเลือกกรณีศึกษาการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ในพื้นที่อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้ผู้วิจัยและหน่วยงานที่สนใจสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับการใช้พลังงาน การผลิต และการคำนวณค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ไปใช้เป็นแนวทางในการควบคุมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและค้นหาเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงาน นอกจากนี้ ข้อมูลเหล่านี้ยังสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดให้กับกลุ่มอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการผลิตงานไม้ไผ่ เพื่อช่วยลดการปล่อยมลพิษสู่อากาศ

วัตถุประสงค์งานวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์และการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการก่อสร้างเกสต์เฮาส์ไม้ไผ่ โดยใช้หลักการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการประเมินและลดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: การก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสังเกตและจดบันทึกข้อมูลการก่อสร้างเป็นตัวเลข จากนั้นดำเนินการประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งใช้วิธีการอ้างอิงระเบียบวิธีการประมาณการและค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก

วิธีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ตามรูปแบบ Cradle-to-Gate (Business-to-Business: B2B) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นในการดำเนินโครงการก่อสร้าง ตั้งแต่ขั้นตอนการได้มาซึ่ง วัตถุดิบ การขนส่ง การผลิต การติดตั้ง ตลอดจนก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่แล้วเสร็จ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการก่อสร้างเกสต์เฮาส์ จำนวน 1 อาคาร พื้นที่ประมาณ 40 m^2 วิธีการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ เบื้องต้นจากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง คือ

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ได้จากการเก็บข้อมูลที่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมมาจากข้อมูลอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้งาน การใช้พลังงานระหว่างการก่อสร้าง และวัดสุไม้ไผ่ที่ใช้ในการก่อสร้าง โดยผู้วิจัยและผู้รับเหมาก่อสร้างเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งภายนอก (External Source) ได้แก่ รายงานการวิจัย หนังสือ บทความและวารสาร ที่ได้มีการจัดทำขึ้นโดยหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน[2] และค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของแต่ละกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยดำเนินการประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งใช้วิธีการอ้างอิง โดยระเบียบวิธีการประมาณการและค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์จาก IPCC Guidelines for National Greenhouse Gas Inventories (2006) โดยปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องมีการคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ดังนี้

$$CO_2 \text{ Emission} = \text{Activity data} \times \text{Emission factor}$$

หมายเหตุ. Activity data คือ ข้อมูลการใช้พลังงาน เช่นเชื้อเพลิง วัตถุดิบที่ใช้ในกิจกรรม Emission factor คือ ค่าแฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก

หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการก่อสร้างเกสต์เฮ้าส์ ทำให้ทราบถึงปริมาณรวมของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และก๊าซเรือนกระจก รวมถึงแหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจกในกระบวนการแปรรูป โดยแสดงผลการวิเคราะห์ในหน่วยตารางเมตรของการพักอาศัย ซึ่งสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปหาแนวทางปรับปรุงกระบวนการก่อสร้าง โดยอาจขยายผลไปถึงการคำนึงต่อการออกแบบและการเลือกใช้วัสดุก่อสร้างเพื่อลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการถัดไป

1) การวิจัยดำเนินการตามอนุกรมมาตรฐาน ISO 14040 ประกอบด้วย

1.1) การกำหนดเป้าหมายและขอบเขตของการศึกษา (Goal and Scope Definition)

1.2) การวิเคราะห์เพื่อทำบัญชีรายการ (Life Cycle Inventory: LCI)

1.3) การประเมินผลกระทบ (Life Cycle Impact Assessment: LCIA)

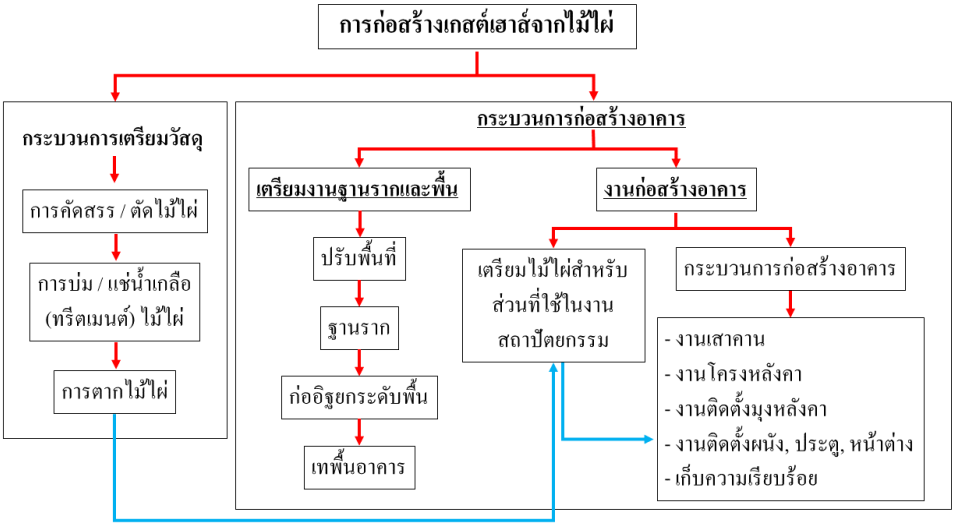
1.4) การแปรผล(Life Cycle Interpretation)

2) การจัดทำบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อม (Life Cycle Inventory: LCI) เป็นการวิเคราะห์และจัดทำบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อมที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและปริมาณของการใช้วัตถุดิบ พลังงาน และการปล่อยของเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดวัฏจักรชีวิตของการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ จำนวน 1 อาคาร ภายใต้หลักการดำเนินการ LCA และข้อมูลทั้งหมดที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลที่ได้เก็บจริงจากกระบวนการปฐมภูมิ (Primary data) และข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในกระบวนการทุติยภูมิ (Secondary data)

กระบวนการวางแผนในการเตรียมวัสดุ

การเตรียมไม้ไผ่ รวมถึงการรักษาเนื้อไม้สำหรับการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่นี้ เป็นหน้าที่ของทางผู้รับเหมาในการก่อสร้างทั้งหมด เนื่องจากผู้รับเหมาในการก่อสร้างครั้งนี้เป็นผู้ปลูกไผ่ ตั้งพื้นที่สำหรับรักษาเนื้อไม้ด้วยตนเอง เพื่อช่วยประหยัดค่าขนส่งจากแหล่งที่เพาะปลูก กับสถานที่รักษาเนื้อไม้ และผู้วิจัยได้มีโอกาสในการเรียนรู้ ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการดำเนินการ ซึ่งช่วยทำให้เข้าใจศักยภาพและข้อจำกัดมากขึ้น

ในแง่ของการวางแผนการก่อสร้างพบว่า การจัดหาไม้ไผ่ ต้องทำการรักษาเนื้อไม้ด้วย จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนล่วงหน้าอย่างน้อย 6 เดือน กระบวนการก่อสร้างหลังจากขั้นตอนการเตรียมไม้ไผ่เสร็จ ทางผู้รับเหมาวางแผนดำเนินงานก่อสร้างไว้ประมาณ 40 วัน โดยทางผู้รับเหมาประเมินจากบุคลากร และกระบวนการก่อสร้าง



ภาพประกอบที่ 1 แผนภาพขั้นตอนการทำงาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการดำเนินงานแล้วเสร็จทั้งหมด ทางผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ซึ่งแบ่งการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์เป็น 2 ช่วงเวลา

1) **ช่วงเวลาการเตรียมไม้ไผ่** ส่วนใหญ่คาร์บอนฟุตพริ้นท์เกิดจากขั้นตอนการตัดไม้ไผ่โดยใช้เครื่องมือในการตัด แต่ง เจาะรูไม้ไผ่ ในการได้มา ของวัสดุก่อสร้าง และขั้นตอนการแช่ไม้ การรักษาเนื้อไม้ด้วยการแช่น้ำเกลือ เพื่อป้องกันมอด โดยได้ข้อมูลมาดังตารางที่ 1

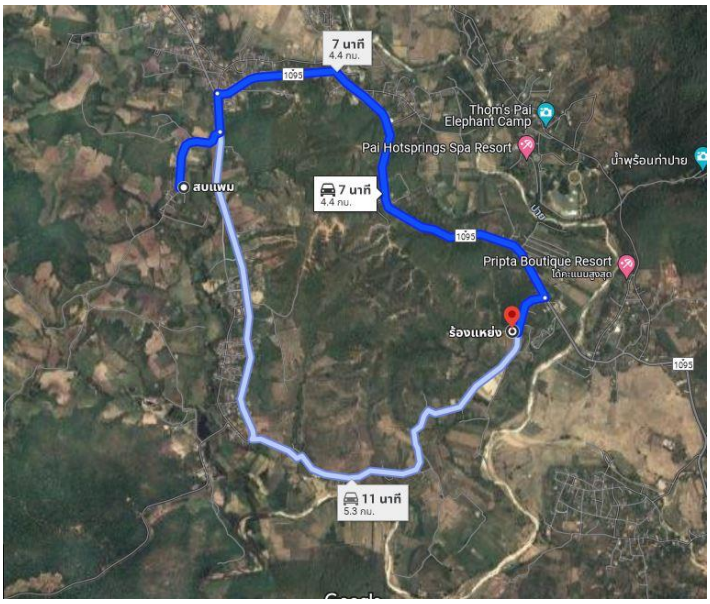
ตารางที่ 1 การใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและอุปกรณ์ที่ปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในส่วนของขั้นตอนการเตรียมไม้ไผ่

ลำดับ	รายการ	ระยะเวลา / หน่วยปริมาณ	
1	**ขั้นตอนการตัดไม้ไผ่**	3	วัน
	เลื่อยยนต์ ใช้เวลาดำเนินการวันละ 6 ชั่วโมง โดยใช้น้ำมันแก๊สโซฮอล์ 91 จำนวน 3 ลิตร/วัน	7.02	kg.
2	**ขั้นตอนการแช่น้ำ**	90	วัน
	สว่านไฟฟ้า MAKTEC รุ่น MT606 มอเตอร์ 500 W. โดยใช้เวลาดำเนินการเจาะ 3 วัน วันละ 6 ชั่วโมง	9.00	kWh
	น้ำในการแช่ไม้ไผ่ บ่อขนาดกว้าง 2 m. สูง 1m. และยาว 5 m.	10.00	m^3
	เกลือ	2.00	kg.
3	**ขั้นตอนการตาก โดยตากจนกว่ากลิ่นจะหายหรือแห้งสนิท**	7	วัน
	นำไม้ไผ่มาตากแดดให้แห้งสนิท	-	-
รวมระยะเวลาในการเตรียมไม้ไผ่		**100**	**วัน**

ในส่วนของการขนส่งไม้ไผ่เข้าหน้างาน โดยสถานที่จัดเตรียมไม้ไผ่ และสถานที่ก่อสร้างเกสต์เฮาส์ห่างกันประมาณ 4.4 kg. ตามระยะทางจาก Google Map ดังภาพที่ 1 ซึ่งการขนส่งไม้ไผ่ใช้รถขน 2 ชนิด คือ รถกระบะ และรถ 6 ล้อ โดยทางผู้วิจัยได้ทำการบันทึกจำนวนเที่ยวในการขนส่งไม้ไผ่ และจำนวนการใช้น้ำมัน โดยการบันทึกจากการเติมน้ำมันจริง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนรอบในการขนส่งและจำนวนน้ำมันที่ใช้

ลำดับ	ชนิดรถขนส่ง	ระยะทางไป - กลับ (กิโลเมตร / รอบ)	จำนวนรอบ	น้ำมันที่ใช้ (ลิตร)
1	รถกระบะ 4 ล้อ	8.8	3	3
2	รถ 6 ล้อ	8.8	1	2



ภาพประกอบที่ 2 ระยะทางจาก Google Map

และจากการเก็บข้อมูลการขนส่งข้างต้น ได้ปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 1.374 $kgCO_2e$ โดยปริมาณการปล่อยคาร์บอนของผู้วิจัยได้ปริมาณที่น้อยเนื่องจากสถานที่ในการจัดเตรียมไม้ไผ่และสถานที่ก่อสร้างไม่ห่างไกลกันมาก ดังตารางที่ 3

โดยสามารถสรุปปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในส่วนการเตรียมไม้ไผ่ได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการขนส่งไม้ไผ่

ลำดับ	ชนิดรถขนส่ง	ระยะทางไป - กลับ (กิโลเมตร / รอบ)	จำนวนรอบ	น้ำมันที่ใช้ (ลิตร)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	Emission Factor ($kgCO_2e$/ หน่วยปริมาณ)	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ($kgCO_2e$)
1	รถกระบะ 4 ล้อ	8.8	3	3	2.34	0.3522	0.824
2	รถ 6 ล้อ	8.8	1	2	1.56	0.3522	0.549
							1.374

ตารางที่ 4 ปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในส่วนการเตรียมไม้ไผ่

ลำดับ	รายการ	ระยะเวลา / หน่วยปริมาณ		Emission Factor ($kgCO_2e$/หน่วยปริมาณ)	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ($kgCO_2e$)
1	**ขั้นตอนการตัดไม้ไผ่**	3	วัน		
	เลื่อยยนต์ ใช้เวลาดำเนินการวันละ 6 ชั่วโมง โดยใช้น้ำมันแก๊สโซฮอล์ 91 จำนวน 3 ลิตร/วัน	7.02	kg.	0.402	2.825
2	**ขั้นตอนการแช่น้ำ**	90	วัน		
	สว่านไฟฟ้า MAKTEC รุ่น MT606 มอเตอร์ 500 W. โดยใช้เวลาดำเนินการเจาะ 3 วัน วันละ 6 ชั่วโมง	9.00	kWh	0.599	5.387
	น้ำในการแช่ไม้ไผ่ บ่อขนาดกว้าง 2 m. สูง 1 m. และยาว 5 m.	10.00	m^3	0.541	5.410
	เกลือ	2.00	kg.	0.056	0.112
3	**ขั้นตอนการตาก โดยตากจนกว่ากลิ่นจะหาย หรือแห้งสนิท**	7	วัน		
	นำไม้ไผ่มาตากแดดให้แห้งสนิท	-	-	-	-
รวมระยะเวลาในการเตรียมไม้ไผ่		**100**	**วัน**	**รวม**	**13.734**

2) ช่วงเวลาก่อสร้างเกสต์เฮาส์ การวางแผนการดำเนินงานก่อสร้างจริงของทั้ง 7 หมวดงาน จะใช้เวลาก่อสร้าง 40 วัน ซึ่งหลังจากดำเนินงานก่อสร้างจริงแล้วนั้น ใช้เวลาก่อสร้างไปทั้งหมด 44 วันนับจากการเข้าทำงานจริง

ซึ่งในแต่ละวันดำเนินการจะมีบุคลากรบันทึกข้อมูลในการใช้เครื่องมือทั้งหมด เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ในส่วนของงานหมวดที่ 1 งานเตรียมพื้นที่เป็นการรวมวัสดุการทำงานที่นอกเหนือจากไม้ไผ่ ดังตารางที่ 5 ซึ่งทางผู้วิจัยเลือกใช้ในส่วนของคอนกรีต เพื่อความแข็งแรงคงทน เพื่อความคุ้มค่าในการก่อสร้าง

ในส่วนของหมวดงานที่ 2 ถึง 7 สามารถแบ่งเครื่องมือในการดำเนินงานของแต่ละหมวดงานและระยะเวลาการใช้งานได้ดังตารางที่ 6

โดยสามารถสรุปปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในส่วนการเตรียมพื้นและฐานราก ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 5 วัสดุในหมวดงานเตรียมพื้นและฐานราก

วัสดุนำเข้า	หน่วย	ปริมาณ
การเตรียมพื้นและฐานราก		
ปูนซีเมนต์	kg.	1,770.96
เหล็กเสริมคอนกรีต	kg.	39.48
ทราย	kg.	5,200.48
การเตรียมพื้นและฐานราก		
หิน	kg.	7,175.47
อิฐมอญแดง	kg.	191.39
น้ำ	m^3	1.77

ตารางที่ 6 การใช้เครื่องมือของแต่ละหมวดงาน

ลำดับ	รายการ	จำนวน ระยะเวลา		จำนวนการใช้ไฟฟ้า (watt)
1	**งานเตรียมทำผนัง**	20	วัน	
	สว่านไฟฟ้า MAKTEC รุ่น MT606 มอเตอร์ 500 W.	8	ชั่วโมง	4,000.00
	เลื่อยวงเดือน BOSCH รุ่น GKS190 มอเตอร์ 1,400 W.	14	ชั่วโมง	19,600.00
	เครื่องเจียร์ 4 นิ้ว MAKITA M9504B 570 W.	12	ชั่วโมง	6,840.00
	ปั๊มลม BERALA กำลัง 550 W.	13	ชั่วโมง	7,150.00
	เครื่องขัดกระดาษทราย 4 นิ้ว กำลัง 150 W.	13	ชั่วโมง	1,950.00
2	**งานเสา และคาน**	4	วัน	
	สว่านไฟฟ้า MAKTEC รุ่น MT606 มอเตอร์ 500 W.	9.5	ชั่วโมง	4,750.00
	เลื่อยวงเดือน BOSCH รุ่น GKS190 มอเตอร์ 1,400 W.	19	ชั่วโมง	26,600.00
	เครื่องเจียร์ 4 นิ้ว MAKITA M9504B 570 W.	7	ชั่วโมง	3,990.00
3	**งานโครงหลังคา**	3	วัน	
	สว่านไฟฟ้า MAKTEC รุ่น MT606 มอเตอร์ 500 W.	11	ชั่วโมง	5,500.00
	เลื่อยวงเดือน BOSCH รุ่น GKS190 มอเตอร์ 1,400 W.	24.5	ชั่วโมง	34,300.00
4	**งานติดตั้งมุงหลังคา**	10	วัน	
	ปั๊มลม BERALA กำลัง 550 W.	40	ชั่วโมง	22,000.00
	เครื่องเจียร์ 4 นิ้ว MAKITA M9504B 570 W.	10	ชั่วโมง	5,700.00
5	**งานติดตั้งผนังประตูหน้าต่าง**	10	วัน	
	สว่านไฟฟ้า MAKTEC รุ่น MT606 มอเตอร์ 500 W.	11	ชั่วโมง	5,500.00
	ปั๊มลม BERALA กำลัง 550 W.	40	ชั่วโมง	22,000.00
	เครื่องเจียร์ 4 นิ้ว MAKITA M9504B 570 W.	4	ชั่วโมง	2,280.00
	เก็บความเรียบร้อยและอื่น ๆ	5	วัน	
	สว่านไฟฟ้า MAKTEC รุ่น MT606 มอเตอร์ 500 W.	8	ชั่วโมง	4,000.00
	ปั๊มลม BERALA กำลัง 550 W.	11	ชั่วโมง	6,050.00
	ปืนลม ขนาด F30	0	ชั่วโมง	-
	เครื่องเจียร์ 4 นิ้ว MAKITA M9504B 570 W.	7	ชั่วโมง	3,990.00
	เครื่องเป่าลม HITACHI RB40SA กำลังไฟฟ้า 550 W.	5	ชั่วโมง	2,750.00

ตารางที่ 7 ปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในส่วนการเตรียมพื้นและฐานราก

วัสดุนำเข้า	หน่วย	ปริมาณ	Emission Factor ($kgCO_2e$/หน่วยปริมาณ)	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ($kgCO_2e$)
การเตรียมพื้นและฐานราก				
ปูนซีเมนต์	kg.	1,770.96	0.612	1,083.828
เหล็กเสริมคอนกรีต	kg.	39.48	1.760	69.485
ทราย	kg.	5,200.48	0.004	19.242
หิน	kg.	7,175.47	0.004	27.267
อิฐมอญแดง	kg.	191.39	0.241	46.203
น้ำ	m^3	1.77	0.541	0.958
รวม				**1,246.981**

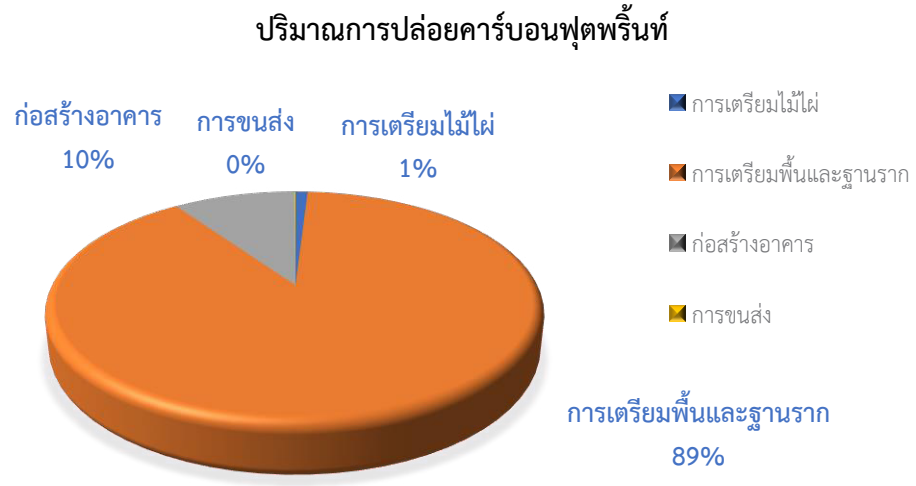
ซึ่งสรุปจากการเก็บข้อมูลทั้งหมด เกสต์เฮาส์จะมีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในแต่ละส่วนได้ดังนี้

1) การเตรียมไม้ไผ่
2) การเตรียมพื้นและฐานราก
3) การขนส่ง
3) ก่อสร้างอาคารเกสต์เฮาส์

ตารางที่ 8 ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ทั้งหมดของการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่

วัฏจักรชีวิต		รายชื่อ	หน่วย	ปริมาณ	Emission Factor ($kgCO_2e$/ หน่วยปริมาณ)	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ($kgCO_2e$)
กระบวนการเตรียมไม้ไผ่	การคัดสรร/การตัดไม้ไผ่	น้ำมันแก๊สโซฮอล์ 91	kg.	7.02	0.402	2.825
	การบ่ม	ไฟฟ้า	kWh	9.00	0.599	5.387
		น้ำ	m^3	10.00	0.541	5.410
		เกลือ	kg.	2.00	0.056	0.112
	การขนส่ง	น้ำมัน	kg.	3.90	0.3522	1.374
	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในส่วนของกระบวนการเตรียมไม้ไผ่					15.108
กระบวนการก่อสร้างอาคาร	เตรียมงานฐานรากและพื้น	ปูนซีเมนต์	kg.	1,770.96	0.612	1,083.828
		เหล็กเสริมคอนกรีต	kg.	39.48	1.760	69.485
		ทราย	kg.	5,200.48	0.004	19.242
		หิน	kg.	7,175.47	0.004	27.267
		อิฐมอญแดง	kg.	191.39	0.241	46.203
		น้ำ	m^3	1.77	0.541	0.958
กระบวนการก่อสร้างอาคาร	งานก่อสร้างอาคาร	ไฟฟ้า	kWh	188.95	0.599	113.105
		ตะปูสามขา	kg.	5.28	0.348	1.837
	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในส่วนของกระบวนการก่อสร้างอาคาร					1,361.925
ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ทั้งหมดของการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่						1,377.031

หมายเหตุ. ค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกตามชนิดข้อมูลกิจกรรม ($kgCO_2e$/หน่วย) ตามสัดส่วนการใช้วัตถุดิบ



ภาพที่ 3 ปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: การก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ ผลิตภัณฑ์ในพื้นที่อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ เก็บรวบรวมจาก ข้อมูลอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้งาน การใช้พลังงานระหว่างการก่อสร้าง และวัดสุไม้ไผ่ที่ใช้ในการก่อสร้าง โดยผู้วิจัยและผู้รับเหมาก่อสร้างเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึก ตลอดจนข้อมูลการใช้ไฟฟ้าตลอดกระบวนการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ ตามแนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์

โดยองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) และนำไปตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องแล้วนำไปวิเคราะห์ประมวลผลแปลผล และสรุปผล ตามลำดับ พบว่าอาคารเกสต์เฮาส์นี้ มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ทั้งหมดเท่ากับ 1,377.031 $kgCO_2e$ โดยอาคารมีพื้นที่ทั้งหมด 40 m^2 ดังนั้นเมื่อเทียบการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ต่อพื้นที่ เท่ากับ 34.42 $kgCO_2e$ ได้ดำเนินการเปรียบเทียบอาคารที่ก่อสร้างแบบทั่วไปและอาคารบล็อกประสาน มีค่าเท่ากับ 13,152.02 $kgCO_2e$ และ 8,322.62 $kgCO_2e$ หรือเมื่อเทียบกับ 1 m^2 เท่ากับ 257.88 $kgCO_2e$ และ 155.28 $kgCO_2e$ จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบต่อ 1 m^2 อาคารที่สร้างด้วยไม้ไผ่มีปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ต่ำที่สุด โดยน้อยกว่าอาคารบล็อกประสานประมาณ 4.5 เท่าและอาคารแบบทั่วไปถึง 7.5 เท่า[2] ทั้งนี้ปริมาณก๊าซเรือนกระจกจากการก่อสร้างบล็อกประสานมีค่าน้อยกว่าอาคารแบบทั่วไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากอาคารบล็อกประสานเป็นระบบผนังรับน้ำหนัก ไม่มีโครงสร้างเสาและคาน และไม่มีการฉาบผนังทั้งภายในและภายนอก เมื่อพิจารณาตามรายวัสดุพบว่าปูนซีเมนต์และผลิตภัณฑ์ซีเมนต์ เป็นวัสดุก่อสร้างที่ก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจกในปริมาณที่สูง รองลงมาเป็นกลุ่มของเหล็กเสริมคอนกรีตและเหล็กโครงสร้าง เนื่องจากในปัจจุบันเป็นวัสดุที่มีการใช้ในการก่อสร้างในปริมาณมาก รวมถึงมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากเป็นอันดับต้น ๆ จึงสามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่า ไม้ไผ่ที่เลือกมาใช้ในการก่อสร้างอาคาร เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมากกว่าอาคารบล็อกประสานและอาคารแบบทั่วไปได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่ากระบวนการที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดในการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่เป็นกระบวนการช่วงการเตรียมพื้นและฐานราก เนื่องจากหมวดงานก่อสร้างนี้มีวัสดุที่มีการปล่อยคาร์บอนฟุต พริ้นท์โดยตรง ทั้งกระบวนการผลิต การได้มาของวัสดุ และการทำลายธรรมชาติในส่วนอื่น ๆ ทำให้ค่าของ Emission Factor ของวัสดุ แต่ละชนิดมีค่าการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบต่อหน่วยในส่วนอื่น ๆ และมีการใช้ปริมาณค่อนข้างมาก เพราะมีผลต่อความคงทน ความแข็งแรงของตัวอาคาร จึงทำให้ค่าการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในช่วงเวลานี้มีจำนวนสูงกว่าช่วงเวลาอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งต่อไปแนะนำให้คำนึงถึงแนวทางการเลือกใช้วัสดุและวิธีการก่อสร้างเกสต์เฮาส์จากไม้ไผ่ จากการแสดงจุดยืนการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและร่วมลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้ได้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติศักดิ์ จินดาวงศ์ และคณะ. (2556). ความผันแปรของสมบัติของลำไผ่สามชนิดซึ่งปลูกในพื้นที่มูลนิธิโครงการหลวง (รายงานผลการวิจัย). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. ชลิตา สุวรรณ และธณัฏฐ์ยศ สมใจ. (2563). การวิเคราะห์ปริมาณก๊าซเรือนกระจกจากการก่อสร้างบ้านพักอาศัย : เปรียบเทียบระหว่างบ้านแบบทั่วไปกับบล็อกประสาน. วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 30(4), 570-575.
3. “ปาย” พัฒนาการการท่องเที่ยวจากเมืองผ่านสู่แหล่งท่องเที่ยวใหม่. จาก http://webpac.library.mju.ac.th:8080/mm/fulltext/thesis/2556/Parnprae_Chaoprayoon/chapter4.pdf
4. “Bamboo: A Sustainable Alternative for Modern Construction", International Journal of Environmental Studies (2014).
5. "Environmental Impact of Bamboo Transportation and Processing", Environmental Research Letters (2018).
6. "Carbon Footprint Reduction in Bamboo Construction Through Alternative Materials", Journal of Cleaner Production (2016).
7. "Sustainability Assessment of Bamboo Maintenance and Preservation Techniques", Journal of Sustainable Forestry (2020).
8. P. Zhang. (2018). "Carbon Mitigation Strategies in Bamboo-based Architecture", Journal of Cleaner Production.

รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศ พรมแดนประเทศไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

Model of Surveillance, Prevention, and Disease Control in the Cross-Border Railway System between Thailand and the Lao PDR

(Received: August 20,2024 ; Revised: August 22,2024 ; Accepted: August 23,2024)

วรวัตต์ ชาญวิรัตน์[1] พรชรัฐ สายยุทธ[1] พรชนก เพ็ญศรี[1]
Worawat Chanwirat[1] Porncharat Saiyut[1] Pornchanog Pensri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดนไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ดำเนินการศึกษาในพื้นช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนสถานีรถไฟหนองคาย จังหวัดหนองคายระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2566 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่องทาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดหนองคาย และผู้เดินทางเข้าประเทศ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนผู้เดินทางโดยระบบขนส่งทางรางที่ผ่านช่องทางพรมแดนสถานีรถไฟหนองคาย ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2566 จำนวน 315 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง แบบประเมินความเหมาะสม และแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯ ที่เหมาะสม ประกอบด้วยประเด็นความร่วมมือในการดำเนินงาน ประเด็นการเฝ้าระวังโรค การป้องกันโรค และการควบคุมโรค รวมถึงประเด็นการประเมินผล 2) การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯ พบว่าในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความเหมาะสมด้านความเหมาะสมต่อการดำเนินงาน ด้านความยั่งยืน ด้านการใช้งานได้จริง ด้านการยอมรับจากผู้ใช้งาน และด้านความยืดหยุ่นในการใช้งาน ทุกด้านอยู่ในระดับสูง 3) การประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความพึงพอใจด้านกระบวนการ และขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากรผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านความพึงพอใจคุณภาพการบริการภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: ระบบขนส่งทางราง, โรคติดต่อระหว่างประเทศ, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This research and development aims to develop and monitor the Model of Surveillance, Prevention, and Disease Control in the Cross-Border Railway System between Thailand and the Lao PDR. The study was conducted at the Nong Khai Railway Station border checkpoint in Nong Khai Province from January to September 2023. The research population included border checkpoint working groups, personnel operating at the checkpoints, relevant agencies in Nong Khai Province, and travelers entering the country. The sample group consists of 315 people who traveled by railway through the border at Nong Khai Railway Station between July and September 2023, selected by simple random sampling.

The study's findings 1) The appropriate model for disease surveillance, prevention, and control consisted of key aspects including operational cooperation, disease surveillance, disease prevention, and disease control, along with evaluation mechanisms. 2) The evaluation of the model's suitability for disease surveillance, prevention, and control revealed that the overall average suitability score was high. When considering specific aspects, the model was rated highly in terms of operational appropriateness, sustainability, practicality, user acceptance, and flexibility, with all aspects scoring at a high level 3) The assessment of satisfaction with the services provided under the disease

[1] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

surveillance, prevention, and control model showed that overall satisfaction was at a high level. When examining specific aspects, satisfaction was high regarding the processes and procedures of service delivery, the service personnel, the facilities provided, and the overall quality of service, with all aspects rated highly.
Keywords: Railway system, International communicable diseases, Model development

บทนำ

ประเทศไทยมีพื้นที่ชายแดนที่ยาวและซับซ้อน โดยมีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านถึง 4 ประเทศ คือ เมียนมา ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย รวมทั้งหมด 31 จังหวัด ซึ่งในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีพื้นที่ติดกับชายแดนสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองคาย จังหวัดบึงกาฬ และจังหวัดนครพนม ซึ่งจังหวัดหนองคาย และจังหวัดนครพนม ได้ถูกจัดให้เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นศูนย์กลางด้านการค้า การเดินทาง และการท่องเที่ยวที่สำคัญแห่งหนึ่งของโลก จากข้อได้เปรียบทางภูมิศาสตร์ของประเทศที่ตั้งอยู่บริเวณศูนย์กลางของอาเซียน ทำให้มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงส่งเสริมการท่องเที่ยวของกลุ่มภูมิภาคอาเซียน ทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี โดยปัจจุบันได้มีการพัฒนาความร่วมมือด้านการการคมนาคมระหว่างประเทศ โดยเน้นการเสริมความครอบคลุมการคมนาคม หรือการขนส่งทางรางโดยใช้รถไฟ ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาความร่วมมือกับรัฐบาลจีนในการสร้างรถไฟความเร็วสูงเชื่อมโยงระหว่างประเทศไทย ลาว และจีน ซึ่งจังหวัดหนองคายเป็นเส้นทางแรกใน 5 เส้นทางของรัฐบาลซึ่งมีแนวคิดจะร่วมลงทุนของการพัฒนารถไฟความเร็วสูงที่เชื่อมระหว่างกรุงเทพฯ กับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อพัฒนาให้กรุงเทพฯ กลายเป็นศูนย์กลางการคมนาคมทางบกของอาเซียน โดยเส้นทางจากกรุงเทพ จะเชื่อมกับเวียงจันทน์ที่หนองคาย รวมทั้งจะเชื่อมกับรถไฟความเร็วสูงจาก สปป. ลาว ไปยังมณฑลยูนนานของสาธารณรัฐประชาชนจีน[1] จากข้อมูลทางกายภาพของพื้นที่ชายแดนของประเทศไทยดังกล่าว ปฏิเสธไม่ได้ว่าความเสี่ยงด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน โดยเฉพาะโรคติดต่อต่าง ๆ เป็นความเสี่ยงหนึ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้สูงมาก เนื่องจากความสะดวกในการคมนาคม ขนส่ง ทำให้ประชาชนสามารถเดินทางเข้าออกประเทศในพื้นที่ชายแดนได้อย่างสะดวก จากข้อมูลข้างต้นระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศในภูมิภาคนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะที่เป็นช่องทางหลักในการเคลื่อนย้ายผู้โดยสารและสินค้า ซึ่งก็เป็นความเสี่ยงหนึ่งของการเกิดการแพร่ระบาดของโรคระหว่างประเทศในกรณีการขาดมาตรการป้องกัน และการเฝ้าระวังที่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคติดต่อระหว่างประเทศได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่เกิดการระบาดใหญ่ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการรับมือกับความท้าทายดังกล่าว[2]

โรคติดต่อระหว่างประเทศ ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ การเดินทาง และการค้าระหว่างประเทศโดยที่ผ่านมามีสถานการณ์โรคติดต่อระหว่างประเทศที่ส่งผลกระทบในวงกว้างหลายเหตุการณ์ อาทิ การเกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง การระบาดของโรคไข้หวัดนก การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา รวมถึงล่าสุดการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นต้น องค์การ อนามัยโลก (World Health Organization: 2006) ได้กำหนดเกณฑ์สำหรับการป้องกัน และควบคุม การแพร่กระจายของโรค และภัยคุกคามทางสุขภาพระหว่างประเทศ โดยอยู่ในลักษณะของข้อบังคับที่ได้รับมติเห็นชอบจากที่ประชุมใหญ่ของสมัชชาอนามัยโลก กฎหมายที่สำคัญฉบับหนึ่งคือกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) ซึ่งในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้บังคับใช้กฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับที่ 2 พ.ศ. 2548 โดยกฎอนามัย ฯ ฉบับที่ 2 นี้มีผลบังคับ ใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2550 เป็นต้นมา[3] ในการดำเนินงานป้องกัน

ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศของไทยได้มีการจัดตั้งด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในการเฝ้าระวัง คัดกรองป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายระหว่างประเทศ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560 – 2564 มีการกำหนดแผนงานเพื่อการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศ และจังหวัดชายแดนให้มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ และภัยสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิบัติงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2560–2564[4] โดยมีเนื้อหาสาระที่สำคัญเน้นให้ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศมีการดำเนินงานที่มีความพร้อมในด้านสถานที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และระบบงาน ตลอดจนมีความพร้อมในด้านบุคลากรทั้งจำนวน และความสามารถในการปฏิบัติงาน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ โดยมีขอบเขตในการพัฒนาสมรรถนะทั้งในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉินให้ครอบคลุมโรคระบาด และภัยสุขภาพที่สำคัญ[5]

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ในบทบาทหน้าที่หน่วยงานวิชาการระดับเขต ที่มีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และมีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศในสังกัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนสถานีรถไฟหนองคาย ซึ่งเป็นประตูสู่ประเทศไทยด้วยระบบการขนส่งทางรางจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคให้เกิดขึ้น และสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้นำภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันนำข้อมูล นโยบาย แนวทางการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติงาน มาจัดทำวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดนประเทศไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปขยายผลกับพื้นที่ชายแดนที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และบริบทของการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดนไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
2. ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดนไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
3. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดนไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
4. เพื่อติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดนไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development: R&D)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ช่องทางพรมแดนสถานีรถไฟหนองคาย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่องทาง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดหนองคาย รวมถึงประชาชนผู้เดินทางโดยระบบขนส่งทางรางที่ผ่านช่องทางพรมแดนสถานีรถไฟหนองคายระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนผู้เดินทางโดยระบบขนส่งทางรางที่ผ่านช่องทางพรมแดนสถานีรถไฟหนองคาย ระหว่างเดือน

กรกฎาคม - กันยายน 2566 จำนวน 315 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ได้แก่ แบบสอบถามเชิงโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม ในประเด็น การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ในปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค และรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค โดยประยุกต์จากพีระพงษ์ นิรมิตมหาปัญญา และรัชสมัย หมั่นเพียรเลิศ[6] โดยหัวข้อการประเมินประกอบด้วย 1) ความเหมาะสมต่อการดำเนินงาน 2) ความยั่งยืน 3) การใช้งานได้จริง 4) การยอมรับจากผู้ใช้งาน และ 5) ความยืดหยุ่นในการใช้งาน มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง และไม่เหมาะสม จำนวนรวมทั้งหมด 15 ข้อกำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล อ้างอิงตาม Bloom[7] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 สามารถนำไปใช้ได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค โดยประยุกต์จากกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[8] เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการรับบริการรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ และขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่ บุคลากรผู้ให้บริการ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และ 4) ด้านความพึงพอใจคุณภาพการบริการภาพรวม ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และไม่พึงพอใจ จำนวนรวมทั้งหมด 15 ข้อกำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล อ้างอิงตาม Bloom[7] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87 สามารถนำไปใช้ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนแนวทางการวิจัย และพัฒนา (Research and Development: R&D)
รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Research I (R1)

ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2566 โดยการนำข้อมูลนำเข้าที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎระเบียบการดำเนินงาน นโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคฯ รวมถึงวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค จุดด้อยจากการดำเนินงาน เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาและประเด็นโอกาสในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ โดยในขั้นตอนนี้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ รวมถึงการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 Development I (D1)

ดำเนินการในเดือนมีนาคม - เมษายน 2566 โดยพัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคฯ ที่เหมาะสม โดยการจัดประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และอภิปราย ทำการวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงเนื้อหา เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือร่างรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่มีความครอบคลุมภารกิจ และเหมาะสมกับบริบทของช่องทางพรมแดนสถานีรถไฟหนองคาย

ขั้นตอนที่ 3 Research II (R2)

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม 2566 โดยการนำรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค มาทดลองใช้ในช่องทางพรมแดนสถานีรถไฟหนองคาย และเก็บข้อมูลการดำเนินงานเพื่อนำไปปรับปรุง รวมถึงดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และความพึงพอใจของผู้เดินทางผ่านช่องทางพรมแดนสถานีรถไฟหนองคายเพื่อรับบริการ

ขั้นตอนที่ 4 Development II (D2)

ดำเนินการในเดือนกันยายน 2566 โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 3 มาทำการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสม รวมถึงดำเนินการวางแผนนำรูปแบบมาเป็นแนวทางหลักในการดำเนินงานในช่องทาง และขยายไปสู่ช่องทางอื่น ๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงที่มีลักษณะการดำเนินงานใกล้เคียงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ใช้ในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และกาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และความพึงพอใจของผู้เดินทาง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯ จากการวิเคราะห์ รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคฯ ที่มีการดำเนินการผ่านมาในช่วงก่อนพัฒนารูปแบบ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการออกแบบพัฒนารูปแบบฯ พบว่าระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน 2566 มีผู้เดินทางเข้าประเทศด้วยระบบขนส่งทางรางผ่านพรมแดนสถานีรถไฟหนองคายจำนวน 1760 คน เป็นเพศชาย 839 คน เพศหญิง 921 คน สัญชาติไทย 503 คน สัญชาติลาว 853 คน และสัญชาติอื่น ๆ 404 คน ไม่พบผู้มีอาการเข้าได้กับโรคติดต่ออันตราบ และโรคต้องห้ามเข้าประเทศตามพระราชบัญญัติตรวจคนเข้าเมือง การดำเนินงานมีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนสถานีรถไฟ เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการหลัก ซึ่งมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 3 คน โดยใช้แนวทางการดำเนินงานตามสมรรถนะตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations 2005: IHR 2005) ในฐานะที่เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพของงานเฝ้าระวัง ตรวจจับ และตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และภายในประเทศ โดยมีการดำเนินงาน 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะหลักในการประสานงานและติดต่อสื่อสาร สมรรถนะหลักในสภาวะปกติ และ สมรรถนะหลักในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่าง เมื่อดำเนินการวิเคราะห์การดำเนินงานพบว่าในแต่ละประเด็นมีโอกาสในการพัฒนาเพิ่มเติม รายละเอียดดังนี้

1.1) สมรรถนะหลักในการประสานงานและติดต่อสื่อสาร จากผลการประเมินพบว่ามีแนวโน้มลดลงในปี 2566 โดยส่วนที่ต้องพัฒนาคือ การติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของช่องทางเข้าออกประเทศ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ทั้งในระดับพื้นที่ และการประสานงานเพื่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในช่องทางในประเด็นแผนการดำเนินงานและการสนับสนุนกำลังคน

1.2) สมรรถนะหลักในสภาวะปกติ จากผลการประเมินพบว่ามีแนวโน้มลดลงในปี 2566 โดยส่วนที่ต้องพัฒนาคือ การให้บริการด้านการแพทย์ซึ่งประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกในการตรวจวินิจฉัยที่มีความพร้อม มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติ พร้อมทั้งวัสดุ ครุภัณฑ์ และสถานที่ปฏิบัติงานที่เพียงพอ รวมถึงความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย การอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่ช่องทางในด้าน ต่าง ๆ และการจัดสภาพแวดล้อมภายในช่องทางให้

ปลอดภัยสำหรับผู้เดินทาง เช่น ห้องสุขาสาธารณะ ร้านขายอาหาร เป็นต้น รวมถึงการจัดให้มีมาตรการควบคุมพาหะนำโรค และแหล่งรังโรค

1.3) ด้านสมรรถนะหลักในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ จากผลการประเมินพบว่า มีแนวโน้มที่ลดลงในปี 2566 โดยส่วนที่ต้องพัฒนาคือ เรื่องการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และมีจุดติดต่อประสานงานของหน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้เดินทางที่ได้รับผลกระทบ หรือช่วยเหลืออื่น ๆ เท่าที่จำเป็น มีพื้นที่สำหรับแยกผู้เดินทางที่มีอาการเพื่อคัดกรองเบื้องต้น มีมาตรการเพื่อกำจัด แมลง หนู ที่เป็นพาหะนำโรค พร้อมทั้งฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสงสัย

2. รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคฯ จากการประชุมร่วมกับคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคฯ ที่เหมาะสมพบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น

ประเด็นการดำเนินงาน	แนวทางการดำเนินงาน
ความร่วมมือในการดำเนินงาน	1. ใช้กลไกคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ โดยมีนายสถานีรถไฟหนองคาย เป็นประธานคณะทำงาน 2. ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศเป็นผู้มีบทบาทหลักในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และเป็นเลขานุการคณะทำงาน 3. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในช่องทาง เช่น ตรวจคนเข้าเมือง ศุลกากร ด่านกักกันพืช ด่านกักกันสัตว์ และหน่วยงานอื่น ๆ ให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ร่วมกัน 4. จัดทำทะเบียนเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงาน ช่องทางการติดต่อ ให้เป็นปัจจุบัน และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวก 5. เพิ่มความถี่ในการจัดกิจกรรมพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในคณะทำงาน เช่น กิจกรรมสภากาแฟ เป็นต้น
การเฝ้าระวังโรค	1. พัฒนาแนวทางมาตรฐานการคัดกรองผู้เดินทางระหว่างประเทศ พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทุกหน่วยงานรับทราบ และถือปฏิบัติ 2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการคัดกรองโรคในผู้เดินทางเข้าประเทศ 3. จัดทำรายงานสถานการณ์ และวิเคราะห์ความเสี่ยง รวมถึงมีช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลให้บุคลากร และเครือข่ายทราบได้อย่างสะดวก
การป้องกันโรค	1. จัดการด้านอาคาร สถานที่ ให้มีความเหมาะสม 2. พัฒนาแนวทางมาตรฐานการป้องกันโรค เช่น การตรวจสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การตรวจสุขาภิบาลยานพาหนะ 3. จัดการสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพให้กับผู้เดินทาง และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่องทาง 4. ให้บริการ และสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการป้องกันโรค ให้กับผู้เดินทาง และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่องทาง 5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่องทาง ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรค เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ทักษะการทำลายเชื้อ เป็นต้น
การควบคุมโรค	1. วิเคราะห์ความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นพื้นที่ 2. พัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยง และการฝึกซ้อมแผน

ตารางที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น

ประเด็นการดำเนินงาน	แนวทางการดำเนินงาน
	3. พัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การแยกกักผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย
การประเมินผล	1. การประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยคณะทำงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในช่องทาง 2. การสำรวจความพึงพอใจของผู้เดินทาง 3. การประเมินสมรรถนะการดำเนินงานด่านควบคุมโรค ตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ

3. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯ พบว่าในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมเท่ากับ 1.56 (SD.=0.191) อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมด้านความเหมาะสมต่อการดำเนินงาน เท่ากับ 1.46 (SD.=0.309) อยู่ในระดับสูง ด้านความยั่งยืน เท่ากับ 1.64 (SD.=0.247) อยู่ในระดับสูง ด้านการใช้งานได้จริง เท่ากับ 1.36 (SD.=0.302) อยู่ในระดับสูง ด้านการยอมรับจากผู้ใช้งาน เท่ากับ 1.67 (SD.=0.232) และด้านความยืดหยุ่นในการใช้งาน เท่ากับ 1.70 (SD.=0.354) อยู่ในระดับสูง

4. การประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พบว่าในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 3.64 (SD.=0.275) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านกระบวนการ และขั้นตอนการให้บริการ เท่ากับ 3.61 (SD.=0.377) อยู่ในระดับมาก ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากรผู้ให้บริการ เท่ากับ 3.59 (SD.=0.380) อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เท่ากับ 3.56 (SD.=0.364) อยู่ในระดับมาก และด้านความพึงพอใจคุณภาพการบริการภาพรวมเท่ากับ 3.87 (SD.=0.303) อยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศพรมแดนไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวในครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขชายแดน พ.ศ.2565 – 2570 ที่กำหนดประเด็นการดำเนินงานด้านการรักษาความมั่นคง และผลประโยชน์ของพื้นที่ชายแดน รวมถึงการบริหารจัดการความเสี่ยงโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยมีแนวทางการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาระบบการตรวจโรคระบาด และระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดน รวมถึงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขชายแดน การพัฒนากลไกระบบบริหารจัดการของสาธารณสุขชายแดนและระบบฐานข้อมูล การพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภายใน และภายนอกประเทศ[9] ซึ่งในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานครั้งนี้เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดหนองคาย และคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนสถานีรถไฟหนองคายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และแผนเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงประสาน สนับสนุน และติดตามผลการดำเนินงานตามแผนเตรียมความพร้อม และจัดทำแผนการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ[10] จากการพัฒนารูปแบบฯดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรา ชื่นวัฒนา และคณะ[11] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสาธารณสุขชายแดนประเทศไทย บริเวณเขตเศรษฐกิจพิเศษตาก เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน โดยการพัฒนารูปแบบเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดตาก และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวณีย์ เปลี่ยนพานิช และคณะ[12] ที่

ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ตามแนวชายแดนประเทศไทย เมียนมา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จังหวัดเชียงราย ปี 2560 – 2561 โดยผู้ร่วมพัฒนาแผนประกอบด้วย คณะผู้บริหาร บุคลากร และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขชายแดน องค์ประกอบของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯ ประกอบด้วยประเด็นความร่วมมือในการดำเนินงาน ประเด็นการเฝ้าระวังโรค การป้องกันโรค และการควบคุมโรค รวมถึงประเด็นการประเมินผล ซึ่งกิจกรรมในแต่ละประเด็นเชื่อมโยงการดำเนินงานในด้านการประสานงานและติดต่อสื่อสาร การจัดระบบบริการผู้เดินทาง รวมถึงระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานที่กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations 2005: IHR 2005) ได้กำหนดไว้ ในฐานะที่เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพของงานเฝ้าระวัง ตรวจจับ และตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และภายในประเทศ[13] จากองค์ประกอบของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯที่พัฒนาขึ้น ในประเด็นการเฝ้าระวังโรค การป้องกันโรค และการควบคุมโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสันติ ฝักทอง[14] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี โดยผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยประเด็นก้านกฎหมาย นโยบาย และงบประมาณ ประเด็นการประสานงาน ประเด็นการป้องกันโรคติดต่อ ประเด็นการเฝ้าระวังและรายงาน ประเด็นการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการ ประเด็นด้านกำลังคนในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และประเด็นการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของสวรรยา จันทูตานนท์ และชูพงศ์ แสงสว่าง[15] ที่ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS Co-V) ในกลุ่มผู้แสวงบุญพิธีฮัจย์พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ประเทศไทย โดยผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในกลุ่มผู้แสวงบุญฮัจย์ พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง เป็น “MERS-PCH” ประกอบด้วยการเฝ้าระวังโรคใน 3 จุดที่สำคัญ คือ POE Surveillance (การเฝ้าระวังในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ) Community Surveillance (การเฝ้าระวังในชุมชน) และ Hospital Surveillance (การเฝ้าระวังในโรงพยาบาล) โดยการเฝ้าระวังในช่องทางเข้าออกประเทศมีการดำเนินงานที่สำคัญประกอบด้วย การคัดกรองผู้เดินทางโดยมีโปรแกรม และฐานข้อมูล การสอบสวนโรค การเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระบบการส่งต่อเพื่อการรักษา

ความเหมาะสมของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากรูปแบบมีความครอบคลุมตามภารกิจการดำเนินงาน มีการนำเทคโนโลยี เช่น ระบบการคัดกรองอัตโนมัติ ระบบฐานข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานสถานการณ์ มาใช้ซึ่งมีส่วนช่วยในการเพิ่มความแม่นยำ และความรวดเร็วในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรค รวมถึงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่องทาง และคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศซึ่งเป็นบุคคลที่ทราบบริบทของการดำเนินงานในพื้นที่เป็นอย่างดี จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีคามเหมาะสม ซึ่งจากความเหมาะสมดังกล่าวส่งผลต่อความพร้อมในการให้บริการประชาชนผู้เดินทาง ทำให้ประชาชนผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยจากการสำรวจความพึงพอใจต่อการรับบริการรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พบว่าในภาพรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น เผยแพร่ และนำไปประยุกต์ใช้ในช่องทางเข้าออกประเทศอื่น ๆ ที่มีลักษณะบริบทการดำเนินงาน และผู้เดินทางที่ใกล้เคียงกัน รวมถึงมีการวัดประสิทธิผลของรูปแบบและผลลัพธ์ที่ได้

2. ควรพิจารณาปรับปรุงแผน และกิจกรรมการดำเนินงาน รวมถึงทำเนียบเครือข่ายต่าง ๆ ที่อยู่ในรูปแบบฯ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน และเหมาะสมกับสถานการณ์โรค และภัยสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3. ประสานการดำเนินงาน และเผยแพร่รูปแบบการดำเนินการที่พัฒนาขึ้น ไปยังเครือข่ายประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจ และสร้างความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงานระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการขนส่งทางราง. (2565). รายงานประจำปี 2565. กรมการขนส่งทางราง กระทรวงคมนาคม.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (2005) ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. กรมควบคุมโรค. (2561). กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (2005). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการสาธารณสุขชายแดน พ.ศ.2565 – 2570. กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2551). แผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่าง ประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) ใน ช่วงปีพ.ศ. 2551 – 2555. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
6. พีระพงษ์ นิรมิตมหาปัญญา และรัชสมัย หมั่นเพียรเลิศ. (2565). การประเมินผลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนสู่การปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 4(1), 29-40.
7. Bloom,Benjamin S.,et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
8. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2565). เอกสารเผยแพร่แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการหน่วยงานส่วนกลาง. กระทรวงสาธารณสุข.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). เอกสารประกอบการนำเสนอ แผนปฏิบัติการสาธารณสุขชายแดน พ.ศ.2565 – 2570.
10. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558. (2558, 8 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 132 (ตอนที่ 68ก).
11. วรรณรา ชื่นวัฒนา และคณะ. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสาธารณสุขชายแดนประเทศไทย บริเวณเขตเศรษฐกิจพิเศษตาก เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 10(1), 237 – 245.
12. เสาวณีย์ เปลี่ยนพานิช และคณะ. (2562). ผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ตามแนวชายแดนประเทศไทย เมียนมา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จังหวัดเชียงราย ปี 2560 – 2561. วารสารควบคุมโรค. 45(1), 85 – 96.
13. กรมควบคุมโรค. (2561). คู่มือการประเมินตนเอง การพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดนทางบก. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
14. สันติ ฝักทอง. (2567). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย. 3(4), 47 – 64.
15. สวรรยา จันทูตานนท์ และชูพงศ์ แสงสว่าง. (2566). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS Co-V) ในกลุ่มผู้แสวงบุญพิธีฮัจย์พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ประเทศไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 10(3), 1 – 14.

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Clinical characteristics and mortality-related factors of severe burn patients in Burn unit, King Narai Hospital.

(Received: August 22,2024 ; Revised: August 27,2024 ; Accepted: August 28,2024)

วรวรรธน์ แก้ววิเชียร[1]
Worawat Kaewwichian[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของผู้ป่วยไฟไหม้รุนแรงที่รักษาในหน่วยไฟไหม้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยเน้นที่แนวโน้มทางระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิก และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต โดยศึกษาในผู้ป่วยไฟไหม้ทั้งหมด 315 คน รวบรวมโดยใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบความแม่นยำของฟิชเชอร์ การทดสอบที และการถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุตัวแปร

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน (26.7%) ที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้รุนแรง มีผู้ป่วย 13 คน (15.5%) ที่เสียชีวิต การถูกไฟไหม้จากเปลวไฟเป็นสาเหตุหลักของการไหม้ (76.9%) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี โดยร้อยละของพื้นที่ผิวกายเฉลี่ย 48.7% มีการสูดสำลักควันร่วมด้วย 23.1% ของกรณีที่เสียชีวิต ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้รุนแรงเฉลี่ย 25.5 ± 26.9 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 109,274 ± 35.1 บาท ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี การมีโรคประจำตัว ร้อยละของพื้นที่ผิวกายเฉลี่ยมากกว่า 40% และการสูดสำลักควัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรง, อัตราการเสียชีวิต

Abstract

This study was survey research aimed to characterize severe burn patients treated at Burn Unit, King Narai Hospital between October 1st, 2018 and September 30th, 2022, focusing on epidemiological trends, clinical characteristics, and factors influencing mortality. A total of 315 burn patients were included in the study, with data collected using a standardized data recording form. Descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, t-test, and multivariate logistic regression were employed to analyze the data.

Results: Among the cohort, 84 patients (26.7%) suffered severe burn injuries, and 13 patients (15.5%) succumbed to their injuries. Flame burns were the leading cause of burns (76.9%). Deceased patients were predominantly aged between 61-80 years, with an average burn surface area of 48.7%. Smoke inhalation was noted in 23.1% of fatal cases. The mean hospital stay for severe burn patients was 25.5 ± 26.9 days, with average treatment costs amounting to 109,274 ± 35.1 THB. Factors significantly associated with mortality included age over 60 years, presence of pre-existing medical conditions, burn surface area greater than 40%, and smoke inhalation.

Key word: Severe burn injuries**,** Mortality

บทนำ

แผลไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุที่พบบ่อย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการถูกเปลวไฟลวก ถูกของเหลวร้อนลวกกระแสไฟฟ้าแรงสูงและสารเคมี ซึ่งสามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย ผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวกเป็นปัญหา

[1] หน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ในสหรัฐอเมริกามีการรายงานการเกิดแผลไหม้เกือบ 2000 รายต่อปี[1] นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 15 ของอินเดียในกลุ่มโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ[2] สำหรับประเทศไทยจากข้อมูล สำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2532-2562 มีรายงานเหตุเพลิงไหม้และแก๊สระเบิดเกิดขึ้นมากกว่า 58,000 ครั้ง ตกเฉลี่ยปีละ 2,000 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจากแผลไหม้ 4,532 คน และเสียชีวิต 1,740 คน วิธีการรักษาต้องร่วมมือกันจากหลายหน่วยงาน (multi-disciplinary) ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น นักฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency physician) แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน (general practitioner) ศัลยแพทย์ตกแต่ง (Plastic Surgeon) กุมารแพทย์ (Pediatrician) พยาบาล Burn Unit และ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ อายุรแพทย์โรคหัวใจ ปอด โรคไต โรคติดเชื้อ ต่อมไร้ท่อ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนบำบัด เจ้าหน้าที่พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แม้อุบัติการณ์อาจเทียบไม่ได้กับอุบัติเหตุจากการจราจรซึ่งมีการรณรงค์ป้องกันแต่ผู้ป่วยมักต้องรักษาเรื้อรัง ระยะเวลานาน ค่าใช้จ่ายต่อคนสูง ไม่มีคำว่าหายขาดเหมือนกับการบาดเจ็บชนิดอื่นๆ และบางรายก็ต้องผ่าตัดตกแต่งแก้ไขไปจนตลอดชีวิต[3]

สาเหตุการเกิดเหตุไฟไหม้น้ำร้อนลวกในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันซึ่งเราสามารถใช้เป็นตัวสะท้อนปัญหาการพัฒนาของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความปลอดภัยในชีวิต ความเป็นอยู่ของประชากรของประเทศนั้นๆ ได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาระบาดวิทยา ลักษณะผู้ป่วยบาดแผลไหม้ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงเพื่อเป็นข้อมูลสำคัญการนำไปใช้วิเคราะห์ หาสาเหตุ แนวทางการป้องกัน และปรับปรุงแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 318 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ทุกอายุเพศชาย และเพศหญิง

2. เข้ารับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระนารายณ์

4. การลงบันทึกในเวชระเบียน ครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก

การลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 315 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบาดแผลไหม้ ประกอบด้วย ลักษณะการได้รับบาดเจ็บ ประเภทของแผลไหม้ ระดับความรุนแรง ร้อยละของพื้นที่ผิวกาย (Total Body surface area : %TBSA burn) การมี Inhalation

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย สัญญาณชีพ (SBP, DBP, Pulse rate, RR, O_2 sat) ปริมาณการให้สารน้ำ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (WBC, Hemoglobin, Platelet, BUN, Creatinine, CPK)

ส่วนที่ 4 ผลการรักษา ประกอบด้วย สถานะการจำหน่าย จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาล

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.87 และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-cofficient) ของครอนบาคเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจงนับทดสอบโดย Chi-square, Fisher exact test ข้อมูลต่อเนื่องเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มใช้สถิติ t-test และสหสัมพันธ์ถดถอย Logistic regression มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ในการวิเคราะห์ค่าความเสี่ยง

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยบาดแผลไหม้จำแนกเป็นรายปี

ปี พ.ศ.	จำนวน	ร้อยละ
ปี 2561	68	21.6
ปี 2562	63	20.0
ปี 2563	64	20.3
ปี 2564	61	19.4
ปี 2565	59	18.7
รวม	315	100.0

จากตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สูงสุด คือ ปี 2561 จำนวน 68 คน (ร้อยละ 21.6) รองลงมา ปี 2563 จำนวน 64 คน (ร้อยละ 20.3)

จำนวนผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 315 คน เป็นเพศชายจำนวน 212 คน (ร้อยละ 67.3) เพศหญิงจำนวน 103 คน (ร้อยละ 32.7) โดยมีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง (2.05:1) อายุเฉลี่ย 34.9 ปี อายุต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 93 ปี อุบัติเหตุจากเปลวไฟมากที่สุดจำนวน 132 คน (ร้อยละ 41.9) รองลงมาอุบัติเหตุจากน้ำร้อนลวก จำนวน 107 คน (ร้อยละ 33.9) อุบัติเหตุจากกระแสไฟฟ้าจำนวน 74 คน (ร้อยละ 23.5) อุบัติเหตุจากสารเคมีน้อยสุดจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.6) พื้นที่ผิวที่ถูกไหม้เฉลี่ยร้อยละ 39.8 พบจำนวนการเสียชีวิต 13 คน (ร้อยละ 15.5)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยบาดแผลไหม้จำแนกตามชนิดบาดแผลไหม้ต่าง ๆ (N=315)

	Flame	Scald	Electrical	Chemical
จำนวน (คน)	132 (41.9)	107 (34.0)	74 (23.5)	2 (0.6)
เพศชาย:หญิง	2.14 : 1	1.89 : 1	2.21 : 1	1 : 1
ชาย	90 (68.1)	70 (65.4)	51 (68.9)	1 (50.0)
หญิง	42 (31.9)	37 (34.6)	23 (31.1)	1 (50.0)
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean±SD)	32.4±9.3	21.9±10.2	34.7±8.6	50.5±20.5
%TBSA burn	31.18±12.3	20.3±13.8	29.6±12.5	23.5±6.4
ตำแหน่ง (จำนวน /%)				
Head and neck	23 (17.4)	13 (12.1)	4 (5.4)	1 (50.0)
Trunk	22 (16.7)	28 (26.2)	19 (25.7)	2 (100.0)
Arm	18 (13.7)	17 (15.9)	21 (28.4)	1 (50.0)
Leg	14 (10.6)	15 (14.0)	9 (12.2)	-
Wrist and hand	21 (15.9)	8 (7.5)	30 (40.5)	2 (100.0)
Hip and lower limb	18 (13.7)	6 (5.6)	4 (5.4)	-
Ankle and foot	12 (9.1)	10 (9.3)	18 (24.3)	-
Buttock and genital	5 (3.8)	11 (10.3)	1 (1.4)	-
ระดับความรุนแรง				
Minor	24 (18.2)	14 (13.0)	12 (16.2)	-
Moderate	72 (54.5)	70 (65.4)	38 (51.4)	1 (50.0)
Severe	36 (27.3)	23 (21.6)	24 (32.4)	1 (50.0)
จำนวนวันนอนเฉลี่ย (LOS)	37.81±9.7	32.14±10.3	47.12±9.3	
< 10 วัน	4 (3.0)	6 (5.7)	2 (2.7)	-
10-15 วัน	9 (6.8)	4 (3.7)	8 (10.8)	-
16-30 วัน	46 (34.9)	32 (29.9)	18 (24.3)	1 (50.0)
31-45 วัน	62 (46.9)	59 (55.1)	17 (22.9)	1 (50.0)
46-60 วัน	8 (6.1)	4 (3.7)	23 (31.1)	-
> 60 วัน	3 (2.3)	2 (1.9)	6 (8.2)	-
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน	138,774	115,432	129,348	89,540
Death	10 (7.6)	-	3 (4.1)	-

จากตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยบาดแผลไหม้จำแนกตามชนิดบาดแผลไหม้ต่าง ๆ พบว่าสาเหตุที่เกิดจากเปลวไฟ เป็นชนิดของการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดจำนวน 132 คน (ร้อยละ 41.9) อายุเฉลี่ย 32.4 ปีพื้นที่ผิวกายที่ถูกไหม้เฉลี่ยร้อยละ 31.2 ตำแหน่ง Head and neck มากสุดจำนวน 23 คน (ร้อยละ 17.4) รองลงมาตำแหน่ง Trunk จำนวน 22 คน (ร้อยละ 16.7) ตำแหน่ง Buttock and genital น้อยสุดจำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.8) เป็นบาดแผลไหม้ระดับรุนแรง (Severe burn) จำนวน 36 คน (ร้อยละ 27.3) วันนอนเฉลี่ย 37.81 วัน ส่วนใหญ่ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 31-45 วัน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 10 คน (ร้อยละ 7.6)

ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่มาจากสาเหตุน้ำร้อนลวกพบจำนวน 107 คน (ร้อยละ 33.9) อายุเฉลี่ย 21.9 ปีพื้นที่ผิวที่ถูกไหม้เฉลี่ยร้อยละ 20.3 ตำแหน่ง Trunk มากสุดจำนวน 28 คน (ร้อยละ 26.2) รองลงมาตำแหน่ง Arm จำนวน 17 คน (ร้อยละ 15.9) ตำแหน่ง Hip and lower limb น้อยสุดจำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.6) เป็นบาดแผลไหม้ระดับรุนแรง (Severe burn) จำนวน 23 คน (ร้อยละ 21.6) วันนอนเฉลี่ย 32.1 วัน ส่วนใหญ่

ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 31-45 วัน ไม่พบผู้เสียชีวิต

ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เกิดจากอุบัติเหตุกระแสไฟฟ้าพบจำนวน 74 คน (ร้อยละ 23.5) อายุเฉลี่ย 34.7 ปี พื้นที่ผิวที่ถูกไหม้เฉลี่ยร้อยละ 29.6 ตำแหน่ง Wrist and hand มากสุดจำนวน 30 คน (ร้อยละ 40.5) รองลงมาตำแหน่ง Arm จำนวน 21 คน (ร้อยละ 28.4) ตำแหน่ง Buttock and genital น้อยสุดจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.4) เป็นบาดแผลไหม้ระดับรุนแรง (Severe burn) จำนวน 24 คน (ร้อยละ 32.4) วันนอนเฉลี่ย 47.1 วัน ส่วนใหญ่ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 46-60 วัน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.1)

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุของความร้อนหรือเปลวไฟที่ทำให้เกิด Flame burn (n=132)

สาเหตุ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
น้ำมันเบนซิน	-ราดน้ำมันเบนซินและเผาตัวเอง -เผาหญ้าแล้วราดน้ำมันเบนซิน -เผาขยะแล้วราดน้ำมันเบนซิน -รถชนและไฟไหม้รถยนต์ -ถังน้ำมันเบนซินระเบิด	58	43.9
แก๊สหุงต้ม น้ำมันตะเกียง	-ถังแก๊สระเบิดใส่ -จุดตะเกียงแล้วโดนมุ้ง -จุดยากันยุง -ล้มโดนตะเกียงและไฟติดตัว	38	28.8
ไฟไหม้บ้าน	-ไม่ระบุสาเหตุ -อุปกรณ์ไฟฟ้าช็อต	12	9.1
เตาถ่าน	-ผิงเตาไฟติดตัว -ล้มโดนเตาถ่าน	24	18.2

จากตารางที่ 3 สาเหตุของความร้อนหรือเปลวไฟที่ทำให้เกิด Flame burn มาจากน้ำมันเบนซินมากที่สุดจำนวน 58 คน (ร้อยละ 43.9) รองลงมาเกิดจากแก๊สหุงต้ม น้ำมันตะเกียง โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีทั้งทำร้ายตัวเอง อุบัติเหตุ และความประมาท

ตารางที่ 4 แสดงสาเหตุของอุบัติเหตุกระแสไฟฟ้า Electrical burn (n=74)

สาเหตุ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
สัมผัสกับสายไฟฟ้าแรงสูงโดยตรง	-ประตูบ้านหล่นทับสายไฟ -ปีนซ่อมเสาไฟฟ้าแรงสูง -เหล็กหรืออะลูมิเนียมถูกกับสายไฟ -มุงหลังคาสังกะสีถูกสายไฟ -ซ่อมหลังคาพาดบันไดโดนสายไฟ -ไม้ยิงนกเกี่ยวสายไฟ	38	51.4
ไฟบ้าน	-ซ่อมเครื่องไฟฟ้า -ไฟรั่ว -ถูกสายไฟห้อยอยู่ดูด -ไม้กวาดพาดไปถูกสายไฟขาด -ติดเสาอากาศวิทยุ	36	48.6

จากตารางที่ 4 สาเหตุของอุบัติเหตุกระแสไฟฟ้า Electrical burn เกิดจากถูกกับสายไฟฟ้าแรงสูงโดยตรงมากสุดจำนวน 38 คน (ร้อยละ 51.4) และไฟบ้านจำนวน 36 คน (ร้อยละ 48.6) โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดจากการทำงานเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้รอดชีวิตและเสียชีวิตผู้ป่วยบาดแผลไหม้ (n=84)

ข้อมูลทั่วไป	รอดชีวิต (n=71)	เสียชีวิต (n=13)	p-value
เพศ			
ชาย	45 (63.4)	9 (69.2)	0.054
หญิง	26 (36.6)	4 (30.8)	
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean±SD)	31.23±9.12	62.85±16.80	0.000*
20-40 ปี	19 (26.8)	0 (0)	0.000*
41-60 ปี	46 (64.8)	1 (7.7)	
61-80 ปี	6 (8.5)	10 (76.9)	
> 80 ปี	0 (0)	2 (15.4)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	6 (8.5)	1 (7.7)	0.705
ความดันโลหิตสูง	9 (12.6)	3 (23.1)	0.140
หัวใจ	0 (0)	1 (7.7)	0.115
จิตเวช	6 (8.5)	1 (7.7)	0.705
สาเหตุบาดแผลไหม้			
Flame	30 (42.3)	10 (76.9)	0.000*
Scald	19 (26.8)	-	
Electrical	21 (29.6)	3 (23.1)	
Chemical	1 (1.3)	-	
%TBSA burn	25.36	48.69	0.005*
การมี Inhalation	11 (15.5)	6 (23.1)	0.031*
ตำแหน่ง (จำนวน /%)			
Head and neck	43 (60.6)	6 (46.1)	0.384
Trunk	30 (42.3)	10 (76.9)	0.050*
Arm	24 (33.8)	2 (15.4)	0.160
Leg	22 (30.9)	4 (30.7)	0.254
Wrist and hand	18 (25.4)	2 (15.4)	0.242
Hip and lower limb	34 (47.8)	9 (69.2)	0.107
Ankle and foot	14 (19.7)	5 (38.4)	0.079
Buttock and genital	19 (26.8)	5 (38.4)	0.158
ข้อมูลทางคลินิก			
systolic blood pressure (mmHg)	128.39 ± 23.49	118.40 ± 24.69	0.328
diastolic blood pressure (mmHg)	78.91 ± 13.74	64.32 ± 16.37	0.094
pulse rate (beats/min)	94.34 ± 16.24	109.84 ± 16.18	0.052
respiratory rate (breaths/min)	19.89 ± 0.81	22.33 ± 1.99	0.057
oxygen saturation (%)	97.78 ± 0.92	95.49 ±1.38	0.417

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้รอดชีวิตและเสียชีวิตผู้ป่วยบาดแผลไหม้ (n=84)

ข้อมูลทั่วไป	รอดชีวิต (n=71)	เสียชีวิต (n=13)	p-value
white blood cell (x10^9 cell per liter)	9.34 ± 0.29	16.88 ± 0.76	0.009
hemoglobin (g/dL)	9.21 ± 2.42	9.06 ± 6.64	0.072
serum BUN (mg/dL)	20.99 ± 14.00	23.97 ± 22.65	0.094
serum creatinine (mg/dL)	1.56 ± 0.9	1.68 ± 2.84	0.325
serum CPK	6,380± 9.87	7,140± 11.32	0.062
Total fluid resuscitation (ml/24 ชั่วโมง)	2329.19 ± 141.83	2944.19 ± 105.59	0.048*
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	12.99±9.49	25.54±26.98	0.122
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน	150,423.71±80.23	109,274±35.14	0.001*

จากตารางที่ 5 จากจำนวนผู้ป่วย severe burn 84 คน พบผู้เสียชีวิตจำนวน 13 คน (ร้อยละ 15.5) ซึ่งผู้รอดชีวิตและผู้เสียชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ด้าน อายุ, สาเหตุบาดแผลไหม้ (flame burn), %TBSA burn, การมี Inhalation, ตำแหน่งแผลไหม้ (Trunk), Total fluid resuscitation, และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลของผู้เสียชีวิต และสาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดแผลไหม้

ลำดับที่	สาเหตุ	อายุ	เพศ	%TBSA	จำนวนวัน	สาเหตุการเสียชีวิต
1	Electrical	63	ช	90	1	Shock, Respiratory failure
2	Flame	26	ช	64	22	Inhalation, Respiratory failure
3	Flame	85	ญ	34	46	Sepsis
4	Flame	80	ช	26	14	Inhalation, Respiratory failure
5	Flame	93	ญ	18	11	Respiratory failure, ไตวาย
6	Flame	57	ช	32	6	ไตวาย
7	Flame	60	ช	60	82	RDS, ไตวาย
8	Flame	60	ช	92	80	Respiratory failure, Sepsis
9	Electrical	52	ช	48	16	Pneumonia
10	Electrical	55	ช	54	12	Pneumonia
11	Flame	68	ญ	23	8	Sepsis
12	Flame	64	ญ	64	10	Sepsis
13	Flame	54	ช	28	24	Inhalation, Respiratory failure

จากตารางที่ 6 ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุเปลวไฟจำนวน 10 คน (ร้อยละ 76.9) มีอายุมาก พื้นที่บาดแผลไหม้มากกว่าร้อยละ 40 สาเหตุการเสียชีวิตช่วงแรกจากการสูญเสียน้ำ และตามด้วยภาวะไตวายเฉียบพลัน เช่นรายที่ 1, 6 คน ที่อยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ มักมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เช่นรายที่ 3, 8 ส่วนผู้ที่มีภาวะ Inhalation พื้นที่บาดแผลไหม้ไม่มากแต่ก็เสียชีวิตด้วยภาวะ Respiratory failure เช่นรายที่ 2, 4, 13

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรง

Factors	รอดชีวิต (n=71)	เสียชีวิต (n=13)	Relative Risk (95% CI)	*p*-value
เพศ				
หญิง	26 (36.6)	4 (30.8)	0.832 (0.749-1.087)	0.554
ชาย	45 (63.4)	9 (69.2)		
อายุ				
< 60 ปี	67 (94.4)	7 (53.8)	0.072 (0.016-0.308)	0.001*
> 60 ปี	4 (5.6)	6 (46.2)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	50 (70.4)	7 (53.8)		
มี	21 (29.6)	6 (46.2)	2.041 (0.612-6.801)	0.245
%TBSA burn				
> 20%	40 (62.0)	1 (7.7)	19.56 (2.405-158.979)	0.005*
< 20%	27 (38.0)	12 (92.3)		
การมี Inhalation				
ไม่ใช่	60 (84.5)	7 (53.8)	4.67 (1.318-16.579)	0.017*
ใช่	11 (15.5)	6 (76.9)		
สาเหตุ Flame burn				
ไม่ใช่	41	3	4.55 (1.154-17.990)	0.030*
ใช่	30 (42.3)	10 (76.9)		
สาเหตุ Electrical				
ไม่ใช่	51	10 (76.9)	0.714 (0.178-2.860)	0.714
ใช่	21 (29.6)	3 (23.1)		

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ที่มีอายุ > 60 ปี, %TBSA burn> 20%, การมี Inhalation และ สาเหตุ Flame burn มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 315 คน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงจำนวน 84 คน (ร้อยละ 26.7) มีผู้เสียชีวิตจำนวน 13 คน (15.5) เกิดจากอุบัติเหตุเปลวไฟมากที่สุดจำนวน 10 คน (76.9) อยู่ในช่วงอายุ 61-80 ปี พื้นที่ผิวที่ถูกไหม้เฉลี่ยของผู้เสียชีวิตร้อยละ 48.7 มีสูดสำลักควันร้อยละ 23.1 และจากการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรง พบว่าผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัว พื้นที่ผิวที่ถูกไหม้มากกว่าร้อยละ 40 และการสูดสำลักควัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 33 ปี พื้นที่ผิวที่ถูกไหม้มากกว่าร้อยละ 43.5 เนื่องจากการศึกษานี้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีการทำงานของร่างกายในการตอบสนองต่อการบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากบาดแผลไหม้ ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้พลังงานในการต่อสู้กับกลุ่มอาการการตอบสนองด้วยการอักเสบทั้งระบบ (systemic inflammatory response syndrome, SIRS) ในช่วงแรกของการบาดเจ็บหรือการติดเชื้อทั้งแบบเฉพาะที่หรือภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) การมีการทำงานของปอดที่

น้อยกว่าในวัยที่มีอายุน้อยในกรณีที่มีภาวะ inhalation injury ร่วมด้วย จากหลายสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราตายที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งอัตราการตายในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีถึง 7% ของกลุ่มผู้ป่วย severe burn ทั้งหมดในการศึกษา และคิดเป็น 46.2% ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Lumenta DB และคณะในปี 2008[8] ที่พบว่ามีอัตราการตายถึง 16% ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากบาดแผลไหม้ และแตกต่างจากการศึกษาของ Ying-Zi Huang และคณะ ในปี 2020[14] ที่พบว่ามีอัตราการตายที่ 90 วัน สูงถึง 62.5% ในผู้ป่วย severe burn

สำหรับพื้นที่ผิวกายที่มีบาดแผลไหม้ (%TBSA burn) ก็มีผลเป็นอย่างมากต่ออัตราตายของผู้ป่วย พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) ในระหว่างกลุ่มที่มี %TBSA burn มากกว่า 20% และกลุ่มที่มี %TBSA burn น้อยกว่า 20% โดยยิ่งมี %TBSA burn มากยิ่งพบอัตราตายมาก ซึ่งมีอัตราตาย 44.4% และ 2.50% ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มตามลำดับ และในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 13 คนนั้น มีจำนวนผู้ป่วยที่มี %TBSA burn มากกว่า 20% จำนวนถึง 12 คน คิดเป็น 92.3% ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ที่มีอายุ > 60 ปี, %TBSA burn> 20%, การมี Inhalation และ สาเหตุ Flame burn มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kayhan Gurbuz and Mete Demir[7] ที่พบว่า %TBSA burn, the inhalation injury, and deep burns มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรง และแตกต่างจากการศึกษาของ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่พบว่า TBSA >55.0%, blood creatinine >1.2 mg/dL and face involvement มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1.Berger MM. Nutrition determines outcome after severe burns. Ann Transl Med 2019;7:216.

2.Bayuo J, Agbenorku P, Amankwa R, Agbenorku M. Epidemiology and outcomes of burn injury among older adults in a Ghanaian tertiary hospital. Buns 2018; 2: 98–103.

3.David N, Rajeev B Ahuja, J F Aili Low, Brett D. Arnoldo, Amina EL Ayadi, et al. Total burn care. 5th ed. New York: Elsevier; 2018.

4.Dokter J, Vloemans AF, Beerthuizen GIJM, van der Vlies CH, Boxma H, Breederveld R, et al. Epidemiology and trends in severe burns in the Netherlands. Burns 2014; 40: 1406–14.

5.Gigengack RK, van Baar ME, Cleffken BI, Dokter J, van der Vlies CH. Burn intensive care treatment over the last 30 years: Improved survival and shift in case-mix. Burns 2019;
45:1057–65.

6.Harats M, Ofir H, Segalovich M, Visentin D, Givon A, Peleg K, et al. Trends and risk factors for mortality in elderly burns patients: A retrospective review. Burns 2019; 45: 1342–9.

7.Kayhan Gurbuz and Mete Demir. The Descriptive Epidemiology and Outcomes of Hospitalized Burn Patients in Southern Turkey: Age-Specific Mortality Patterns. J Burn Care Res. 2021; 42(4): 743-751.

8.Lumenta DB, Hautier A, Desouches C, et al. Mortality and morbidity among elderly people with burns-evauation of data on admission. Burns. 2008; 34: 965-974.

9.Mongkornwong A, Sangthong R, Tunthanathip T, Sangkhathat S.Factors Associated with In-hospital Mortality in Severe Burn Patients in Songklanagarind Hospital: A Retrospective Study J Health Sci Med Res 2021;39(3):191-200.

10.Rehou S, Shahrokhi S, Thai J, Stanojcic M, Jeschke MG. Acute phase response in critically Ill elderly burn patients. Crit Care Med 2019;47:201–

11.Steven E. Wolf, Leopoldo C. Cancico, Basil A. Pruitt. Epidemiological, demographic and outcome characteristics of burns. In: David N. Herndon, editor. Total burn care. 5 ed. Edinburgh: Elsevier; 2018: 14-27.

12.Ward J, Phillips G, Radotra I, Smailes S, Dziewulski P, Zhang J, et al. Frailty: An independent predictor of burns mortality following inpatient admission. Burns 2018; 44: 1895–902.

13.Wang W, Zhang J, Lv Y, Zhang P, Huang Y, Xiang F. Epidemiological investigation of elderly patients with severe burns at a major burn center in Southwest China. Med Sci Monit 2020;26.118-129.

14.Ying-Zi Huang, Guo-Zhong Lu, Hong-Sheng Zhao, et al. Clinical features and mortality-related factors of extensive burns among young adults: the Kunshan disaster experience Ann Transl Med 2020;8(17): 280-288.

15.Zavlin D, Chegireddy V, Boukovalas S, Nia AM, Branski LK, Friedman JD, et al. Multi-institutional analysis of independent predictors for burn mortality in the United States. Burns Trauma 2018; 6: 24.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women with Preterm Labor : 2 case studies

(Received: August 23,2024 ; Revised: August 27,2024 ; Accepted: August 28,2024)

สุจิตรา สมวงษา[1]
Suchittra Somwongsa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 รายที่มารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน และการวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี G2P1-0-0-1 ANC ที่ โรงพยาบาลซำสูงฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 10^{+3} สัปดาห์ LAB I Hct. 28 % ได้ยา Folic acid ไปรับประทานวันละ 1 เม็ด ติดตามผลเลือด LAB II Hct เพิ่มขึ้นเป็น 35 % มาฝากครรภ์ตามนัด เมื่ออายุครรภ์ 33^{+5} สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอด ได้รับการยับยั้งการการหดรัดตัวของมดลูก สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จและตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ถึง 39 สัปดาห์ รายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 28 ปี G1P0-0-0-0 ANC ที่ คลินิกฝากครรภ์ ครั้งแรกอายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ฝากครรภ์ตามนัด เมื่ออายุครรภ์ 33^{+3} สัปดาห์เจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดิน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ เนื่องจากมีการเปิดขยายของปากมดลูกและมีน้ำเดิน คลอดปกติทาง ช่องคลอด น้ำหนักทารก 2,120 กรัม APGAR Score =9-8-8 ทารกมีภาวะหายใจหอบลึก แพทย์จึงได้ส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล

Abstract

This study was case study with the objective of providing nursing guidelines for 2 pregnant women with premature labor who received services at the delivery room of Sam Sung Hospital, Khon Kaen Province. The study compared 2 pregnant women with premature labor by applying the Gordon 11 Health Models concept and nursing care planning according to Orem's framework.

The results of the study found that Case 1, a 32-year-old pregnant woman, G2P1-0-0-1, ANC at Sam Sung Hospital, first antenatal care at 10+3 weeks of pregnancy, LAB I Hct. 28%, received Folic acid to eat 1 tablet per day, followed up with blood test results, LAB II Hct increased to 35%, attended the antenatal care appointment at 33+5 weeks of pregnancy, labor pain, received uterine contraction inhibition, successfully inhibited labor pain and continued pregnancy until 39 weeks of pregnancy. Case 2, a 28-year-old pregnant woman, G1P0-0-0-0, ANC at the antenatal clinic, first antenatal care at 11 weeks of pregnancy, attended the antenatal care appointment at 33+3 weeks of pregnancy, labor pain and water broke 4 hours before coming to the hospital, could not successfully inhibit labor because the cervix was dilated and water broke. Normal delivery via vagina, infant weight 2,120 grams, APGAR Score = 9-8-8, infant with deep breathing The doctor then referred the baby to a tertiary hospital in the province for treatment.

Keywords: Premature labor, Nursing

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆของงานอนามัยแม่และเด็ก ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยพบถึงร้อยละ12.5 ในปีงบประมาณ 2567[1] ตามสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยปีละ 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5-18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด[2] สาเหตุหลักของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 50-80 คือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

ทารกที่คลอดก่อนกำหนด และครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบที่เกิดกับหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยน้ำหนักลด นอนไม่หลับ อาจได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ แน่นหน้าอกกระวนกระวาย ผลกระทบต่อทารกคือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น Respiratory distress syndrome (RDS,HMD) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA) ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม[3] ส่งผลให้เกิดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว เช่น สมองพิการหรือ ความสามารถในการมองเห็นที่ผิดปกติจากการได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน นอกจากปัญหาที่พบทางด้านร่างกายแล้ว ปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกและในครอบครัวเป็นระยะเวลายาวนาน และในแต่ละปีรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 175,000บาทต่อราย[3]

อุบัติการณ์ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดระดับประเทศไทย ในระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.42 ตามลำดับ[4] เขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 11.94, 12.58 และ 12.37 ตามลำดับ[4]ในจังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 9.41, 9.77 และ 11.72 ตามลำดับ[5] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับโรงพยาบาลชำสูง จังหวัดขอนแก่น มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดระหว่างปี พ.ศ.2564 - 2566 พบจำนวน 10, 16 และ 12 ราย ตามลำดับ พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 4, 6 และ 4 ราย ตามลำดับ[6]

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ 1) ประวัติทางสูติกรรม เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับโรคทางด้านอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ มีภาวะเครียด ซึมเศร้า ด้านสูติศาสตร์ มีการติดเชื้อนอกมดลูก มีความผิดปกติของมดลูก คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ(U,V,Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0 เซนติเมตร มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติการผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้านี้ มีภาวะภาวะซีด การใช้สารเสพติดหรือการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น ความผิดปกติของรก มีรกเกาะต่ำหรือลอกตัวก่อนกำหนด น้ำคร่ำมากหรือน้อยเกินไป ภาวะครรภ์เป็นพิษ[7] ภาวะครรภ์แฝดน้ำหรือถุงน้ำคร่ำแตก รวมถึงการตั้งครรภ์ด้วยวิธีเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 3) ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ โครโมโซมผิดปกติ พิการแต่กำเนิด ภาวะครรภ์แฝด เป็นต้น รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุของหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 17 ปีหรือมากกว่า 35 ปี ระดับการศึกษาต่ำหรือมีเศรษฐานะต่ำ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน BMI < 19 กก/ม^2 หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กก. มีภาวะภาวะทุพโภชนาการ ทำงานหนัก เช่น มากกว่า 80 ชม.ต่อสัปดาห์ หรือการยืน เดิน นานกว่า 8 ชม. ต่อวัน

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36^{+6}สัปดาห์ ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและหรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร หรืออาจมีร่วมกับการมีมูกเลือดหรือ ถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่ว ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์(สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป)[1] อาการและอาการแสดงอาจแตกต่างกันออกไป โดยอาจจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้ คือ เจ็บครรภ์ถี่ขึ้นเรื่อยๆ มดลูกมี

การหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอจนทำให้ปากมดลูกมีการบางตัวและเปิดขยายตัว ปวดหลัง หรือปวดเอว ปวดหน่วงท้อง ปวดหน่วงลงช่องคลอดหรืออาจมีอาการท้องเสียร่วมด้วย มีสิ่งคัดหลั่งออกทางช่องคลอด เช่น มูก มูกเลือด น้ำเดิน เป็นต้น[8]

การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอดหรือคลอดในระยะที่เหมาะสม การป้องกันที่ได้ผลดีคือ การใช้ยาโปรเจสเตอโรน ที่มีฤทธิ์ยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งมีทั้งในรูปแบบการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เหน็บทางช่องคลอดหรือแบบรับประทาน และอีกวิธีคือการเย็บผูกปากมดลูก ซึ่งเป็นหัตถการที่ใช้ในการรักษาร่วมกับการตรวจพบปากมดลูกน้อยกว่า 25 มม.

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การดูแลจึงต้องเน้นที่การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอ กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย มีการวางแผนการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[9] มาใช้เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพและให้การพยาบาลโดยใชทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบของโอเร็ม[10]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลชำสูง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ระยะเวลาในการศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายที่1 ระหว่างวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 - 10 พฤศจิกายน 2566 หญิงตั้งครรภ์ รายที่ 2 ระหว่างวันที่ 18 เมษายน 2567- 19 เมษายน 2567 โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการเก็บข้อมูล การณีศึกษา ตามแบแผนสุขภาพ 11แบบแผน มีความครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย นำข้อมูลที่ได้มาประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นำปัญหาที่ได้มาวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบลของโอเร็ม เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ G2P1 GA 33^{+3} wk by U/S EDC 25 ธันวาคม 2566 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 10^{+3} wk ที่โรงพยาบาลชำสูง ฝากครรภ์จำนวน 5 ครั้ง มาตามนัดทุกครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative ,VDRL = Nonreactive ,Hct. = 28 % ได้รับยาบำรุงเลือด Folic acid 1x1 Oral pc. รับประทานที่บ้านและนัดติดตาม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 Hct.=35%, VDRL = Non reactive GST= 122 mg% วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 เวลา 19.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลแรกรับเวลา 21.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์คลอดไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน การตรวจทางหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก ¾ เหนือระดับสะดือ วัดความสูงของมดลูก = 26 เซนติเมตร มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 5 นาที Duration 40 วินาที เด็กดิ้นดี ท่า LOA FHS 144 ครั้ง/นาที ผลตรวจ EFM : Reactive baseline 150 ครั้ง/นาที moderate variability periodic change ตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด สัญญาณชีพ BP 116/70 mmHg. Pules 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/

นาที BT.37 องศาเซลเซียส Sat O_2 98 % room air รายงานแพทย์เวรเวลา 21.20 น. แพทย์วินิจฉัย G2P1 GA 33^{+5} with Preterm contraction พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และยาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก คือ Nifedipine (5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine (5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 ชั่วโมง X 4 dose On EFM ทุก 4 – 8 ชั่วโมง ไม่มีการหดรัดตัวของมดลูก หลังยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ หญิงตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาล 3 วัน สามารถกลับบ้านได้และนัดฝากครรภ์ 14 พฤศจิกายน 2566 ที่โรงพยาบาลซำสูง

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 28 ปี อาชีพรับราชการ มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล G1P0 GA 33^{+4} wk by U/S EDC 3 มิถุนายน 2567 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 11 wk. ฝากครรภ์ที่คลินิกจำนวน 9 ครั้งตามนัดครบตามเกณฑ์ คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative , VDRL = Nonreactive Hct. = 42 % DCIP Negative MCV 87.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative , VDRL = Nonreactive Hct. = 45.2 % วันที่ วันที่ 18 เมษายน 2567 เวลา 08.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดห่าง ทุก 30 นาที และมีน้ำใสๆไหลออกทางช่องคลอด จึงมาโรงพยาบาล แรกรับเวลา 12.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด การตรวจทางหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก ¾ เหนือระดับสะดือ วัดความสูงของมดลูก = 25 เซนติเมตร มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 7 นาที Duration 30 วินาที เด็กดิ้นดี ท่า LOA FHS 130 ครั้ง/นาที ผลตรวจ EFM : Reactive baseline 140 ครั้ง/นาที moderate variability periodic change ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร Effacement 25 % Station -2 ตรวจ Fern test positive สัญญาณชีพ BP 129/75 mmHg. Pules 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BT 36.7 องศาเซลเซียส Sat O_2 98 % room air รายงานแพทย์เวรเวลา 13.00 น. แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA $33^{+}4$ wk. with Preterm Premature rupture of membrane พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และยาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก คือ Nifedipine (5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine (5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 ชั่วโมง X 4 dose และให้สารน้ำ RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. ให้ยา Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชั่วโมง วันที่ 19 เมษายน 2567 เวลา 01.00 น. มีการหดรัดตัวของมดลูกมากขึ้นและมีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น แพทย์เวรได้โทรศัพท์ประสานไปที่ห้องคลอด และ NICU โรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อขอส่งตัวไปคลอด แต่โรงพยาบาลขอนแก่นไม่มีเตียงสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากเตียงเต็ม จึงได้ติดต่อประสานขอส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างรอการตอบกลับจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หญิงคลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างรุนแรง ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร Effacement 100 % Station +1 ย้ายเข้าห้องคลอด คลอดทางช่องคลอด เวลา 03.59 น.ทารกเพศชาย น้ำหนักคลอด 2,120 กรัม APGAR Score นาทีที่ 1= 9 นาทีที่ 5 =8 ทารกเริ่มมีอาการหายใจหอบลึกอกบุ๋ม อัตราการหายใจ 70 ครั้ง/นาที Sat O_2 85 %แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พร้อมมารดา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนคลอด 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีการหดรัดตัวของมดลูก **วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด **กิจกรรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการแรกรับ และประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ซักประวัติทั่วไปและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์และระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงห่างของการเจ็บและการคลายตัวของมดลูก การมีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด การดิ้นของทารกในครรภ์ 2. ซักระวัติทางสูติกรรม ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์การฝากครรภ์และผล LAB ของ ANC 3. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และการตรวจภายใน 4. ตรวจสภาพทารกในครรภ์ ฟัง FHS, EFM เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ 5.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA UAM ATK 6.รายงานแพทย์เวร และเตรียม U/S 7.ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ทีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ MCHB จ.ขอนแก่น 7.1 Nifedipine(5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine(5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง 7.2 Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr.x 4 dose 8. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร่วมกับ EFM ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง 9.ดูแลให้ Absolute bed rest และให้นอนตะแคงซ้าย หรือท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปลอดภัย ไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์ 10. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก หาก BP < 90/60 mmHg งดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที 11. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ Sat O2 ทุก 4 ชั่วโมง 12. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ ประเมินการพยาบาล ภายหลังจากการให้การพยาบาลและการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการหดรัดตัวของมดลูก ปากมดลูกไม่เปิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา FHS อยู่ในช่วงปกติ EFM =reactive รับประทานอาหารและนอนพักได้	**ระยะก่อนคลอด** 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีการหดรัดตัวของมดลูก **วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด **กิจกรรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการแรกรับ และประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ซักประวัติทั่วไปและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์และระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงห่างของการเจ็บและการคลายตัวของมดลูก การมีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด การดิ้นของทารกในครรภ์ 2. ซักระวัติทางสูติกรรม ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์การฝากครรภ์และผล LAB ของ ANC 3. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และการตรวจภายใน 4. ตรวจสภาพทารกในครรภ์ ฟัง FHS, EFM เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ 5.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA UAM ATK Fern test 6.รายงานแพทย์เวร และเตรียม U/S 7.ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ทีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ MCHB จ.ขอนแก่น 7.1 Nifedipine(5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine(5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง 7.2 Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr.x 4 dose 7.3 RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. 7.4 Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชม. 8. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร่วมกับ EFM ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง 9.ดูแลให้ Absolute bed rest และให้นอนตะแคงซ้าย หรือท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปลอดภัย ไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์ 10. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก หาก BP < 90/60 mmHg งดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที 11. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ Sat O2 ทุก 4 ชั่วโมง 12. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ ประเมินการพยาบาล ภายหลังจาการการพยาบาลและยาตามแผนการรักษาหญิงตั้งครรภ์ มีอาการมดลูกมีการรัดตัวถี่มากขึ้น มีการเปิดขยายของปากมดลูก ผลการตรวจ Fern test = positive FHS อยู่ในช่วงปกติ EFM =reactive

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนคลอด 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม **กิจกรรรมการพยาบาล** 1. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ 3. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกหดรัดตัว โดยให้หายใจเข้าและออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะๆ 4. ประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม 5. ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้คลอด ให้สามีและญาติเข้าเยี่ยมได้ตามความเหมาะสม 6. ดูแลให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเบียดเส้นเลือดดำใหญ่(Inferior venecava) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดีและทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ 7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ **ประเมินการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม นอนพักได้	**ระยะก่อนคลอด** 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม **กิจกรรรมการพยาบาล** 1. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ 3. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกหดรัดตัว โดยให้หายใจเข้าและออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะๆ 4. ประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม 5. ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้คลอด ให้สามีและญาติเข้าเยี่ยมได้ตามความเหมาะสม 6. ดูแลให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเบียดเส้นเลือดดำใหญ่(Inferior venecava) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดีและทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ 7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ **ประเมินการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม
ระยะก่อนคลอด 3.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ **กิจกรรรมการพยาบาล** 1. แนะนำตนเองและทีมเพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ 4.ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโดยแสดงความเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ 5. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ **ประเมินการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สีหน้าผ่อนคลายและสดชื่น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ	**ระยะก่อนคลอด** 3.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ **กิจกรรรมการพยาบาล** 1. แนะนำตนเองและทีมเพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ 4.ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโดยแสดงความเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ 5. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ **ประเมินการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สีหน้าผ่อนคลายและสดชื่น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ
ระยะก่อนคลอด 4. ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	**ระยะก่อนคลอด** 4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด **วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักรู้และปฏิบัติตัวได้เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2.สอนวิธีการประเมินอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้นอนตะแคงใช้หมอนรองบริเวณหลัง วางนิ้วบนยอดมดลูกเหนือระดับสะดือ ตรวจดูการแข็งตัวของมดลูกใน 1 ชั่วโมงว่าเกิดทุก 10 นาทีหรือไม่ 3.แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่นปวดท้อง หรือมีอาการปวดหลังร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าพบว่ามีให้นอนพักอย่างน้อย 30 นาที โดยให้นอนตะแคงซ้ายหากมีอาการเจ็บครรภ์ และสังเกตว่ามีสิ่งขับหลั่งออกทางช่องคลอดด้วยหรือไม่ เช่น มูก มูกปนเลือด น้ำใสๆ ถ้ามีให้รีบมาพบแพทย์ทันที	**กิจกรรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด 2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม. 3. หลีกเลี่ยงการตรวจช่องคลอดโดยไม่จำเป็น 4. ดูแลความสะอาด Hygiene care 5.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตรมแผนการรักษา คือ Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชม. 6.สังเกตและบันทึกลักษณะคร่ำ ถ้ามีผิดปกติรายงานแพทย์ **ประเมินการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ไม่มีไข้ น้ำคร่ำสีปกติ สัญญาณชีพปกติ
4. ให้สังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ทุกวันโดยนับจำนวนครั้งที่เด็กดิ้นภายหลังรับประทานอาหารว่าดิ้นน้อยลงหรือไม่ (ปกติดิ้นไม่น้อยกว่า 4 ครั้งภายหลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ) 5.แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดย 5.1 นอนพักบนเตียงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดย ให้นอนตะแคงข้าง 5.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณที่เพียงพอ น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นประมาณ½ ก.ก./สัปดาห์ 5.3 ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ไม่ควรดื่มชา หรือกาแฟ และงดดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ สารเสพติดทุกชนิด และห้ามซื้อยารับประทานเอง **5.4** ไม่ควรกลั้นปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง **หลีก**เลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระตุ้นให้เกิดการเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การขับขี่รถจักรยานยนต์หรือนั่งรถเดินทางเป็นระยะเวลาติดต่อกันนานๆ การยกของหนัก การนั่งยองๆ หรือการเปลี่ยนจากท่ายืนเป็นท่านั่งบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่กระทบหน้าท้อง หลีกเลี่ยงการกระตุ้นเต้านมขณะมีเพศสัมพันธ์ และงดมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อป้องกันการหดรัดตัวของมดลูก 5.5 ให้บุคคลในครอบครัวช่วยทำหน้าที่แทน เช่น การทำงานบ้าน การยกของหนัก หรือการดูแลบุตร **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และได้รับยายับยั้งการคลอดจนครบตามแผนการรักษา และสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาฝากครรภ์ต่อที่ โรงพยาบาลชำสูง หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัว เรื่องการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ได้ถูกต้องและ ตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ถึง 39 สัปดาห์	**ระยะก่อนคลอด** **5.**ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกมีการหดรัดตัวแรงขึ้น **วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ **กิจกรรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย 2. ให้ O2 mask c bag 10 l/m 3. On EFM continuous เพื่อประเมิน ภาวะขาดออกซิเจน ของทารกในครรภ์ 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. 5. เตรียมความพร้อมในห้องคลอดเพื่อเตรียมการช่วยเหลือ **ประเมินการพยาบาล** FHS อยู่ในช่วง 140 ถึง-160 ครั้ง/นาที EFM reactive
	ระยะคลอด 1.ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงขึ้น **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม **กิจกรรรมการพยาบาล** 1. อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวน การคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด 2. ตรวจและบันทึกความถี่ ความแรงและระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที On EFM Monitor ไว้ 3. บันทึกความก้าวหน้าใน WHO patograph 4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดหากพบภาวะ Tetanic contraction รายงานแพทย์ทันที 5. เตรียมความพร้อมของผู้คลอดสอนวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง 6. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดอย่างนุ่มนวลโดยนั่งรถเข็นนั่งเพื่อทำคลอด 7. เชียร์เบ่งคลอดให้กำลังใจผู้คลอดขณะเบ่ง 8. ทำคลอดอย่างนุ่มนวล **ประเมินผลการพยาบาล**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ก่อนคลอด FHS 130-140 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอดี ผล EFM reactive ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการเบ่งคลอดถูกวิธี ทารกคลอดปกติ วันที่ 19 เมษายน 2567 เวลา 03.59 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,120 กรัม APGAR Score 9-8-8 หลังคลอดนาทีที่ 5 ทารกมีภาวะหายใจหอบลึก แพทย์จึงได้ส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์
	ระยะหลังคลอด 1. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฉีกขาด ระดับ 2 และการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี **กิจกรรมการพยาล** 1.คลึงมดลูกหลังจากการทำคลอดรกเพื่อให้มดลูกแข็งตัว ป้องกันการตกเลือด 2.ตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและช่องทางคลอดและซ่อมแซมแผลฝีเย็บให้ถูกต้องและเทคนิคปราศจากเชื้อ 3.สอนมารดาให้คลำและคลึงมดลูกด้วยตนเองบ่อยๆ 4.ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด 5.บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าคงที่แล้ววัด ทุก 4 ชั่วโมง 6.ตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บ และกระปัสสาวะให้ว่างใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 7.แนะนำมารดาเรื่องการให้นมบุตรและกระตุ้นให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมง 8.แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บ โดยการล้างด้วยสบู่และล้างด้วยน้ำสะอาดซับให้แห้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่ม สังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำให้แผลแห้งและหายเร็วขึ้น 9.แนะนำให้มารดาขมิบช่องคลอดขมิบช่องคลอดบ่อยๆวันละ 30 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนที่ดี 10.ประเมิน Pain score เมื่อมีอาการปวดและให้ยาลดปวด 11.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดี EBL 150 ml แผลฝีเย็บฝีเย็บไม่พบก้อนเลือด hematoma ปวดแผลฝีเย็บ Pain score 3 คะแนน เตรียมส่งต่อไปพร้อมบุตรที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ การพยาบาลทารกแรกเกิด ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนไม่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ กิจกรรม 1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยทารกได้รับการท่อช่วยหายใจ ET no.3 2. ดูแลตำแหน่งของท่อช่วยหายใจไม่เลื่อนหลุด 3. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ หายใจอกบุ๋ม เขียว หรือท้องอืดหรือไม่ 4.เฝ้าระวังและบันทึก V/S การหายใจ Sat O2 5. ควบคุมอุณหภูมิภายในตู้อบ ให้อยู่ในช่วง 36.8 ถึง 37.2 องศาเซลเซียส 6. ดูแล On 10 % Dw 500 ml iv 5.7 ml/hr

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	7. ส่งตรวจ Hct DTX 8. ส่งตรวจ และติดตามผล CXR 9. เตรียมความพร้อมในการส่งต่อไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประเมินผลการพยาบาล หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ ทารกหายใจไม่หอบเหนื่อย RR 50-60 ครั้งต่อนาที Sat O2 98 % DTX 89 % Hct 44 % ผล CXR ET tube อยู่ในตำแหน่งปกติ เตรียมส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ พักรักษาตัวเป็นเวลา 23 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชนิด Early preterm labor คือ เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 -33^{+6} สัปดาห์

กรณีศึกษาราย ที่ 1 เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ G2P1Ab0L1 อายุครรภ์ 33^{+3} สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัว Interval 5 นาที Duration 40 วินาทีตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด สาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือหญิงตั้งครรภ์มีอาชีพ ค้าขายอาหารตามตลาดนัดทำให้ต้องเดินทางไปกลับเป็นระยะทางไกลทุกวัน และ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ทะเลาะกับสามีได้เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ไปพักที่บ้านเพื่อน และมีประวัติครรภ์ที่ 1 คลอดก่อนกำหนดเมื่อ 2 ปีก่อน แนวทางการดูแลรักษาคือให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการคลอดจนกว่าจะไม่มีอาการมดลูกหดรัดตัว ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 28 ปี G1P0 อายุครรภ์ 33^{+4} สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัว Interval 7 นาที Duration 30 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร Effacement 25 % Station - 2 ตรวจ Fern test ผล positive สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มีอาชีพเป็นพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขึ้นปฏิบัติงาน เวร เช้า บ่าย ดึก และมีเจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัววันละ 5-6 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน แต่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล มารับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับ มีน้ำเดิน 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายไม่สามารถให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกได้ มีการเปิดขายของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ยังยั้งการคลอดไม่สำเร็จ คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,120 กรัม

APGAR Score นาทีที่ 1 = 9 นาทีที่ 5 = 8 ทารกหายใจ หอบลึก แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและได้ส่งต่อทารก ไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด เนื่องจากศักยภาพและความสามารถของห้องคลอดโรงพยาบาลชำสูง ยังมีขีดจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานงานไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อขอคำแนะนำและประสานความพร้อมก่อนทำการส่งต่อ ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องใช้เวลานาน พยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลจึงต้องมีสมรรถนะและศักยภาพในการดูแลมารดา ทารกในระหว่างที่รอส่งต่อ และขณะนำส่งต่อ[8,9]

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กรณีมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แม้ว่าจะมาฝากครรภ์ตามนัด และมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่นมีอาการเจ็บครรภ์คลอด แต่มารับการรักษาล่าช้า รอจนมีการเจ็บครรภ์จริง มีน้ำเดิน หรือปากมดลูกเปิดแล้ว จึงมาโรงพยาบาล ทำให้การยับยั้งคลอดไม่สำเร็จ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการ

คลอดก่อนกำหนด ดังนั้นการกำหนดแนวทางและการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละบุคคล แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้นำความรู้และคำแนะนำต่างๆไปใช้ดูแลตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจในระหว่างที่ตั้งครรภ์ ร่วมกับสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ทันที ในการยับยั้งการคลอดก่อกำหนด และนอกจากนี้ศักยภาพและความสามารถของห้องคลอดโรงพยาบาลซำสูงมีขีดจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า และในการส่งต่อต้องได้รับแนะนำการดูแล รักษาหัตถการต่างๆให้พร้อมก่อนนำส่งทั้งมารดาและทารก ซึ่งการประสานงานส่งต่อต้องใช้เวลาในการรอนำส่งขณะส่งต่อ ดังนั้นเพื่อ ลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดควรมีการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย(2566).การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและถุงน้ำแตกก่อนกำหนด:แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2565-2567.

2.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, และธีระ ทองสง(2564).ในธีระ ทองสง(บ.ก.),สูตอศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 6 (น.247-256).กรุงเทพฯ:ลักษมีรุ่งจำกัด

3.สายฝน ชวาลไพบูลย์,และ สุจินต์ กนกพงษ์ศักดิ์.(2544).ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด.เวชบันทึกศิริราช,4(2),พฤษภาคม-สิงหาคม 2544.

4.HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2564-2566).(2564-2566).สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2567

5.HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.Z2564-2566) สืบค้นจาก https://KKN.HDC.go.th/hdc/main/index.php.สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 25667

6.งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลซำสูง(2567).สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลซำสูง ประจำปี 2565-2567โรงพยาบาลซำสูง

7.นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562; 10 (1) 1-10.

8.ประไพรัตน์ แก้วศิริ,ศิริภรณ์ เหมะธุลิน,พิมลพรรณ อันสุข และพรรณยุพา เนาว์ศรีสอน.(2563).การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:บทบาทพยาบาล.ศรีนครินทร์เวชสาร2563;35(2)หน้า238-245

9.Gordon, M.(1994).Nursing diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-Hill.

10.Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed.Saint Louis: Mosby;2001

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Effects of health Behavior Modification Program in people at Risk Group of Hypertension phlappha Chai District, Buri Ram Province.

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

ธนาพร ปะตาทะโย[1]
Tanaporn Patatayo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) กลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำหลายครั้ง (One Group time Series Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปี ขึ้นไป ในชุมมชนบ้านม่วงหวาน หมู่ที่ 8 อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี เป็นผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ โปรแกรม, พฤติกรรมสุขภาพ, ประชาชนกลุ่มเสี่ยง, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The objectives of this quasi-xperimental research One Group time Series Design were to compare health behaviors and blood pressure of the Risk Group people before and after experiment. Sample size were people at risk of hypertension, aged 35 years and over, in Ban Muang Wan Community, Village No. 8, living in the area for at least 1 year, were 20 people at risk of hypertension. Select a specific sample group according to the study inclusion criteria. Data collection tools by questionnaires. The data were analyzed by descriptive statistic, t-test.

The results were founded as follows. After experiment, the overall and every aspect of health behaviors of experimental group were significantly higher than before experiment *(p < .05).* The systolic and diastolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than before experiment *(p < .05)*

Keyword: Program, Health behavior, Risk Group people, Hypertension

บทนำ

ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคมะเร็งต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งมีผลต่อภาระในการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วย ความสูญเสียคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ เกิดความรุนแรงของโรค พบภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมประเทศไทย ในปี 2564 - 2565 มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป พบกลุ่มเสี่ยง 1,311,219 คน (7.69%) และ 1,346,815 คน (8.07%) ตามลำดับ พบกลุ่มสงสัยป่วย 808,416 คน (4.75%) และ 808,416 คน (4.75%) ตามลำดับ[1]

ภาพรวมในจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี 2564-2565 คัดกรองได้ 394,135 คน (90.77%) และ 387,225 คน (90.18%) พบกลุ่มเสี่ยง 17,652 (4.48%) และ 16,737 คน (4.32%) ตามลำดับ ในภาพรวมของ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเจริญ

อำเภอพลับพลาชัย ในปี 2564-2565 คัดกรองได้ 8,600 คน (83.85%) และ 6,876 คน (66.93%) พบกลุ่มเสี่ยง 427 (4.97%) และ 537 คน (7.81%) ตามลำดับ ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเจริญ ในปี 2564-2565 คัดกรองได้ 464 คน (86.41%) และ 495 คน (94.47%) พบกลุ่มเสี่ยง 88 คน (18.97%) และ 118 คน (23.84%) ตามลำดับ[2] จะเห็นว่ามีแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่สูงขึ้นทุกปี และเกิดผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งมีความสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงที่พบสูงขึ้นเช่นกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ส่งเสริมและป้องกันปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ตลอดจนการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เป็นต้น โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเกิดความยั่งยืน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดประสิทธิผลจะต้องเข้าใจปัจจัยต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดที่หลากหลาย การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองพรีสีด-โพรสีด (Precede-proceed model) ของกรีนและครูเตอร์[3] เนื่องจากผลวิจัยโปรแกรมพัฒนาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงด้วยตัวแบบด้านลบ การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจโดย อสม. ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[4] จะใช้ปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้อย่างถูกต้อง การสร้างการรับรู้ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยตัวแบบด้านลบ ซึ่งจะทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยเอื้อ คือ การพัฒนาทักษะด้านสุขภาพโดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง และปัจจัยเสริม คือ การให้คำชมเชยและข้อมูลป้อนกลับในสถานีสุขภาพและการเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องได้รับการส่งตัว เข้ารับการรักษาโดยการรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต และรับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหลังทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) กลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำหลายครั้ง (One Group time Series Design) ประเมินหลังทดลองเสร็จทันทีในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ตามลำดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปี ขึ้นไป ในชุมมชนบ้านม่วงหวานหมู่ที่ 8 อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี ที่เข้ารับการคัดกรองสุขภาพประจำปี ในสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้าน ในปีงบประมาณ 2566 ทั้ง

เพศหญิงและชาย จำนวน 61 คน พบกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 46 คน (73.77%)[2]

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ได้แก่ มีระดับความดันโลหิตซีสโตลิก อยู่ในช่วง 120-139 mmHg และ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 mmHg อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปีไม่เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในขณะทดลอง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินจนไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ทุกครั้ง จำนวน 20 คน

เครื่องมือ

1. เครื่องมือทดลองได้แก่ โปรแกรมพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยแนวคิดแบบจำลองพรีสีด–โพรสีด ครอบคลุม ปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก และการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงด้วยตัวแบบด้านลบ และแลกเปลี่ยนความคิด ปัจจัยเอื้อ คือ การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ และปัจจัยเสริม คือ การเสริมแรงจูงใจ ด้วยการให้คำชมเชยและข้อมูลป้อนกลับ โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 15 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 11 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง บางครั้งนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ พฤติกรรมด้านบวกให้ 5-1 คะแนน พฤติกรรมด้านลบ ให้ 1-5 คะแนน แปลผลระดับพฤติกรรมจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด 4.50-5.00 มาก 3.50-4.49 ปานกลาง 2.50-3.49 น้อย 1.50-2.49 และน้อยที่สุด 1.00-1.49

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ .88 และหาค่าความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รพ.สต. บ้านโคกขมิ้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าได้เท่ากับ .80

การรวบรวมข้อมูล

โดยจะเก็บข้อมูลจากเอกสารแบบสอบถามสองระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง 1 ครั้ง และหลังทดลอง 3 ครั้ง ได้แก่หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ตามลำดับ ระหว่างวันที่ 5 สิงหาคม 2566 ถึง 5 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

การดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง จัดทำเครื่องมือวิจัย เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยวิจัย วิทยากร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษาร่วมการวิจัย 20 คน ผู้วิจัยคัดเลือกและเก็บข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่มตัวอย่าง โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2. ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก 2) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ และ 3) การเสริมแรงจูงใจ ด้วยการให้คำชมเชยและข้อมูลป้อนกลับโดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนละ 3 ครั้ง และนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างไปที่ รพ.สต. บ้านโคกเจริญ ในสัปดาห์ที่ 12

3. ระยะหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ สรุปการเรียนรู้ จับคู่บอกเล่าประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรม วิเคราะห์ผลสำเร็จของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นำเสนอให้กลุ่มฟัง และเสริมแรงจูงใจโดยการให้คำชมเชย และกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา t–test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายปกติ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และ Paired t-test สำหรับความดันโลหิต

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2023-075 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 40 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 90 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 45 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 65 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.88 กิโลกรัม/ตารางเมตร (S.D. = 2.60) เพศหญิง มีรอบเอว เฉลี่ย 76.80 เซนติเมตร (S.D. = 6.37) เกณฑ์ปกติ เพศชาย มีรอบเอว เฉลี่ย 77.94 เซนติเมตร (S.D. = 6.99) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน สูงกว่าก่อนทดลอง (ตาราง 1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < .05)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n= 20)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ค่าสถิติ
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	*p–value*
ด้านการรับประทานอาหาร	3.30	0.81	ปานกลาง	3.53	0.72	มาก	0.001
ด้านการออกกำลังกาย	3.11	1.08	ปานกลาง	3.53	1.09	มาก	0.001
ด้านการจัดการความเครียด	3.38	1.13	ปานกลาง	3.86	1.04	มาก	0.001
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	3.25	0.96	ปานกลาง	3.59	0.90	มาก	<0.001

3. การเปรียบเทียบความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองกับหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 4 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 8 กับหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 12 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองกับหลังทดลองเสร็จสิ้น

ทันทีสัปดาห์ที่ 12 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนทดลองกับหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 4 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 8 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 8 กับหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 12 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองกับหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 12 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีในสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 (n = 20) หลังโดยใช้สถิติ Paired t-test

ความดันโลหิต	M	S.D.	*t*	*p–value*
ระดับความดันซิสโตลิก (SBP)				
SBP ก่อนทดลอง	130.35	5.39	1.45	*0.08*
หลังทดลอง Wk4	128.70	5.23		
หลังทดลอง Wk4	128.70	5.23	1.91	0.03
หลังทดลอง Wk8	124.60	8.48		
หลังทดลอง Wk8	124.60	8.48	5.14	<0.001*
หลังทดลอง Wk12	116.95	7.49		
หลังทดลอง Wk12	116.95	7.49	8.79	<0.001*
SBP ก่อนทดลอง	130.35	5.39		
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)				
DBP ก่อนทดลอง	81.50	5.39	0.89	0.19
หลังทดลอง Wk4	82.50	7.18		
หลังทดลอง Wk4	82.50	7.18	0.82	0.20
หลังทดลอง Wk8	78.50	7.17		
หลังทดลอง Wk8	78.50	7.17	2.10	0.02
หลังทดลอง Wk12	74.00	7.01		
หลังทดลอง Wk12	74.00	7.01	4.97	<0.001*
SBP ก่อนทดลอง	81.50	5.39		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.05)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < .05) เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค

ความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดแบบจำลองพรีสีด–โพรสีด[3] ครอบคลุมปัจจัย 3 ด้าน ประกอบด้วย **ปัจจัยนำ** ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้อย่างถูกต้อง การสร้างการรับรู้ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยตัวแบบด้านลบ ซึ่งจะทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคตรงกับความเป็นจริง **ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ การพัฒนาทักษะด้านสุขภาพโดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง และ**ปัจจัยเสริม** ได้แก่ การให้คำชมเชยและข้อมูลป้อนกลับในสถานีสุขภาพและการเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง[4] ส่งผลให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องได้รับการส่งตัว เข้ารับการรักษาโดยการรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต และรับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีเดือนที่ 1 ลดลงแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < .05) หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < .05) ในภาพรวมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลองกับหลังทดลองหลังเสร็จสิ้นทันทีเดือนที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < .05) เป็นไปตามสมมติฐาน และความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที เดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < .05) หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีเดือนที่ 3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < .05) ในภาพรวมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองกับหลังทดลองหลังเสร็จสิ้นทันทีเดือนที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < .05) เป็นไปตามสมมติฐาน การรับประทานอาหารแดชอยู่ในระดับมาก จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8–14 มม.ปรอท[5] การรับประทานโซเดียมลดลงจึงทำให้ความดันโลหิตลดลง (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2554) มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยการเดินเร็ว จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกลง เฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท[6] และมีพฤติกรรมการจัดการความเครียด ด้วยการบริหารการหายใจที่ถูกต้อง อยู่ในระดับมาก ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดอัตราการหายใจ[5]

ข้อเสนอแนะ

1. นำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ให้ครอบคลุมทุกเขตรับผิดชอบ และติดตามกลุ่มเป้าหมายเดิมให้มีระยะเวลานานขึ้นเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี

2. พัฒนาโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาและที่มีอุบัติการณ์สูงในอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2565). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สืบค้นจาก https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
2. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2565). NCD โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. บุรีรัมย์: ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สืบค้นจาก https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports.
3. Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). Health Program Planning: An educational and ecological approach (4th ed). New York: McGraw–Hill.

4. ธนาพร ปะตาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนุ่ยศรี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์: วารสารพยาบาล. 2563;69(3)
5. พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2554). โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.
6. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558) . แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558). กรุงเทพฯ: ยั่วน้ำพริ้นติ้ง.

สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี

Situations and Needs in Community-Based Palliative Care: A Case Study of Sub-district Health Promoting Hospitals in Ubon Ratchathani Province.

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

บรรเทิง พลสวัสดิ์[1] อรทัย พินสุวรรณ์[1*] ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์[1]
บุญรักษ์ เชิงชุมพิทักษ์[1] พัชรี ใจการุณ[2] เพชรไทย นิรมานสกุลพงษ์[3]
Buntherng Phonsawat[1] Orathai Pinsuwan[1*] Prangthip Thasanoh Elter[1]
Boonrak Choengchumpitak[1] Patcharee Jaigarun[2] Petthai Niramansakulpong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มด้วยแบบสัมภาษณ์และคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 คน ได้รับการคัดเลือกเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้ให้บริการ 6 คน เครือข่ายชุมชน 8 คน และกลุ่มผู้รับบริการ 4 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน พบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ การจัดการอาการ และการสนับสนุนทรัพยากร 2) การมีส่วนร่วมในการดูแล พบความสำคัญของบทบาทผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ยังมีข้อจำกัดในการประสานงานและการสื่อสาร 3) ความรู้และทักษะในการดูแล พบว่าทั้งบุคลากรและผู้ดูแลยังต้องการการพัฒนา 4) นโยบายและแนวทางการดูแล พบว่ายังขาดความชัดเจนทั้งในระดับท้องถิ่นและชุมชน และ 5) ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนา พบทั้งอุปสรรคด้านบุคลากรและทรัพยากร และโอกาสในการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ABSTRACT

This survey research aimed to study the situation of participatory palliative care in a sub-district health promoting hospital in Mueang District, Ubon Ratchathani Province. Data was collected through in-depth interviews and focus group discussions using interview forms and focus group questions, which were validated for content validity by three experts, with a content validity index of 1.00. The 18 key informants were selected through purposive sampling, consisting of 6 service providers, 8 community network members, and 4 service recipients. Data analysis was conducted using content analysis.

The research findings revealed five key aspects: 1) The situation of palliative care in the community found limitations in service access, symptom management, and resource support. 2) Participation in care found the importance of stakeholder roles, but limitations in coordination and communication persisted. 3) Knowledge and skills in care found that both personnel and caregivers still required development. 4) Care policies and guidelines found a lack of clarity at both local and community levels. 5) Challenges and opportunities for development found both obstacles in personnel and resources, and opportunities for creating community care networks.

Keywords: palliative care, community participation, end-of-life care

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
[2] อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลมะเร็ง
* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: orathai.p@rtu.ac.th

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ระบบการดูแลในประเทศไทยยังขาดความชัดเจนและไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคม แม้ว่าความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเพิ่มสูงขึ้น แต่นโยบายสุขภาพยังคงเน้นการรักษาผู้ป่วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังเป็นหลัก ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกละเลย องค์การอนามัยโลกได้นิยามการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลสุขภาพในผู้ที่ทุกข์ทรมานจากโรคที่คุกคามชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้[1] ในประเทศไทย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2523 โดยเน้นการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย และต่อมาได้มีการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปี พ.ศ. 2539[2] อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยยังคงเป็นความท้าทายในปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะท้ายที่มีภาวะล้มเหลวของระบบต่างๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมักมีการดำเนินโรคที่จัดการหรือควบคุมอาการไม่สุขสบายได้ยาก การศึกษาของเบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์[3] พบว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองควรเน้นการจัดการอาการปวด การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากต้องการกลับไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่บ้าน แต่ญาติมักจะไม่เห็นด้วยเนื่องจากไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้เท่าที่โรงพยาบาล อีกทั้งหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน จะไม่สามารถควบคุมได้ทันเพราะห่างไกลแพทย์[4] ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับชุมชนเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากชุมชนยังขาดระบบรองรับการดูแลที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความปรารถนา การศึกษาของบรรเทิง พลสวัสดิ์[5] พบว่าการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อในระดับชุมชนสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้ นอกจากนี้ การศึกษาของฐิติพร จตุพรพิพัฒน์[6] ยังชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามควรเน้นการดูแลแบบองค์รวม การเชื่อมโยงทุกระดับของบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตาม การบูรณาการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง[7] ได้เสนอการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยนโยบาย โครงสร้าง ทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร การจัดระบบบริการ และความร่วมมือของชุมชน นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Chung และคณะ[81] (2021) ยังชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาบริการดูแลแบบประคับประคองควรให้ความสนใจกับการจัดการโรคที่ไม่ใช่มะเร็งและการบูรณาการเข้ากับบริการปฐมภูมิ โดยเน้นการสร้างบริการที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและเหมาะสมทางวัฒนธรรม

ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในบริบทของสังคมไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองของ รพ.สต. ดังกล่าว เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2565

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 3 กลุ่ม ที่ให้บริการหรืออาศัยอยู่ในเขตบริการของ ต.ปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม จำนวนรวมทั้งสิ้น 18 คน ดังนี้:

1. ผู้ให้บริการ: ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตบริการของ รพ. สต.ดงห่องแห่ จำนวน 6 คน ได้แก่ แพทย์ (1 คน) เภสัชกร (1 คน) พยาบาลวิชาชีพ (3คน) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (1 คน) เกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วยการเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในสหวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานใน รพ. สต. หรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์การคัดออกคือการไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มหรือให้สัมภาษณ์ได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

2. เครือข่ายชุมชน: ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสา และญาติผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน จำนวน 8 คน ได้แก่ตัวแทนจากกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสา ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มละ 1 คน เกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วยการเป็นตัวแทนจากกลุ่มต่างๆดังกล่าว มีส่วนร่วมหรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์การคัดออกคือการไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด หรือมีข้อจำกัดทางด้านการสื่อสารที่อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม

3. ผู้รับบริการ: ประกอบด้วยผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือญาติ/ผู้ดูแลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (จำนวน 2 คน) และญาติหรือผู้ดูแลหลัก (จำนวน 2 คน) เกณฑ์คัดเข้าของผู้ป่วยคือ คือมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ส่วนญาติหรือผู้ดูแลหลักต้องเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยแบบประคับประคองมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งสองกลุ่มต้องยินดีเข้าร่วมการศึกษาและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกคือมีอาการทางจิตหรือภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่อาจส่งผลต่อการให้ข้อมูล หรือไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัย 3 ชุด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยประยุกต์จากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[1] ดังนี้

1.แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประเด็นคำถามสำหรับผู้ป่วย เน้นเรื่องการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแล ประเด็นคำถามสำหรับญาติเน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยและความต้องการการสนับสนุน

2.แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับทีมผู้ให้บริการ โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม 4 ประเด็น คือ การดูแลแบบประคับประคอง ปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไข และรูปแบบการดูแลที่ต้องการ

3.แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่วิจัย โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม 4 ประเด็น คือ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไข และรูปแบบการดูแลที่ต้องการ

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและด้านสาธารณสุขเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาในข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของประเด็นที่ต้องการศึกษา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 หลังการทดลองใช้เครื่องมือ (Pilot Testing) ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามไปทดลองใช้กับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และเครือข่ายชุมชน กลุ่มละ 2 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในคำถาม ความเหมาะสมของลำดับคำถาม และระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผลจากการทดลองใช้ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลไปยังสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่

1.กลุ่มผู้ให้บริการ ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลในเวลาที่สะดวกเพื่อชี้แจงข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอม จากนั้นจัดการสนทนากลุ่มตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมาย โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้เข้าร่วมทุกฝ่าย

2.กลุ่มผู้รับบริการ ผู้วิจัยเริ่มจากการสำรวจเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่วิจัยเพื่อค้นหาครอบครัวที่อยู่ในระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง จากนั้นติดต่อครอบครัวเป้าหมาย อธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอม เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งผู้ป่วยและญาติตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมาย โดยเน้นความสะดวกและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

3.เครือข่ายชุมชนเริ่มจากการติดต่อผู้นำชุมชนเพื่อสอบถามข้อมูลผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อกลุ่มเป้าหมาย อธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอม แล้วจึงจัดการสนทนากลุ่มตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมาย โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้เข้าร่วมทุกคน

ในการเก็บข้อมูลทุกกลุ่มผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งระยะเวลาในการสนทนาหรือสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเทป และให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเหมาะสมของสถานที่ ความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและเป็นไปตามหลักจริยธรรม

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 168.1 วันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวจากการ

วิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อจริงในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลในที่ปลอดภัยและทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ไม่ระบุตัวบุคคล เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Erlingsson และ Brysiewicz[92] (2017) โดยดำเนินการกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ตลอดกระบวนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการสะท้อนคิด (Reflective Process) โดยย้อนกลับไปทบทวนข้อมูลดิบและปรับแก้การวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับขนาดของหน่วยความหมาย หรือการปรับชื่อหมวดหมู่ให้อธิบายรหัสที่รวมอยู่ได้อย่างแม่นยำ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และนำผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนตรวจสอบ (Member Checking)

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ได้แก่นสาระ (Theme) แก่นสาระย่อย (Subtheme) และหมวดหมู่ (Categories) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงแก่นสาระหลัก แก่นสาระรอง และหมวดหมู่

แก่นสาระหลัก	แก่นสาระรอง	หมวดหมู่
1.สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน	1.1 การเข้าถึงบริการและการส่งต่อ	- การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. - การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง - ระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย
	1.2 การจัดการอาการและความทุกข์ทรมาน	- การจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ - การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น - การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
	1.3 การสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์	- ความพร้อมของอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น - ระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ - การจัดการงบประมาณและค่าใช้จ่าย
2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	2.1 บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- บทบาทของทีมสหวิชาชีพ - การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล - การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัคร
	2.2 การประสานงานและการสื่อสาร	- การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว - การประสานงานระหว่างหน่วยงานและเครือข่าย - ช่องทางการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูล
3. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	3.1 ความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพ	- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง - ทักษะในการจัดการอาการและการดูแลระยะท้าย
	3.2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัคร	- ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย - ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
4. นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.1 นโยบายระดับท้องถิ่นและชุมชน	- การจัดตั้งคณะกรรมการหรือเครือข่ายการดูแล - การกำหนดแนวทางการดูแลเฉพาะของพื้นที่

ตารางที่ 1 แสดงแก่นสาระหลัก แก่นสาระรอง และหมวดหมู่

แก่นสาระหลัก	แก่นสาระรอง	หมวดหมู่
	4.2 แนวทางการปฏิบัติ	- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า - แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
5. ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนา	5.1 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	- ข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร - ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
	5.2 โอกาสในการพัฒนา	- การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน - การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนสะท้อนถึงความพร้อมและความท้าทายในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยระยะท้าย โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1.1 การเข้าถึงบริการและการส่งต่อ

การเข้าถึงบริการและการส่งต่อครอบคลุมถึงกระบวนการเชื่อมต่อข้อมูล การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย และระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. เป็นประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญ โดยพบว่ายังมีข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "ควรจะมีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลของ รพ. ซึ่งน่าจะยังไม่มี" (FC1-01) นอกจากนี้การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองยังไม่มีความชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะว่า “"ควรจะมีไครทีเรีย (Criteria, เกณฑ์) ในการเลือกเคส (Case, กรณีหรือผู้ป่วย) เข้า บางรายเขามีความรู้นะเพียงแต่เขาไม่มั่นใจเฉยๆ"” (FC1-02) ระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยยังขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "ใครจะเป็นคนแจ้งก่อน ระบบรีเฟอร์ (Refer, ส่งต่อ) เป็นยังไง อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) น่าจะรู้เป็นคนแรก และรายงาน" (FC1-02) จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการเชื่อมต่อข้อมูล การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย และการปรับปรุงระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน

1.2 การจัดการอาการและความทุกข์ทรมาน

การจัดการอาการและความทุกข์ทรมานครอบคลุมการจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยพบว่ายังมีข้อจำกัดในการจัดการอาการปวดเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "ในสถานพยาบาลที่รักษาเขาคงจะปรับยาแก้ปวดมาซักระยะแล้ว แต่ถ้ามาอยู่บ้านถ้ามีอาการก่อนนัด ผู้ป่วยมักไม่กล้าไปเพราะกลัวโดนดุ ปัญหานี้น่าจะแก้ที่ระบบ และข้อมูล แพทย์ต้องสั่ง" (FC1-03) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นยังเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการเข้าถึงยาแก้ปวดยาระงับปวดกลุ่มฝิ่น (Opioids) ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะว่า "ต้องประเมินผู้ป่วยประเมินญาติ แต่ความเจ็บปวด ทรมาน ถ้ามียามอร์ฟีน ซัพพอร์ต (Support, สนับสนุน) ได้ก็จะดี ให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี ไม่ทรมานเหมือนแนวคิดขององค์การอนามัยโลกบอก" (FC1-02) ส่วนการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้มีการเน้นย้ำว่า "พวกเรา ดูแลสภาพจิตใจ ร่างกาย วางแผน โดยดูประวัติ คนไข้ ญาติ ขาดอะไรก็ช่วยกันหา เพื่อให้เขามีกำลังใจ" (FC1-04)

1.3 การสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์

การสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์ครอบคลุมถึงความพร้อมของอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น ระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ และการจัดการงบประมาณและค่าใช้จ่าย โดยพบว่ายังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น "ขาดอุปกรณ์ เตียง ออกซิเจน" (FC1-06) ระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ยังไม่มีความชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จึงมีข้อเสนอแนะว่า "น่าจะทำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองและหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไว้ในชุมชนให้ผู้ป่วยยืมใช้ ซึ่งต้องมีข้อมูลและอุปกรณ์และการบริหารจัดการโดยชุมชน" (FC1-05) และการจัดการงบประมาณและค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิการรักษาในพื้นที่ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "มีคนไข้ที่ไม่มีสิทธิบัตรในเครือข่ายเรา ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่จะใช้กับผู้ป่วยก็ต้องจ่ายเงิน คนไข้กับญาติจะไหวมั้ย ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ราคาสูง ญาติเขาก็ไม่มีเงิน เราจะช่วยกันแก้ปัญหายังไง" (FC1-04) ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและเน้นถึงการดูแลผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษา

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

2.1 บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียครอบคลุมถึงบทบาทของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล ชุมชนและอาสาสมัคร โดยทีมสหวิชาชีพเป็นฝ่ายวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ดังคำที่ว่า "ประชุมทีมงานในการวางแผนว่าจะดูแลผู้ป่วยยังไงแล้วลงไปในพื้นที่เตรียมสถานที่ ญาติ ผู้นำ อสม.ว่าจะมีแนวทางการดูแลร่วมกันอย่างไร" (FC1-02) ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมสุขภาพในการสนับสนุนและให้ความรู้ดังคำกล่าวที่ว่า "เรารับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร วางแผนกับญาติและเจ้าหน้าที่ ร่วมกันและวางแผนออกเยี่ยมบ้าน เป็นระยะ แต่คงไม่ไปตลอดต้องให้ญาติเขาดูแล เราเป็นพี่เลี้ยง น่าจะมีการสร้างเครือข่าย มีทีมงานในชุมชนลงไปดูแลซัพพอร์ตจิตใจ” (FC1-01) การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครช่วยในการสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืน โดยมีการเสนอให้มีการจัดตั้งเครือข่ายในชุมชน "เราไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ให้มีเครือข่าย อสม. ให้มีความรู้ ระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย" (FC1-05)

2.2 การประสานงานและการสื่อสาร

การประสานงานและการสื่อสารครอบคลุมการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว การประสานงานระหว่างหน่วยงานและเครือข่าย รวมถึงช่องทางการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวเน้นการวางแผนร่วมกันและการให้ข้อมูลที่จำเป็น ดังคำกล่าวที่ว่า "ดูประวัติคนไข้ก่อน ว่าเขามีอะไรติดตัวออกมาด้วยต้องศึกษาเคส ครอบครัว มีอะไรขาด แต่ละเคส ไม่เหมือนกัน" (FC1-01) ส่วนการประสานงานระหว่างหน่วยงานและเครือข่ายยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะด้านการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการในชุมชน ดังคำกล่าว "ควรจะมีการพัฒนาระบบการ ส่งต่อข้อมูลของ รพ. ซึ่งน่าจะยังไม่มี" (FC1-01) ช่องทางการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลยังไม่มีความชัดเจน แต่มีความพยายามในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร ดังคำกล่าว " "เคยประสานที่ศูนย์มะเร็งเขายินดีจะส่งต่อข้อมูลให้ อุปกรณ์ที่ขาด สามารถดิสชาร์จแพลนนิ่ง (Discharge Planning, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย) ได้ หรือคอนซัลต์ (Consult, ปรึกษา) ทางไลน์ (Line, แอปพลิเคชันสื่อสาร) ได้ เขามีตัวแทนของศูนย์แต่ละศูนย์ แต่ต่างฝ่ายต่างทำ" (FC1-04) ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอแนะให้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงาน ""น่าจะมีโฟลว์ชาร์ต (Flow Chart,

แผนภูมิขั้นตอนการทำงาน) การดูแลสมมุติว่ามีอะไรเกิดขึ้นใครจะอเลิร์ต (Alert, แจ้งเตือน) ก่อน ต้องทำอย่างไร 1 2 3 ข้อมูลอะไรบ้าง" (FC1-02)

3. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครอบคลุมทั้งความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพ รวมถึงผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชน

3.1 ความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพ

ความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและทักษะในการจัดการอาการและการดูแลระยะท้าย ทั้งนี้ความรู้ยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่า "ความรู้ ทักษะการดูแลในพีซี (PC, Palliative Care, การดูแลแบบประคับประคอง) โรคอื่นนอกเหนือจากมะเร็ง และการดูแลภาวะวิกฤต" (FC1-03) รวมทั้งทักษะในการจัดการอาการและการดูแลระยะท้าย โดยเฉพาะการจัดการความปวดและความทุกข์ทรมาน เช่น "ต้องประเมินผู้ป่วยประเมินญาติ แต่ความเจ็บปวด ทรมาน ถ้ามียามอร์ฟีนส์ซัพพอร์ตได้ก็จะดี ให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีไม่ทรมานเหมือนแนวคิดขององค์การอนามัยโลกบอก" (FC1-02) รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรสุขภาพ "พวกเรา ดูแลสภาพจิตใจ ร่างกาย วางแผนโดยดูประวัติ คนไข้ ญาติ ขาดอะไรก็ช่วยกันหาเพื่อให้เขามีกำลังใจ" (FC1-04)

3.2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัคร

ความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัครครอบคลุมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยพบว่ามีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางประเด็น เช่น "บางครั้งญาติก็ไม่รู้จริง ๆ กลัวคนไข้หิว ไม่มีเอกสารหรือแผ่นพับให้ญาติได้อ่านวิธีดูแลเนาะ" (FC1-05) และขาดทักษะด้านการสังเกตอาการและการดูแลพื้นฐาน โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า "บ่เยี่ยวกะสิสวน วัดความดันอยู่ตลอด แม้กระทั่งหลับกะสิปลุกให้ตื่น ไม่รู้อาการระยะสุดท้าย" (FC1-02) นอกจากนี้ ยังได้เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครในชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่มีประสิทธิภาพ "เราไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ให้มีเครือข่าย อสม. ให้มีความรู้ ระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย" (FC1-05)

4. นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นกรอบในการกำหนดทิศทางและมาตรฐานการดูแล ครอบคลุมทั้งนโยบายระดับท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

4.1 นโยบายระดับท้องถิ่นและชุมชน

นโยบายระดับท้องถิ่นและชุมชนใช้ในการสร้างระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ประกอบด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการหรือเครือข่ายการดูแล และการกำหนดแนวทางการดูแลเฉพาะของพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการจัดตั้งคณะกรรมการหรือเครือข่ายการดูแลยังขาดการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ดังคำกล่าวที่ว่า "เราไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ให้มีเครือข่าย อสม. ให้มีความรู้ ระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย" (FC1-05) การกำหนดแนวทางการดูแลเฉพาะของพื้นที่ยังไม่ชัดเจน โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการขาดนโยบายเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง "รู้แต่ว่ามีนโยบายการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตาม KPI แต่ของเรายังไม่ได้มีนโยบายเฉพาะของเรา" (FC1-05) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอแนะให้มีการจัดการทรัพยากรในชุมชน "น่าจะทำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองและหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไว้ในชุมชนให้ผู้ป่วยยืมใช้ ซึ่งต้องมีข้อมูลและอุปกรณ์และการบริหารจัดการโดยชุมชน" (FC1-05)

4.2 แนวทางการปฏิบัติ

แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ ประกอบด้วยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรเน้นการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เช่น "ดูประวัติคนไข้ก่อน ว่าเขามีอะไรติดตัว ออกมาด้วยต้องศึกษาเคส ครอบครัว มีอะไรขาด แต่ละเคสไม่เหมือนกัน" (FC1-01) ส่วนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่มีความชัดเจน จึงเสนอให้มีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ดังนี้ "ประชุมทีมงานในการวางแผนว่าจะดูแลผู้ป่วยยังไง แล้วลงไปใน พท.เตรียมสถานที่ ญาติ ผู้นำ อสม. ว่าจะมีแนวทางการดูแลร่วมกันอย่างไร" (FC1-02) การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญโดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว "เวลาดูแล อย่าเอาเราเป็นศูนย์กลาง ต้องเอาคนไข้เป็นศูนย์กลาง เราเป็นพี่เลี้ยงซัพพอร์ตเป็นบางช่วง ถ้าเราเอาตัวเราเข้าไปเกินไปจะยาก เวลาทำงาน ต้องหาทีมงานในชุมชนมาช่วย" (FC1) รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง "เคยเห็นเปิดธรรมะให้ฟัง เพื่อให้ปลงว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และให้การดูแลตามที่คนไข้ต้องการ อยากกินอะไรก็ให้กิน เดี๋ยวจะว่าตายไปแล้วไม่ได้กิน" (FC1-01)

5. ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนา

ความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสะท้อนถึงสถานการณ์ปัจจุบันและแนวทางการปรับปรุงในอนาคต ครอบคลุมทั้งอุปสรรคในการดูแลและโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแล

5.1 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประกอบด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร รวมถึงความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากรว่า "บุคลากรน้อยลง งานหนักขึ้น เจ้าหน้าที่ท้อแท้" (FC1-04) นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน "ขาดอุปกรณ์ เตียง ออกซิเจน" (FC1-06) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะในด้านการจัดการอาการและการให้การดูแลที่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า “ในสถานพยาบาลที่รักษาเขาคงจะปรับยาแก้ปวดมาซักระยะแล้ว แต่ถ้ามาอยู่บ้านถ้ามีอาการก่อนนัด ผู้ป่วยมักไม่กล้าไป เพราะกลัวโดนดุ ปัญหานี้น่าจะแก้ที่ระบบ และข้อมูลแพทย์ต้องสั่ง” (FC1-03) นอกจากนี้ ยังมีความท้าทายในด้านการเข้าถึงบริการและสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เช่น “มีคนไข้นอกเขต ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่จะใช้กับผู้ป่วยก็ต้องจ่ายเงิน คนไข้กับญาติจะไหวมั้ย ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ราคาสูง ญาติเขาก็ไม่มีเงิน เราจะช่วยกันแก้ปัญหายังไง” (FC1-04)

5.2 โอกาสในการพัฒนา

โอกาสในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นสิ่งที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการดูแล โดยเน้นการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนและการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ระบบการดูแลมีความครอบคลุมและยั่งยืน ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะให้มีการสร้างเครือข่ายที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน "เราไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ให้มีเครือข่าย อสม. ให้มีความรู้ระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย" (FC1-05) เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้านโดยผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะให้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน "น่าจะทำศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองและหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไว้ในชุมชนให้ผู้ป่วยยืมใช้ ซึ่งต้องมีข้อมูลและอุปกรณ์และการบริหารจัดการโดยชุมชน" (FC1-05) และควรพัฒนาระบบการส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ เช่นคำกล่าวที่ว่า "เคยประสานที่ศูนย์มะเร็ง เขายินดีจะส่งต่อข้อมูลให้ อุปกรณ์ที่ขาดสามารถดิสชาร์จแพลนนิ่ง ได้ หรือคอนซัลต์ ทางไลน์

ได้ เขามีตัวแทนของศูนย์แต่ละศูนย์ แต่ต่างฝ่ายต่างทำ" (FC1-04)

ผลการศึกษาสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม โดยเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดการอาการและความทุกข์ทรมาน พร้อมทั้งการพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น การวิจัยยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่ายในชุมชน โดยเน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัคร รวมถึงการพัฒนาระบบการประสานงานและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังเน้นความสำคัญของการพัฒนานโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเน้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ทั้งหมดนี้มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนเป็นสิ่งท้าทายในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย โดยต้องคำนึงถึงการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์ และคณะ[3] เน้นความสำคัญของการจัดการอาการปวดและการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเด็กมะเร็งระยะสุดท้าย ขณะที่รัตนาภรณ์ รักชาติ และคณะ[10] (2565) เสนอรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงระบบแบบไร้รอยต่อโดยใช้หลัก "บวร" (บ้าน วัด โรงเรียน) สอดคล้องกับ Johnson และคณะ[11] ชี้ให้เห็นประสิทธิผลของการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่ครอบคลุมหลายมิติและสถานที่ การบูรณาการแนวคิดเหล่านี้เข้ากับบริบทของชุมชนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายเป็นปัจจัยหนึ่งในการพัฒนาระบบการดูแลที่ยั่งยืน บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ[5] แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบเครือข่ายแบบไร้รอยต่อในชุมชนเพิ่มคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับสารสิน กิตติโพวานนท์ และรัตนาภรณ์ ประชากูล[12] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ วรนุช จันทะบูรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง[13] (2565) ยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วย อดิศร อุดรทักษ์ และนภาพร อารมณ์สวะ[14] ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายจึงเป็นแนวทางจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการได้อย่างครอบคลุม

การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล และอาสาสมัครในชุมชนเป็นองค์ประกอบในการยกระดับคุณภาพการดูแล วรัญญา จิตรบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล[15] พบว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลที่บ้านช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สอดคล้องกับสุปราณี ภูผาคุณ[16] ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง de Nooijer และคณะ[17] เสนอแนวทางการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทางระยะสั้นที่เน้นการฝึกอบรมและการทำงานร่วมกันในระบบปฐมภูมิ การลงทุนในการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมสร้างระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างระบบการดูแลที่มี

ประสิทธิภาพ เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง[7] ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการพัฒนานโยบายที่ครอบคลุมทั้งด้านระบบบริการ การพัฒนาบุคลากร และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับนครินทร์ โสมาบุตร[18] (2566) ที่เสนอรูปแบบบริการตามนโยบาย 3 หมอในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Peeler และคณะ[19] เน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

การพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรและการจัดการด้านเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างประสิทธิภาพของการดูแล รัตนาภรณ์ รักชาติ และคณะ[10] ชี้ให้เห็นความสำคัญของการจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ที่เข้าถึงง่ายในชุมชน สอดคล้องกับสารสิน กิตติโพวานนท์ และรัตนาภรณ์ ประชากูล[1212] ที่พบว่าการจัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ Zimbroff และคณะ[20] เน้นย้ำว่าการพิจารณาปัจจัยทางเศรษฐกิจในการให้บริการดูแลที่บ้าน การพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรและการจัดการด้านเศรษฐกิจที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลไกในการเสริมสร้างความยั่งยืนและการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนอย่างทั่วถึง

ผลการศึกษาสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม โดยเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดการอาการและความทุกข์ทรมาน พร้อมทั้งการพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่ายในชุมชน โดยเน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลและอาสาสมัคร รวมถึงการพัฒนาระบบการประสานงานและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนานโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เน้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เพื่อเป้าหมายการยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรพัฒนาทักษะการจัดการอาการในผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบายในบริบทการดูแลที่บ้าน รวมถึงเสริมสร้างความรู้ด้านการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณ พัฒนาระบบการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2.ด้านการศึกษาพยาบาล ควรบรรจุหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนเข้าในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทุกระดับ พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทาง ส่งเสริมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ และจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรสุขภาพ

3.ด้านการวิจัย: ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่บูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันและทางเลือก วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการดูแล และศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

4.ด้านนโยบายสาธารณสุข: ควรสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน จัดสรรงบประมาณสำหรับวัสดุและครุภัณฑ์ที่จำเป็น พัฒนาระบบการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนานโยบาย และพัฒนาระบบการเงินการคลังที่สนับสนุนการดูแลในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2002 [cited 2024 Aug 23]. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en
2. วณิชา พึ่งชมภู. การพยาบาลผู้สูงอายุ: การสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เล่ม 1. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
3. เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์, ชนานันท์ โพธิ์ขวาง, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, พนิดา อาวุธ. การพยาบาลเด็กป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: มุมมองในประเด็นสำคัญ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560; 18(3): 1-13.
4. พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประดับประคอง (Palliative Care) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2561.
5. บรรเทิง พลสวัสดิ์, สำราญ พูลทอง, กิติยาพร จันทร์ชม, จรูญศรี มีหนองหว้า, ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา. การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2560; 26(5): 905-913.
6. ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, พิเชฐ บัญญัติ. รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. สักทอง: วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.) 2560; 23(1): 154-176.
7. เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง. การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคองกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2564; 17(1): 15-29.
8. Chung H, Harding R, Guo P. Palliative Care in the Greater China Region: A Systematic Review of Needs, Models, and Outcomes. J Pain Symptom Manage 2021; 61(3): 585-612.
9. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. Afr J Emerg Med 2017; 7(3): 93-99.
10. รัตนาภรณ์ รักชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร์วงศ์ใหญ่, ภัทรนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2565; 4(2): 1-19.
11. Johnson MJ, Rutterford L, Sunny A, Pask S, de Wolf-Linder S, Murtagh FEM, et al. Benefits of specialist palliative care by identifying active ingredients of service composition, structure, and delivery model: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. PLoS Med 2024; 21(8): e1004436.
12. สารสิน กิตติโพวานนท์, รัตนาภรณ์ ประชากูล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ 2565; 7(4): 64-74.
13. วรนุช จันทะบูรณ์, บัวพันธ์ พรหมพักพิง. ความอยู่ดีมีสุขและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2565; 14(28): 151-165.
14. อดิศร อุดรทักษ์, นภาพร อารมณ์สวะ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2): 200-208.
15. วรัญญา จิตรบรรทัด, มิ่งขวัญ เกตุกำพล. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2565; 9(12): 155-170.
16. สุปราณี ภูผาคุณ. รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(1): 81-89.
17. de Nooijer K, Pivodic L, Van Den Noortgate N, Pype P, Evans C, Van den Block L. Timely short-term specialized palliative care service intervention for older people with frailty and their family carers in

primary care: Development and modelling of the frailty+ intervention using theory of change. Palliat Med 2021; 35(10): 1961-1974. https://doi.org/10.1177/02692163211040187

18. นครินทร์ โสมาบุตร. การพัฒนารูปแบบบริการตามนโยบาย 3 หมอ ในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;17(2):532-542.
19. Peeler A, Afolabi O, Adcock M, Evans C, Nkhoma K, van Breevoort D, et al. Primary palliative care in low- and middle-income countries: A systematic review and thematic synthesis of the evidence for models and outcomes. Palliat Med 2024; 2692163241248324.
20. Zimbroff RM, Ritchie CS, Leff B, Sheehan OC. Home-Based Primary and Palliative Care in the Medicaid Program: Systematic Review of the Literature. J Am Geriatr Soc 2021; 69(1): 245-254.
21. Chung H, Harding R, Guo P. Palliative Care in the Greater China Region: A Systematic Review of Needs, Models, and Outcomes. J Pain Symptom Manage 2021; 61(3): 585-612.
22. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. Afr J Emerg Med 2017; 7(3): 93-99.

บทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองและป้องกันกลุ่มอาการดาวน์: กรณีศึกษา

The role of nurses in counseling pregnant women for screening and prevention of Down Syndrome: case study.

(Received: August 26,2024 ; Revised: August 29,2024 ; Accepted: August 30,2024)

เพ็ญ จิระชีวะนันท์[1]
Pen Jiracheewanun[1]

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่สำคัญและมีความละเอียดอ่อนสำหรับสตรีตั้งครรภ์ทุกคน ซึ่งการให้การดูแลที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง หนึ่งในความเสี่ยงที่สำคัญที่สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญคือโอกาสที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดจากการมีโครโมโซม 21 เกินมา การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลก่อนคลอดที่สำคัญ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและการเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงดูทารกที่อาจมีความต้องการพิเศษ บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองและป้องกันกลุ่มอาการดาวน์มีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีความสามารถในการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความเครียดและความกังวลที่เกิดขึ้นในกระบวนการนี้ การให้คำปรึกษาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งรวมถึงการประเมินความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เหมาะสมและการเชื่อมต่อกับทรัพยากรที่จำเป็นในชุมชน นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการตรวจคัดกรองและวิธีการดูแลที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์, การตรวจโครโมโซม, การให้คำปรึกษา

Abstract

Pregnancy is a crucial and sensitive period for all expectant mothers, and providing appropriate care is of utmost importance. One significant risk that pregnant women face is the possibility of their fetus having genetic abnormalities, such as Down syndrome. Down syndrome is a condition caused by the presence of an extra chromosome 21. Screening for Down syndrome is a critical part of prenatal care that can help patients obtain necessary information to make informed decisions about care and preparation for raising a child who may have special needs.

The role of nurses in counseling pregnant women for screening and preventing Down syndrome is extremely important. Nurses are responsible for providing accurate, clear, and comprehensive information about screening procedures, associated risks, and potential outcomes. Additionally, nurses must be capable of providing psychological and emotional support to patients to help reduce the stress and anxiety that may arise during this process. Effective counseling enables patients to make well-informed decisions with confidence in their ability to care for themselves and their unborn children. Nurses must possess strong communication skills and the ability to support patients and their families appropriately. This includes assessing the needs and feelings of the patient, providing suitable information, and connecting patients with necessary community resources. Moreover, nurses should be knowledgeable about screening techniques and appropriate care methods for high-risk pregnancies to provide effective guidance and care.

Keywords: Down syndrome screening, chromosomal testing, counseling

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของจำนวนโครโมโซมที่พบได้บ่อยที่สุดในโลก ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์มีลักษณะอาการทางคลินิกและอาการแสดงที่จำเพาะ เช่น มีลักษณะใบหน้ากลม ศีรษะแบน ตาเฉียงขึ้น ดั้งจมูกแบน ลิ้นมักยื่นออกมา กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก มือสั้นและกว้าง มีเส้นลายมือขวางนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของนิ้วเท้าอยู่ห่างกัน เป็นต้น ลักษณะเด่นคือ มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าทั่วไป หัวใจพิการแต่กำเนิด ร่วมกับความผิดปกติในระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบโลหิต การได้ยิน การมองเห็น ระบบทางเดิน อาหาร ผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น[1,2] ทารกกลุ่มอาการดาวน์จึงต้องได้รับการดูแล อย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเกิด ทั้งการรักษาพยาบาลภาวะ ที่ผิดปกติไป และการกระตุ้นพัฒนาการ อุบัติการณ์ การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์พบได้ประมาณ 1 ใน 800 ถึง 1 ใน 1000 ของทารกแรกเกิดมีชีพ ในประเทศไทยมีเด็กเกิดใหม่ปีละประมาณ 800,000 คน หากไม่มีการควบคุมและป้องกัน ประมาณการได้ว่า จะพบทารกกลุ่มอาการดาวน์รายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ ประมาณ 800 - 1,000 คน[1]

การตรวจคัดกรองมีเป้าหมายเพื่อค้นหา สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์ทารก กลุ่มอาการดาวน์ ผลการตรวจคัดกรองจึงมีความสำคัญในการให้คำแนะนำการตรวจวินิจฉัยเพื่อการยืนยันในขั้นต่อไป การตรวจคัดกรองจึงต้องเป็นการทดสอบที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับทั้งความแม่นยำ ความเที่ยงตรง ความไว ได้ผลเร็ว ค่าใช้จ่ายไม่สูง และมีผลบวกลวงต่ำ การรายงาน ผลการตรวจคัดกรอง มี 2 ลักษณะ ดังนี้[2] 1) ความเสี่ยงสูง (High risk) แสดงว่ามีโอกาสสูง ที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ หญิงตั้งครรภ์ จะได้รับคำแนะนำให้ตรวจยืนยันต่อด้วยการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal diagnosis: PND) เพราะไม่เสมอไปที่ทารกในครรภ์จะมีโครโมโซมผิดปกติทุกราย กรณีผลการตรวจกรองพบว่าอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพื่อให้รู้ อย่างแน่ชัดว่าทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์หรือไม่ เนื่องจากการแปลผลจากการตรวจกรองเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถให้คาตอบได้ เพราะแม้ว่าผลการตรวจกรองจะพบว่ามีความเสี่ยงสูงมากเพียงไรแต่ก็ยังเป็นแค่ "โอกาส" ที่ทารกจะเป็นกลุ่มอาการดาวน์เท่านั้น ไม่ได้หมายความว่าทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ อย่างแน่นอน 2) ความเสี่ยงต่ำ (Low risk) แสดงว่ามีโอกาสน้อย ที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ มีความจำเป็น น้อยมากที่จะต้องตรวจยืนยันต่อด้วยการวินิจฉัยทารกในครรภ์ แต่ไม่ได้หมายความว่าทารกในครรภ์จะปกติทั้งหมด ซึ่งในกรณีนี้หากหญิงตั้งครรภ์ยังมีความวิตกกังวลอยู่มาก เกี่ยวกับเรื่องกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ อาจแนะนาให้ทำการตรวจคลื่นเสี่ยงความถี่สูงในช่วงอายุ ครรภ์ประมาณ 20 - 22 สัปดาห์เพื่อเป็นการค้นหาความผิดปกติหรือความพิการแต่กาเนิดในเบื้องต้นได้

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ เป็นการตรวจสารชีวเคมีในกระแสเลือดของมารดาขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 เพื่อตรวจคัดกรองว่ารายใดมีความเสี่ยงสูงที่จะให้กำเนิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ ส่วนการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด คือการตรวจเพื่อยืนยันในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วแปลผลว่าอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง[2,4] วิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ที่ใช้มากที่สุด มีดังนี้ 1) สำหรับอายุหญิงตั้งครรภ์ (Maternal age: MA)[3] หญิงตั้งครรภ์มีอายุมากกว่า 35 ปี เมื่อนับถึงวันกำหนดคลอด มีความเสี่ยงสูงต่อการมีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์ กรณีนี้แพทย์จะแนะนำให้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพื่อหาความผิดปกติของโครโมโซม แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เพราะกลัวอันตรายที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการเจาะน้ำคร่ำก็สามารถเลือกที่จะตรวจคัดกรอง ด้วยวิธีอื่นๆ ก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นประกอบการตัดสินใจ 2) การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เพื่อวัด NT ในไตรมาสแรก[4] คือ การวัด Nuchal translucency (NT) ของน้ำที่สะสมบริเวณด้านหลังต้นคอของทารกในครรภ์ในช่วงอายุ 11-13 สัปดาห์ ประมาณ 1 ใน 3 ของทารกในครรภ์ที่

มี NT หนาผิดปกติจะมีโครโมโซมผิดปกติ และครึ่งหนึ่งของทารกกลุ่มที่มีโครโมโซมผิดปกตินี้จะเป็นทารกกลุ่มอาการดาวน์ ทั้งนี้ NT ที่หนาผิดปกตินี้ไม่ถือว่าเป็นความพิการของทารกในครรภ์แต่เป็นเครื่องหมายแสดงถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น NT จะมีความหนามากขึ้นในทารกที่อายุครรภ์มากขึ้น ดังนั้นอายุครรภ์ที่วัดความหนาของ NT ก็ส่งผลต่อประสิทธิภาพของ NT ในการแยกการตั้งครรภ์ทารกกลุ่มอาการดาวน์ออกจากทารกปกติ โดยพบว่าประสิทธิภาพจะลดลงหากตรวจคัดกรองในอายุครรภ์ที่มากขึ้น ดังนั้นการวัดความหนาของ NT เพียงอย่างเดียว จึงถูกแนะนำให้ใช้เฉพาะการตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ในกรณีการตั้งครรภ์แฝด

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สาระความรู้และข้อเท็จจริง (fact) เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์แก่หญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส เพื่อให้เกิดการยอมรับ เข้าใจผลที่จะเกิด ตามมา และมีทางเลือกในการตัดสินใจที่เหมาะสม[3] หลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ กลุ่มอาการดาวน์ คือ การตัดสินใจและยอมรับของหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสเป็นหลัก ส่วนผลในการลดอุบัติการณ์ การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ในประชากรถือเป็นผลพลอยได้ และการบอกแต่สิ่งที่เป็นความจริง ซึ่งต้องไม่ก่อให้เกิดความหวาดกลัวหรือ ความวิตกกังวลมากอย่างไม่สมเหตุผล ทั้งนี้ควรให้คำปรึกษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสอยู่พร้อมกัน ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าทารก ในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์หรือไม่ แต่การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดจะบอกได้แน่นอน รวมทั้งอธิบาย วิธีการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจ และการรายงานผลการตรวจคัดกรอง ซึ่งจะรายงานผล ออกมาเป็นตัวเลขความเสี่ยงหลังจากประมวลข้อมูลทั้งหมดแล้ว เช่น ความเสี่ยง 1 : 200 หมายถึง มีโอกาส 1 ใน 200 หรือคิดเป็นร้อยละ 0.50 ที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์หรือความเสี่ยง 1 : 500 หมายถึง มีโอกาส 1 ใน 500 หรือคิดเป็นร้อยละ 0.20 ที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเข้าใจ[5]

ทางเลือกในกรณีที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์ มี 2 ทาง คือ การยุติการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ต่อไป โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอต่อการตัดสินใจ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นปัญหาเป็นอย่างดี และสามารถค้นหาข้อมูล ที่จำเป็นในการตอบคำถามของหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส ทั้งนี้การให้คำปรึกษาอาจต้องให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวหลายครั้งหลาย จนกว่าหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสจะเข้าใจอย่างถ่องแท้ ต้องมีเวลาให้หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสอย่างเพียงพอ และมีสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษา โดยข้อมูลเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสต้อง ถือเป็นความลับ ไม่มีสิทธิที่จะเปิดเผย นอกจากได้รับอนุญาตและความยินยอมก่อน

พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทารกกลุ่มอาการดาวน์ นอกจากจะต้องมีความรู้เป็นอย่างดีในเรื่องโรคแล้ว ยังต้องมีทักษะที่จำเป็น ดังนี้[8] 1) ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการของดาวน์ 2) ทักษะการสื่อสาร 3) การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ 4) ทักษะการจัดการกรณีและการวางแผนการดูแล 5) ความสามารถในการให้ความรู้ 6) ทักษะการประเมินและติดตามผล 7) ความละเอียดรอบคอบและความอดทน 8) ความเข้าใจวัฒนธรรมและความหลากหลาย การมีทักษะเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลและคำแนะนำที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์สูงสุด

เพื่อเป็นแนวทางการให้คำแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ ผู้ศึกษาจึงนำเสนอเป็นเคสกรณีศึกษา 2 กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาตามขั้นตอนกระบวนการของการให้คำปรึกษา โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวเชิงจิตสังคม (Psychosocial Adjustment Theory) เน้นการปรับตัวและการจัดการกับความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่เกิดจากการเผชิญกับความท้าทายทางสุขภาพ โดยหลักการสำคัญ คือการให้คำปรึกษาเพื่อ

ช่วยหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวปรับตัวกับสถานการณ์ การสนับสนุนการรับรู้และการยอมรับความรู้สึกของตนเอง และการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด ควบคู่ไปกับการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนการปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ก่อนคลอด ได้รับการดูแลและได้รับคำปรึกษา ทางเลือกในการตัดสินใจ เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์และ ลดปัญหาในการเลี้ยงดูต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองและป้องกันกลุ่มอาการดาวน์

วิธีการศึกษา

ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย โดยมีการคัดแบบเจาะจง เพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างกรณีศึกษา โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นกรณีศึกษาที่ผ่านการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์แต่ไม่ได้ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ เปรียบเทียบกรณีศึกษาที่ 2 การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์แต่หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงปีงบประมาณ 2566 จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความรู้ความเข้าใจ แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้ง ประเมินสภาพผู้ป่วยและตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องกลุ่มอาการดาวน์และการให้คำปรึกษา เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมประเมินโดยใช้แบบแผนภาวะสุขภาพ (Functional Heath Pattern) 11 แบบ แผนของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน [9] เป็นกรอบแนวคิดในการประมินภาวะสุขภาพของบุคคล และวางแผนให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวเชิงจิตสังคม (Psychosocial Adjustment Theory) และใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล

5. ให้การพยาบาลให้คำปรึกษาตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

6. สรุปผลการพยาบาลให้คำปรึกษา และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาลให้คำปรึกษา

7. รวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม

8. ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ตารางที่ 1 สรุปข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยและแผนการรักษาของแพทย์

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป - สตรีตั้งครรภ์ อายุ 36 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมาฝากครรภ์ ครั้งแรกอายุครรภ์ 8^{+6} สัปดาห์ - ประวัติการตั้งครรภ์ $G_6P_2A_3L_2$ last child 4 ปี อายุครรภ์ 8^{+6} สัปดาห์ LMP: 16/3/2566 EDC: 23/12/2566 by U/S - ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรม ปฏิเสธ อาการแพ้ยา และสารเคมี	**ข้อมูลทั่วไป** - สตรีตั้งครรภ์ อายุ 44 ปี มาโรงพยาบาลด้วยปวดท้อง ไม่มีเลือดออก ตรวจ UPT ผล Positive - ประวัติการตั้งครรภ์ $G_2P_1A_0L_1$ last child 5 ปี อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ LMP: 5/1/2567 EDC: 16/10/2567 by U/S - ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรม ปฏิเสธ อาการแพ้ยา และสารเคมี

ตารางที่ 1 สรุปข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยและแผนการรักษาของแพทย์

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การวินิจฉัยและแผนการรักษาของแพทย์ - ผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ พบโครโมโซมผิดปกติ: Male karyotype with trisomy 21 (47, XY, +21) **ผลการให้คำปรึกษา** ภายหลังหญิงตั้งครรภ์และสามี ทราบผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ พบว่าผลโครโมโซมมีความผิดปกติ Male karyotype with trisomy 21 (47,XY,+21) ทีมให้คำปรึกษา ได้ทำการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติของทารกในครรภ์ พร้อมทั้งเสนอทางเลือกให้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี ตัดสินใจในการที่จะยุติการตั้งครรภ์ หรือไม่ยุติการตั้งครรภ์ ภายหลังการให้คำแนะนำปรึกษา สำหรับกรณีศึกษานี้ หญิงตั้งครรภ์และสามี เลือกที่จะเก็บทารกไว้ ไม่ยุติการตั้งครรภ์ ทีมปรึกษาให้คำหญิงตั้งครรภ์และสามี เกี่ยวกับ ทารกที่จะคลอดออกมาจะมีความผิดปกติเป็นดาวน์ซินโดรม มารดาและสามีรับทราบพร้องทั้งลงชื่อรับทราบ สรุปหญิงตั้งครรภ์คลอดโดยการคลอดเอง ที่โรงพยาบาล อายุครรภ์ตอนคลอด 35^{+2} สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,070 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด ให้นมบุตรได้ดี	**การวินิจฉัยและแผนการรักษาของแพทย์** - ผลการประเมินอายุครรภ์ด้วยเครื่องอัลตร้าซาวน์ ได้อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ แพทย์ให้เจาะเลือดตามมาตรฐานการฝากครรภ์ และให้ส่งตรวจเพื่อคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ - ผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ พบโครโมโซมผิดปกติ: Chromosome analyte revealed an abnormal female chromosome complement in all cells examined with an extra chromosome 18 (trisomy 18) consistent with the clinical diagnosis of Edwards syndrome (47, XX, +18) -ภายหลังให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของทารกในครรภ์ พร้อมทั้งเสนอทางเลือกให้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี หญิงตั้งครรภ์และสามีตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากทารกมีความผิดปกติขั้นรุนแรง เป็นกลุ่มอาการที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ทารกกลุ่มเอ็ดเวิร์ดจะมีความผิดปกติของระบบร่างกายหลายระบบจึงมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง ส่วนมากมักเสียชีวิตในขวบปีแรก และมีเพียงร้อยละ1 เท่านั้นที่จะอยู่รอดได้จนอายุเกิน 10 ขวบ สรุปหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ตอนอายุครรภ์ได้ 22^{+2} สัปดาห์ เนื่องจากทารกเป็น Edward syndrome
สรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษา จากกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี เปรียบเทียบได้ว่าเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการดาวน์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือมากกว่า 35 ปี ความเสี่ยงประมาณ 1 ใน 350 และอายุ 45 ปี ความเสี่ยงประมาณ 1 ใน 30 และความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดทางกรรมพันธุ์ ได้แก่ กลุ่มอาการ Turner คือการมีโครโมโซม X เพียงตัวเดียว, กลุ่มอาการ Edward (Trisomy 18) มีความผิดปกติที่เกิดจากการมีโครโมโซม 18 เกินมา และกลุ่มอาการ Patau (Trisomy 13) มีความผิดปกติที่เกิดจากการมีโครโมโซม 13 เกินมา นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์อื่นๆ ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes) การคลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตของทารกช้าในครรภ์ (Intrauterine Growth Restriction - IUGR) และเสี่ยงต่อการแท้งบุตรในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ จากการเปรียบเทียบผลการตรวจโครโมโซมที่พบความผิดปกติพบว่ากรณีศึกษาแรกพบความผิดปกติเป็น Male karyotype with trisomy 21 (47,XY,+21) ภายหลังพบทีมให้คำปรึกษาตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อเก็บทารกไว้และยอมรับเกี่ยวกับอาการของทารกดาวน์ซินโดรม ทารกคลอดตอนอายุครรภ์ได้ 35^{+2} สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,070 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด ให้นมบุตรได้ดี ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบความผิดปกติเป็น Chromosome analyte revealed an abnormal female chromosome complement in all cells examined with an extra chromosome 18 (trisomy 18) consistent with the clinical diagnosis of Edwards syndrome (47,XX,+18) ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ จาก 2 กรณีศึกษาจะเป็นได้การให้คำปรึกษาเสนอทางเลือกแต่สตรีตั้งครรภ์และสามี มีความสำคัญเป็นอย่างมาก การให้คำปรึกษานอกจากจะเป็นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ เสนอแนวทางการดูแล เพื่อให้มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจและวางแผนในอนาคตได้อย่างเหมาะสม ทั้งการวางแผนการเลี้ยงดู และการส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็กกลุ่มอาการดาวน์ รวมถึงในกรณีที่ต้องยุติการตั้งครรภ์และการติดตามหลังการยุติการตั้งครรภ์	

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ตารงที่ 2 สรุปการประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	จากการประเมิน พบว่าก่อนการตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ภายหลังได้รับความรู้ทำให้เข้าใจกลุ่มอาการดาวน์มากขึ้น	จากการประเมิน พบว่าก่อนการตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ภายหลังได้รับความรู้ทำให้เข้าใจกลุ่มอาการดาวน์มากขึ้น

ตารางที่ 2 สรุปการประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	วิเคราะห์: สรุปได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคดาวน์ ภายหลังได้รับคำปรึกษา สามารถเข้าใจและเลือกที่จะเก็บทารกไว้	**วิเคราะห์:** สรุปได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคดาวน์ ภายหลังได้รับคำปรึกษา สามารถเข้าใจและเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์
2. แบบแผนโภชนาการและการเผาพลาญอาหาร	จากการประเมินเป็นสตรีอยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะแรก ไม่พบปัญหาด้านโภชนาการรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ไม่มีอาการแพ้ท้อง รับประทานอาหารได้ปกติ ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้	จากการประเมินสตรีอยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะแรก ไม่พบปัญหาด้านโภชนาการ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ไม่มีอาการแพ้ท้อง รับประทานอาหารได้ปกติ ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้
3. แบบแผนการขับถ่าย	จากการประเมินสามารถขับถ่ายได้ปกติ ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด ปริมาณปกติ **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้	จากการประเมินเป็นสตรีอยู่ในระยะตั้งครรภ์ สามารถขับถ่ายได้ปกติ ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด ปริมาณปกติ **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้
4. แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย	จากการประเมินสตรีตั้งครรภ์สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ทำงานได้ปกติ แต่มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย และง่วงนอนตลอดเวลา **วิเคราะห์:** มีปัญหาเหนื่อยอ่อนเพลียจากตั้งครรภ์	จากการประเมินสตรีตั้งครรภ์สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ทำงานได้ปกติ แต่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียและง่วงนอนตลอดเวลา **วิเคราะห์:** มีปัญหาเหนื่อยอ่อนเพลียจากตั้งครรภ์
5. แบบแผนการนอนหลับ	จากการประเมินสตรีตั้งครรภ์นอนพักผ่อนได้ดีวันละ 8-10 ชม. ไม่มีปัญหาในการนอน **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้	จากการประเมินสตรีตั้งครรภ์นอนพักผ่อนได้ดีวันละ 8-10 ชม. ไม่มีปัญหาในการนอน **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้
6. แบบแผนสติปัญญาการรับรู้	จากการประเมินการรับรู้ทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถอ่านหนังสือ และเขียนหนังสือได้ สามารถที่จะเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งที่อธิบายได้ดี ภายหลังได้มีการให้ความรู้และแนวทางการรักษาให้รับทราบ **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้	จากการประเมินการรับรู้ทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถอ่านหนังสือ และเขียนหนังสือได้ สามารถที่จะเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งที่อธิบายได้ดี ภายหลังได้มีการให้ความรู้และแนวทางการรักษาให้รับทราบ **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	จากการประเมินเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และเชื่อในความสามารถของตนเองรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาการรับรู้ตัวเองได้ดี ช่วยเหลือตัวเองได้ พร้อมที่จะรับฟังและเรียนรู้	จากการประเมินเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และเชื่อในความสามารถของตนเองรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาการรับรู้ตัวเองได้ดี ช่วยเหลือตัวเองได้ พร้อมที่จะรับฟังและเรียนรู้
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ	ทำบทบาทหน้าที่ตัวเองได้ดี ไม่ว่าจะเป็นบทบาทภรรยา บทบาทการเป็นแม่ที่ต้องดูแลบุตร ไม่มีปัญหาในครอบครัวสัมพันธภาพกับสามีอยู่ในเกณฑ์ดี สามีคอยช่วยเหลือพึ่งพาได้ตลอด **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้	ทำบทบาทหน้าที่ตัวเองได้ดี ไม่ว่าจะเป็นบทบาทภรรยา บทบาทการเป็นแม่ที่ต้องดูแลบุตร ไม่มีปัญหาในครอบครัวสัมพันธภาพกับสามีอยู่ในเกณฑ์ดี สามีคอยช่วยเหลือพึ่งพาได้ตลอด **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้
9. แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์	จากการสอบถาม มีเพศสัมพันธ์ได้ปกติ ไม่มีปัญหาในเรื่องนี้ รวมทั้งสามีก็ไม่พบปัญหา **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้	จากการสอบถาม มีเพศสัมพันธ์ได้ปกติ ไม่มีปัญหาในเรื่องนี้ รวมทั้งสามีก็ไม่พบปัญหา **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้
10. แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด	จากการประเมินภายหลังทราบผลการตรวจว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติของโครโมโซม ทำให้เกิดความวิตก	จากการประเมินภายหลังทราบผลการตรวจว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติของโครโมโซม ทำให้เกิดความ

ตารางที่ 2 สรุปการประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	กังวลเป็นอย่างมากในการที่จะเลือกให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปหรือยุติการตั้งครรภ์ **วิเคราะห์:** พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้ เนื่องจากเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารก	วิตกกังวลเป็นอย่างมากในการที่จะเลือกให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปหรือยุติการตั้งครรภ์ **วิเคราะห์:** พบปัญหาในแผนสุขภาพนี้ เนื่องจากเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารก
11. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธชอบทำบุญ มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ และการทำความดี ส่วนความเชื่อในด้านสุขภาพ เชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน เนื่องจากว่าเป็นคนสมัยใหม่ เวลาเจ็บป่วยเขาจะเลือกไปรักษาสถานพยาบาล หรือตามคลินิก **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแบบแผนด้านความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธชอบทำบุญ มีความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ และการทำความดี ส่วนความเชื่อในด้านสุขภาพ เชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน เนื่องจากว่าเป็นคนสมัยใหม่ เวลาเจ็บป่วยเขาจะเลือกไปรักษาสถานพยาบาล หรือตามคลินิก **วิเคราะห์:** ไม่พบปัญหาในแบบแผนด้านความเชื่อ
สรุปปัญหาจากการประเมินแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน	แบบแผนที่ 1 แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 4 แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 10 แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด	แบบแผนที่ 1 แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 4 แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 10 แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด

2.2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

จากการประเมินแบบแผนสุขภาพโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน นำมาสรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก **ป้าหมายการพยาบาล;** เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก **กิจกรรมการพยาบาล** 1. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ได้แก่ 1.1 อธิบายเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และลักษณะของกลุ่มอาการดาวน์ 1.2 อธิบายขั้นตอนการตรวจคัดกรอง: อธิบายถึงวิธีการตรวจคัดกรองที่ใช้ รวมถึงความแม่นยำและข้อจำกัดของแต่ละวิธี เช่น Quadruple test, NIPT, การตรวจเลือด, การตรวจน้ำคร่ำ เป็นต้น 1.3 อธิบายผลการตรวจและความหมาย: อธิบายผลการตรวจคัดกรองและความหมายของผลลัพธ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าผลลัพธ์นั้นหมายถึงอะไร 2. การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ โดย 2.1 สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย: สร้างบรรยากาศที่เปิดให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความกังวลและตั้งคำถามได้อย่างอิสระ 2.2 การให้การสนับสนุนทางอารมณ์: สนับสนุนทางอารมณ์และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่คอยเข้าใจและอยู่เคียงข้าง 3. การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย ได้แก่	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก **เป้าหมายการพยาบาล;** เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก **กิจกรรมการพยาบาล** 1. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ได้แก่ 1.1 อธิบายเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และลักษณะของกลุ่มอาการดาวน์ 1.2 อธิบายขั้นตอนการตรวจคัดกรอง: อธิบายถึงวิธีการตรวจคัดกรองที่ใช้ รวมถึงความแม่นยำและข้อจำกัดของแต่ละวิธี เช่น NIPT, การตรวจเลือด, การตรวจน้ำคร่ำ เป็นต้น 1.3 อธิบายผลการตรวจและความหมาย: อธิบายผลการตรวจคัดกรองและความหมายของผลลัพธ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าผลลัพธ์นั้นหมายถึงอะไร 2. การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ โดย 2.1 สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย: สร้างบรรยากาศที่เปิดให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความกังวลและตั้งคำถามได้อย่างอิสระ 2.2 ฟังอย่างตั้งใจ: ฟังความกังวลและปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและให้การตอบสนองที่เหมาะสม 2.3 การให้การสนับสนุนทางอารมณ์: สนับสนุนทางอารมณ์และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่คอยเข้าใจและอยู่เคียงข้าง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3.1 การหายใจลึกๆ: สอนเทคนิคการหายใจลึก ๆ และการหายใจแบบผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเครียด 3.2 การทำสมาธิหรือโยคะ: แนะนำการทำสมาธิหรือการฝึกโยคะเพื่อช่วยในการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล 4. การประสานงานกับทีมสุขภาพ 4.1 การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ: หากจำ เป็น ส่งต่อผู้ป่วยไปพบกับผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรมหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตใจ 4.2 การประสานงานกับแพทย์: ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมและแนะนำการตรวจเพิ่มเติมหากจำเป็น 5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว 5.1 การมีส่วนร่วมของคู่สมรส: สนับสนุนให้คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนและการตัดสินใจ 5.2 การให้ข้อมูลแก่ครอบครัว: ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คู่สมรสและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์และวิธีการสนับสนุน 6. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุน 6.1 แนะนำกลุ่มสนับสนุน: แนะนำกลุ่มสนับสนุนที่สามารถให้การช่วยเหลือและคำปรึกษาเพิ่มเติม เช่น กลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีกลุ่มอาการดาวน์ 6.2 การใช้ทรัพยากรในชุมชน: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรและบริการที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย **ประเมินผลการพยาบาล** 1. สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจคัดกรอง 2. สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ 3. สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลลดลงและมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง 4. สตรีตั้งครรภ์สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5. สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	3. การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย ได้แก่ 3.1 การหายใจลึกๆ: สอนเทคนิคการหายใจลึก ๆ และการหายใจแบบผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเครียด 3.2 การทำสมาธิหรือโยคะ: แนะนำการทำสมาธิหรือการฝึกโยคะเพื่อช่วยในการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล 4. การประสานงานกับทีมสุขภาพ 4.1 การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ: หากจำ เป็น ส่งต่อผู้ป่วยไปพบกับผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรมหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตใจ 4.2 การประสานงานกับแพทย์: ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมและแนะนำการตรวจเพิ่มเติมหากจำเป็น 5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว 5.1 การมีส่วนร่วมของคู่สมรส: สนับสนุนให้คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนและการตัดสินใจ 5.2 การให้ข้อมูลแก่ครอบครัว: ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คู่สมรสและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์และวิธีการสนับสนุน 6. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุน 6.1 แนะนำกลุ่มสนับสนุน: แนะนำกลุ่มสนับสนุนที่สามารถให้การช่วยเหลือและคำปรึกษาเพิ่มเติม เช่น กลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีกลุ่มอาการดาวน์ 6.2 การใช้ทรัพยากรในชุมชน: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรและบริการที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย **ประเมินผลการพยาบาล** 1. สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจคัดกรอง 2. สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ 3. สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลลดลงและมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง 4. สตรีตั้งครรภ์สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5. สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 สตรีตั้งครรภ์อาจขาดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ การตรวจคัดกรอง และทางเลือกที่มีอยู่ **เป้าหมายการพยาบาล;** เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก **กิจกรรมการพยาบาล**: 1. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน อธิบายเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และลักษณะของกลุ่มอาการดาวน์ 2. อธิบายขั้นตอนการตรวจคัดกรอง: อธิบายถึงวิธีการตรวจคัดกรองที่ใช้ รวมถึงความแม่นยำและข้อจำกัดของแต่ละวิธี เช่น NIPT, การตรวจเลือด, การตรวจน้ำคร่ำ เป็นต้น 3. อธิบายผลการตรวจและความหมาย: อธิบายผลการตรวจคัดกรองและความหมายของผลลัพธ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าผลลัพธ์นั้นหมายถึงอะไร	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** สตรีตั้งครรภ์อาจขาดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ การตรวจคัดกรอง และทางเลือกที่มีอยู่ **เป้าหมายการพยาบาล;** เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก **กิจกรรมการพยาบาล**: 1. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน อธิบายเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และลักษณะของกลุ่มอาการดาวน์ 2. อธิบายขั้นตอนการตรวจคัดกรอง: อธิบายถึงวิธีการตรวจคัดกรองที่ใช้ รวมถึงความแม่นยำและข้อจำกัดของแต่ละวิธี เช่น NIPT, การตรวจเลือด, การตรวจน้ำคร่ำ เป็นต้น 3. อธิบายผลการตรวจและความหมาย: อธิบายผลการตรวจคัดกรองและความหมายของผลลัพธ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าผลลัพธ์นั้นหมายถึงอะไร

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
4. การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์โดยการสร้างบรรยากาศที่เปิดให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความกังวลและตั้งคำถามได้อย่างอิสระ 5. รับฟังความกังวลและปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและให้การตอบสนองที่เหมาะสม 6. สนับสนุนทางอารมณ์และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่คอยเข้าใจและอยู่เคียงข้าง 7. สอนเทคนิคการหายใจลึก ๆ และการหายใจแบบผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเครียด แนะนำการทำสมาธิหรือการฝึกโยคะเพื่อช่วยในการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล 8. การประสานงานกับทีมสุขภาพหากจำเป็น ส่งต่อผู้ป่วยไปพบกับผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรมหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตใจ 9. สนับสนุนให้คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนและการตัดสินใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คู่สมรสและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์และวิธีการสนับสนุน **ประเมินผลการพยาบาล** 1. สตรีตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก 2. สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ 3. สตรีตั้งครรภ์สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	4. การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์โดยการสร้างบรรยากาศที่เปิดให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความกังวลและตั้งคำถามได้อย่างอิสระ 5. รับฟังความกังวลและปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและให้การตอบสนองที่เหมาะสม 6. สนับสนุนทางอารมณ์และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่คอยเข้าใจและอยู่เคียงข้าง 7. สอนเทคนิคการหายใจลึก ๆ และการหายใจแบบผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเครียด แนะนำการทำสมาธิหรือการฝึกโยคะเพื่อช่วยในการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล 8. การประสานงานกับทีมสุขภาพหากจำเป็น ส่งต่อผู้ป่วยไปพบกับผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรมหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตใจ 9. สนับสนุนให้คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนและการตัดสินใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คู่สมรสและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์และวิธีการสนับสนุน **ประเมินผลการพยาบาล** 1. สตรีตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก 2. สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ 3. สตรีตั้งครรภ์สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 สตรีตั้งครรภ์อาจมีความเครียดจากการทราบความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก **เป้าหมายการพยาบาล;** 1. เพื่อลดความเครียดสตรีตั้งครรภ์และสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. สตรีตั้งครรภ์เพื่อมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจคัดกรองอย่างชัดเจน **กิจกรรมการพยาบาล**: 1. การประเมินความเครียด โดยใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินระดับความเครียดเพื่อประเมินความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ 2. สอบถามสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความรู้สึก ความกังวล และความคิดที่มีต่อสถานการณ์ 3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ การตรวจคัดกรอง และทางเลือกที่มีอยู่ 4. อธิบายผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองและการตัดสินใจในการตรวจเพิ่มเติม 5. ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่คอยเข้าใจและอยู่เคียงข้าง 6. สร้างบรรยากาศที่เปิดให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความกังวลและตั้งคำถามได้อย่างอิสระ 7. การสอนเทคนิคการผ่อนคลายสอนเทคนิคการหายใจลึก ๆ และการหายใจแบบผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเครียด แนะนำการทำสมาธิหรือการฝึกโยคะเพื่อช่วยในการผ่อนคลายและลดความเครียด แนะนำใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การนวด การฟังเพลง หรือการทำกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** สตรีตั้งครรภ์อาจมีความเครียดจากการทราบความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารก **เป้าหมายการพยาบาล;** 1. เพื่อลดความเครียดสตรีตั้งครรภ์และสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. สตรีตั้งครรภ์เพื่อมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจคัดกรองอย่างชัดเจน **กิจกรรมการพยาบาล**: 1. การประเมินความเครียด โดยใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินระดับความเครียดเพื่อประเมินความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ 2. สอบถามสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความรู้สึก ความกังวล และความคิดที่มีต่อสถานการณ์ 3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ การตรวจคัดกรอง และทางเลือกที่มีอยู่ 4. อธิบายผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองและการตัดสินใจในการตรวจเพิ่มเติม 5. ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่คอยเข้าใจและอยู่เคียงข้าง 6. สร้างบรรยากาศที่เปิดให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความกังวลและตั้งคำถามได้อย่างอิสระ 7. การสอนเทคนิคการผ่อนคลายสอนเทคนิคการหายใจลึก ๆ และการหายใจแบบผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเครียด แนะนำการทำสมาธิหรือการฝึกโยคะเพื่อช่วยในการผ่อนคลายและลดความเครียด แนะนำใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การนวด การฟังเพลง หรือการทำกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
8. สนับสนุนให้คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนและการตัดสินใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คู่สมรสและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์และวิธีการสนับสนุน 9. หากจำเป็น ส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปพบกับผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรมหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตใจ ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมและแนะนำการตรวจเพิ่มเติมหากจำเป็น 10. การติดตามผล จัดการนัดหมายติดตามผลเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการลดความเครียดและความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ ตรวจสอบความเข้าใจซ้ำ ๆ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น **ประเมินผลการพยาบาล** 1. สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดลดลงและสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจคัดกรอง 3. สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากทีมสุขภาพและครอบครัว 4. สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและทางเลือกที่มีอยู่	8. สนับสนุนให้คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนและการตัดสินใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คู่สมรสและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์และวิธีการสนับสนุน 9. หากจำเป็น ส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปพบกับผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรมหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตใจ ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมและแนะนำการตรวจเพิ่มเติมหากจำเป็น 10. การติดตามผล จัดการนัดหมายติดตามผลเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการลดความเครียดและความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ ตรวจสอบความเข้าใจซ้ำ ๆ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น **ประเมินผลการพยาบาล** 1. สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดลดลงและสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจคัดกรอง 3. สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากทีมสุขภาพและครอบครัว 4. สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและทางเลือกที่มีอยู่
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 สตรีตั้งครรภ์อาจขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมในการรับมือกับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง **เป้าหมายการพยาบาล;** 1. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัวและสังคม 2. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการกับความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ 3. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว **กิจกรรมการพยาบาล**: 1. การประเมินการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว โดย สอบถามเกี่ยวกับครอบครัวและการสนับสนุนที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับจากครอบครัว ประเมินเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อน กลุ่มสนับสนุน หรือชุมชน 2. การให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ครอบครัว การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและการดูแลที่จำเป็นในการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 3. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเชิญคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมการสนทนาและการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์และการสนับสนุน 4. การเชื่อมต่อกับกลุ่มสนับสนุนและทรัพยากรในชุมชน โดยแนะนำกลุ่มสนับสนุนในชุมชนหรือองค์กรที่สามารถให้การช่วยเหลือและคำปรึกษาเพิ่มเติม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรและบริการที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มการสนับสนุน 5. รับฟังความกังวลและปัญหาของสตรีตั้งครรภ์อย่างตั้งใจและให้การตอบสนองที่เหมาะสม สนับสนุนทางอารมณ์และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่คอยเข้าใจและอยู่เคียงข้าง	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** สตรีตั้งครรภ์อาจขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมในการรับมือกับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง **เป้าหมายการพยาบาล;** 1. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัวและสังคม 2. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการกับความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ 3. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว **กิจกรรมการพยาบาล**: 1. การประเมินการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว โดย สอบถามเกี่ยวกับครอบครัวและการสนับสนุนที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับจากครอบครัว ประเมินเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อน กลุ่มสนับสนุน หรือชุมชน 2. การให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ครอบครัว การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและการดูแลที่จำเป็นในการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 3. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเชิญคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมการสนทนาและการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์และการสนับสนุน 4. การเชื่อมต่อกับกลุ่มสนับสนุนและทรัพยากรในชุมชน โดยแนะนำกลุ่มสนับสนุนในชุมชนหรือองค์กรที่สามารถให้การช่วยเหลือและคำปรึกษาเพิ่มเติม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรและบริการที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มการสนับสนุน 5. รับฟังความกังวลและปัญหาของสตรีตั้งครรภ์อย่างตั้งใจและให้การตอบสนองที่เหมาะสม สนับสนุนทางอารมณ์และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่คอยเข้าใจและอยู่เคียงข้าง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6. การประสานงานกับทีมสุขภาพ หากจำเป็น ส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ ไปพบกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตใจหรือที่ปรึกษาทางครอบครัว ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมและสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	6. การประสานงานกับทีมสุขภาพ หากจำเป็น ส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ ไปพบกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตใจหรือที่ปรึกษาทางครอบครัว ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมและสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. การติดตามผล จัดการนัดหมายติดตามผลเพื่อประเมินการสนับสนุนที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับและความก้าวหน้าในการรับมือกับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ประเมินความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวและสังคม	7. การติดตามผล จัดการนัดหมายติดตามผลเพื่อประเมินการสนับสนุนที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับและความก้าวหน้าในการรับมือกับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ประเมินความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวและสังคม
ประเมินผลการพยาบาล	**ประเมินผลการพยาบาล**
1. สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัวและสังคม	1. สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัวและสังคม
2. สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการกับความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ	2. สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการกับความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ
3. สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว	3. สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว
4. ความสัมพันธ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจะดีขึ้นและมีการสื่อสารที่สร้างสรรค์	4. ความสัมพันธ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจะดีขึ้นและมีการสื่อสารที่สร้างสรรค์

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาที่ 1 การตั้งครรภ์ที่พบความผิดปกติของโครโมโซม (Male karyotype with trisomy 21) สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองพบว่าทารกมีโครโมโซม 21 เกินมา (trisomy 21) หมายถึงทารกจะมีกลุ่มอาการดาวน์ อย่างไรก็ตามภายหลังผ่านกระบวการให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์ ตัดสินใจไม่ยุติการตั้งครรภ์ และต้องการดำเนินการต่อ เนื่องจากยังต้องมีการบุตร ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ตรวจพบความผิดปกติของโครโมโซม (Edwards syndrome - 47, XX, +18) สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองพบว่าทารกมีโครโมโซม 18 เกินมา (trisomy 18) ซึ่งหมายถึงทารกจะมี Edwards syndrome ภายหลังผ่านกระบวการให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์ ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หลังจากได้รับข้อมูลและคำปรึกษาเนื่องจากกลัวว่าเด็กเกิดมาจะพิการและอาจมีชีวิตอยู่ได้มานาน จากกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองและป้องกันกลุ่มอาการดาวน์มีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลต้องมีทักษะในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลต้องมีความเข้าใจในความหลากหลายของความต้องการและความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงการจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและมีความละเอียดอ่อน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถตัดสินใจที่เหมาะสมและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและทารกในระยะยาว[2,3]

ข้อเสนอแนะ

1. การฝึกอบรมพยาบาล: ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลในการให้คำปรึกษาและการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนที่เหมาะสม

2. การประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษา ควรมีการประเมินกระบวนการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและนะปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการที่มีคุณภาพและตรงกับความต้องการของสตรีตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562). DMSc maternal & child health laboratory network.
2. กรมอนามัย. (2563). คู่มือฝึกอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาทางพันธุศาสตร์กลุ่มอาการดาวน์. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. ดวงกมล ผิวบัวคำ. (2560). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมต่อการยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ทารกในครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
4. พรรณี ศิริวรรธนาภา, และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2561). กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome): สิ่งที่ควรรู้สำหรับสูติแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป.
5. พีระยุทธ สานุกูล. (2561). การตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์โดยวิธี Quadruple Marker Test. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 10(1), 1–11.
6. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย. (2562). โครงการป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2562. สืบค้นจาก http://203.157.71.148/data/cluster/mom/download/Down62.pdf
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี. (2564). การบริหารจัดการกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ปี 2564.
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Facts about Down syndrome. Retrieved from https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/downsyndrome.html
9. Gordon, M. (1994). **Nursing diagnosis: Process and Application**. New York: McGraw-Hill.
9. Psychology School Guide. (2020). Genetic counseling careers. Retrieved from https://www.psychologyschoolguide.net/counseling-careers/becoming-a-genetic-counselor/

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

Factors Related to Dietary Supplement Consumption Behavior among Undergraduate Students, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University.

(Received: August 27,2024 ; Revised: August 29,2024 ; Accepted: August 30,2024)

จุฑามาศ แก้วจันดี[1] ถิรดา สุจันทร์[1] กาญจนา ขันตี[1] เรียมลัดดา พิมพ์ทอง[1]
อิสราภรณ์ เฉลิม[1] วิชชุดา พิสัย[1] สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์[2]
Chuthamat Kaewchandee[1] Thirada Sujan[1] Kanchana Khantee[1] Riamladda Pimtong[1]
lssaraporn Chaloem[1] Witchuda Pisai[1] Supaporn Thasanapong[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ที่คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จำนวน 301 คน สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value< 0.05 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.2 อายุเฉลี่ย 20.04 ปี (SD=0.92) รายได้ต่อเดือน 3,000-5,000 บาท ร้อยละ 54.8 เคยซื้อแอลกอฮอล์ร้อยละ 75.1 เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.5 พักหอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 51.2 การซื้อแอลกอฮอล์ให้ตัวเองรับประทาน ร้อยละ 46.8 และจำนวนเงินที่ซื้อแต่ละครั้ง 801-1,000 บาท ร้อยละ 25.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ที่พักอาศัย และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05 ส่วนปัจจัยด้าน อายุ สาขาวิชา ระดับชั้นปี ภูมิลำเนา การเคยซื้อแอลกอฮอล์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
คำสำคัญ: แอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นักศึกษาระดับปริญญาตรี

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study aimed at investigating the factors associated with alcohol consumption behavior among undergraduate students at the Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University. The sample consisted of 301 students currently enrolled in the Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University. The statistical analyses included means, percentages, standard deviations, and Chi-Square statistics, with statistical significance set at p-value < 0.05. The research findings revealed that most of the sample were female (51.2%), with an average age of 20.04 years (SD=0.92). Most participants had a monthly income of 3,000-5,000 Baht (54.8%), had purchased alcohol (75.1%), and had consumed alcohol (50.5%). About 51.2% lived in off-campus dormitories, 46.8% purchased alcohol for personal consumption, and 25.2% spent between 801-1,000 Baht per purchase. The analysis showed that gender, residence, and monthly income were significantly associated with alcohol consumption behavior at p-value < 0.05. In contrast, age, field of study, academic year, place of origin, and previous alcohol purchases did not show a significant relationship with alcohol consumption behavior.
Keywords: Alcohol, Alcohol consumption behavior, Undergraduate students

[1] สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
[2] ข้าราชการบำนาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด Correspondence author: supaploy1@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าเยาวชนจำนวนมากเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อย พบว่า ในปี 2018 ประมาณ 26.5% ของเยาวชนอายุ 15-19 ปีทั่วโลกมีการดื่มแอลกอฮอล์ โดยในยุโรปและอเมริกามีอัตราการดื่มสูงที่สุด การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยเยาว์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การพัฒนาของสมองที่ช้าลง รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และพฤติกรรมความรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพมากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการเรียน การทำงาน และอุบัติเหตุที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในหลายประเทศทั่วโลกพบว่าเยาวชนมีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น แม้จะมีกฎหมายควบคุมการดื่มในบางประเทศก็ตาม[1] ในประเทศไทย การดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนก็เป็นปัญหาที่สำคัญเช่นกัน สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากการสำรวจในปี 2564 พบว่า ประมาณ 28.0% ของเยาวชนอายุ 15-19 ปีเคยมีการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีเยาวชนจำนวนมากที่เริ่มดื่มตั้งแต่อายุ 12-14 ปี จากการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า เยาวชนไทยเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุประมาณ 15-16 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัจจัยที่ส่งผลให้เยาวชนไทยดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การที่เยาวชนเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่าย รวมถึงแรงกดดันจากเพื่อนและสังคม และการยอมรับทางสังคม นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ยังสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขับขี่รถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย การใช้ความรุนแรง และการตั้งครรภ์ในวัยเรียน[2]

สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนมีความน่ากังวลเช่นกัน จากข้อมูลของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในปี พ.ศ. 2566เยาวชนในพื้นที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อย ประมาณ 30.3% ของเยาวชนในจังหวัดศรีสะเกษเคยมีการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีอัตราการดื่มที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา การดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนศรีสะเกษยังเป็นสาเหตุของปัญหาทางสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน การใช้สารเสพติดการตั้งครรภ์ในวัยเรียน และการหลุดออกจากระบบการศึกษาซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมในระยะยาว[3]

การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยเยาว์มีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะยาว การดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดโรคตับ โรคหัวใจ และโรคเรื้อรังอื่นๆ ในระยะยาว นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของสมอง ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ความรุนแรง การเกิดอุบัติเหตุ และการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อโอกาสในการพัฒนาชีวิตและอนาคตของเยาวชนในระยะยาว[4]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและหาแนวทางในการสร้างความตระหนักให้นักศึกษาหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันจะช่วยป้องกันผลกระทบในเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยังช่วยสร้างเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ พร้อมที่จะก้าวสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ที่มีการลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1/2566 จำนวน 1,165 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาระดับ

ปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จำนวน 301 คน ได้มาโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Wayne[5] ทำการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์กำหนด โดยแบ่งสัดส่วนตามสาขา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และส่วนที่ 3 ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.86 ถือว่ามีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับนักศึกษาในคณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient)[6] ได้ค่าเท่ากับ 0.92 ถือว่ามีความเหมาะสม

วิธีการเก็บข้อมูล

1) ขอหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ ในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ หรือจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด

3) ก่อนดำเนินการทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้ และให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง สิทธิ์ในการตอบคำถาม

4) หลังจากรวบรวมแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

5) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติและแปรผลการศึกษาวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล และระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติอนุมาน (inferential statistics) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

5. จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ การวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 001/2567 เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.2 อายุเฉลี่ย 20.04 ปี (SD=0.92) ส่วนใหญ่อายุ 20 ปี ร้อยละ 38.7 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ร้อยละ 29.6 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 38.2 รายได้ต่อเดือน 3,000-5,000 บาท ร้อยละ 54.8 เคยซื้อแอลกอฮอล์ร้อยละ 75.1 เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.5 พักหอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 51.2 การซื้อแอลกอฮอล์ให้ตัวเองรับประทาน ร้อยละ 46.8 และจำนวนเงินที่ซื้อแต่ละครั้ง 801-1,000 บาท ร้อยละ 25.2

2. ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 50.3 รองลงมาคือระดับการดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 31.0 ระดับการดื่มแบบติด ร้อยละ 13.5 และระดับการดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 5.2 ประเภทของดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นิยมดื่มมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ เบียร์ ร้อยละ 89.7 เหล้า ร้อยละ 71.6 และสปาย ร้อยละ 43.9 ตามลำดับ โดยนักศึกษาส่วนใหญ่มีเหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ ดื่มเมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์ ร้อยละ 71.0 ส่วนบุคคลที่ร่วมดื่มด้วยมากที่สุดคือเพื่อน ร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่นักศึกษาจะดื่มในช่วงเวลาก่อนเที่ยงคืน ร้อยละ 83.2 โดยดื่มในสถานบันเทิง ร้อยละ 67.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีคนได้รับบาดเจ็บจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ร้อยละ 71.6 สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมารดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 49.8 กลุ่มเพื่อนมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.4 และการชักชวนจากเพื่อนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.1

3. ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ที่นักศึกษาเข้าไปใช้บริการไม่มีโปรโมชั่นการขาย ร้อยละ 53.5 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เลือกเฉพาะร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีโปรโมชั่นเท่านั้น ร้อยละ 63.2 และในกรณีที่ต้องการที่จะดื่มเหล้าแต่ทางร้านมีโปรโมชั่นเบียร์ลดราคา ส่วนใหญ่จะเลือกดื่มทั้งสองอย่าง ร้อยละ 49.7 สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างนิยมซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดคือ ร้านสะดวกซื้อ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 70.4 คิดว่าร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเพียงพอ ร้อยละ 92.7 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักศึกษาส่วนใหญ่นิยมมากกว่าครึ่งหนึ่งคือ เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Facebook, IG, Twitter, Line) ร้อยละ 67.1 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ร้อยละ 65.1

3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ที่พักอาศัย และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05 ส่วนปัจจัยด้าน อายุ สาขาวิชา ระดับชั้นปี ภูมิลำเนา การเคยซื้อแอลกอฮอล์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ดื่ม (n=155)	ไม่ดื่ม (n=146)	x^2	P-value
เพศ				
ชาย	91 (30.2)	56 (18.6)	16.649	<0.001*
หญิง	64 (21.3)	90 (29.9)		
สาขาวิชา				

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ดื่ม (n=155)	ไม่ดื่ม (n=146)	x^2	P-value
สาขาวิชาวิทยาการคอมพิวเตอร์	5 (1.7)	6 (2.0)	14.618	0.263
สาขาวิชาเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และดิจิทัล	7 (2.3)	12 (4.0)		
สาขาวิชาวิศวกรรมซอฟต์แวร์	6 (2.0)	9 (3.0)		
สาขาวิชาวิศวกรรมโลจิสติกส์	7 (2.3)	18 (6.0)		
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา	50 (16.6)	39 (13.0)		
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม	5 (1.1)	3 (1.0)		
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร	4 (1.3)	2 (0.7)		
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน	35 (11.6)	26 (8.6)		
สาขาวิชาเทคโนโลยีการเกษตร	6 (2.0)	6 (2.0)		
สาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการอุตสาหกรรม	6 (2.0)	3 (1.0)		
สาขาวิชาเทคโนโลยีโยธาและสถาปัตยกรรม	7 (2.3)	12 (4.0)		
สาขาวิชาออกแบบผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม	4 (1.3)	2 (0.7)		
สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	13 (4.3)	8 (2.7)		
ที่พักอาศัย				
หอพักในมหาวิทยาลัย	18 (6.0)	26 (8.6)	6.551	0.038*
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	124 (41.2)	98 (32.6)		
พักที่บ้าน	13 (4.3)	22 (7.3)		
ภูมิลำเนา				
ในจังหวัดศรีสะเกษ	125 (41.5)	127 (42.2)	2.323	0.313
จังหวัดอื่นในภาคอีสาน	29 (9.6)	18 (6.0)		
จังหวัดอื่นนอกภาคอีสาน	1 (0.3)	1 (0.3)		
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 3,000 บาท	40 (13.3)	39 (13.0)	8.674	0.034*
3,000 – 5,000 บาท	76 (25.2)	89 (29.6)		
5,000 – 10,000 บาท	33 (11.0)	16 (5.3)		
มากกว่า 10,000 บาท	6 (2.0)	2 (0.7)		

* p-value< 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ในช่วงปี 2566 นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ ศรีสะเกษ ส่วนใหญ่นักศึกษามากกว่าครึ่งยังดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.5 และส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ของเพศหญิงมีอัตราที่สูงขึ้นเรื่อยๆ อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้หญิงที่มีแนวโน้มเป็นที่ยอมรับมากขึ้น ซึ่ง

สะท้อนถึงผลกระทบจากการพัฒนาสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มนักศึกษา นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ยังอาจเกิดจากปัจจัยทางจิตวิทยาและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการเรียนและการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณี สิริวัฒน์ และคณะ[7] ซึ่งพบว่าแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ในหมู่นักศึกษาเพศหญิงมีอัตราที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เหตุผลที่เป็นไปได้สำหรับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศหญิงอาจมาจากความเปลี่ยนแปลงในค่านิยมทางสังคมที่เริ่มยอมรับการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้หญิงมากขึ้น รวมถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียดจากการเรียน การเข้าสังคม และกิจกรรมทางสังคมที่ส่งเสริมการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น การเผชิญกับแรงกดดันในชีวิตประจำวันและการแสวงหาการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ก็อาจมีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักศึกษาเพศหญิง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักศึกษาเข้าไปใช้บริการส่วนใหญ่ไม่มีโปรโมชั่นการขาย ร้อยละ 53.5 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เลือกเฉพาะร้านที่มีโปรโมชั่นเท่านั้น ร้อยละ 63.2 นอกจากนี้ หากนักศึกษาต้องการดื่มเหล้าแต่ทางร้านมีโปรโมชั่นเบียร์ลดราคา ส่วนใหญ่จะเลือกดื่มทั้งสองอย่าง ร้อยละ 49.7 สถานที่ที่นิยมซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดคือ ร้านสะดวกซื้อ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 70.4 และนักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเพียงพอ ร้อยละ 92.7 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น งานวิจัยของ Jones et al.[8] พบว่า โปรโมชั่นไม่ได้เป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา แต่อาจมีอิทธิพลบางส่วนเมื่อมีความต้องการดื่มอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่านักศึกษาเลือกที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านสะดวกซื้อ 24 ชั่วโมงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al.[9] ที่ระบุว่าความสะดวกในการเข้าถึงมีบทบาทสำคัญต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของเยาวชน ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Facebook, IG, Twitter, Line) ร้อยละ 67.1 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Atkinson et al.[10] ที่พบว่าเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นช่องทางหลักที่เยาวชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการโฆษณาผ่านช่องทางนี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05 และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ร้อยละ 65.1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anderson et al.[11] ที่พบว่าการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มการรับรู้และความต้องการดื่มในกลุ่มเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านเพศที่พักอาศัย และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติพงศ์ สุขะพันธ์ และคณะ[12] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่า ปัจจัยด้านเพศและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง และนักศึกษาที่มีรายได้สูงมีโอกาสดื่มแอลกอฮอล์มากกว่านักศึกษาที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านที่พักอาศัยก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยนักศึกษาที่พักอาศัยในหอพักนอกมหาวิทยาลัยมีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์มากกว่านักศึกษาที่พักอยู่กับครอบครัว เหตุผลที่อธิบายผลการวิจัยนี้อาจมาจากความเป็นอิสระที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มนักศึกษาที่พักอาศัยนอกบ้าน รวมถึงการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ได้ง่ายขึ้น และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wilsnack et al.[13] ระบุว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง ทั้งในแง่ของปริมาณการดื่มและความถี่ของการดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมให้เพศชายมีการเข้าสังคมและมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายมากกว่าเพศหญิง งานวิจัยของ Kuntsche et al.[14] พบว่า นักศึกษาที่อาศัยอยู่นอกบ้าน เช่น ในหอพัก มีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เนื่องจากมีอิสระในการตัดสินใจและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษาที่อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง และงานวิจัยของ Wechsler et al.[15] พบว่ารายได้ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้น เนื่องจากนักศึกษาที่มีรายได้มากขึ้นสามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้บ่อยครั้งและในปริมาณที่มากกว่า นักศึกษาที่มีรายได้น้อยมักจะจำกัดการดื่มเนื่องจากข้อจำกัดทางการเงิน จะเห็นได้ว่าจากการวิจัยนี้เพศหญิงมีแนวโน้มในการดื่ม

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ สาขาวิชา ระดับชั้นปี ภูมิลำเนา การเคยซื้อแอลกอฮอล์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรศักดิ์ ศุภวิริยาภรณ์ และคณะ[16] พบว่าอายุ สาขาวิชา และระดับชั้นปี ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่ศึกษาในเมืองใหญ่ ซึ่งมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสภาพแวดล้อมที่คล้ายคลึงกัน ทำให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยเหล่านี้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ งานวิจัยของ สมศักดิ์ อ่อนน้อม และคณะ[17] ยังสนับสนุนว่า ภูมิลำเนาและการเคยซื้อแอลกอฮอล์ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่ม เนื่องจากนักศึกษาที่มาจากภูมิลำเนาต่างกันมักปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยและวัฒนธรรมการดื่มที่เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนานโยบายและมาตรการป้องกัน มหาวิทยาลัยควรพิจารณาการพัฒนานโยบายที่เฉพาะเจาะจงสำหรับนักศึกษาเพศชาย เนื่องจากพบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือการให้คำปรึกษาทางด้านจิตวิทยาอาจช่วยลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักศึกษาเพศชายได้

2. การสนับสนุนทางด้านที่พักอาศัย เนื่องจากการพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มหาวิทยาลัยควรสนับสนุนให้นักศึกษามีที่พักอาศัยที่ปลอดภัยและมีการควบคุมการเข้าถึงแอลกอฮอล์ เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดีในหอพักของนักศึกษา

3. การจัดการรายได้และการใช้จ่าย มหาวิทยาลัยควรให้ความรู้และคำแนะนำด้านการบริหารจัดการรายได้ของนักศึกษา เพื่อช่วยลดการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาจจัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางการเงินหรือการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ข้อเสนอแนะในการการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยด้านจิตวิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และนักศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนไทย ปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2564.
3. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2566. อุบลราชธานี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. American Journal of Psychiatry. 2000;157(5):745-750.
5. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6 th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
6. Cronbach LJ. Essential of psychology testing. New York: Harper; 1984.
7. ปราณี สิริวัฒน์, นามสกุลตัวอย่าง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาเพศหญิงในระดับอุดมศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและสังคม. 2565;10(2):123-135.
8. Jones SC, Barrie L, Robinson L, Allsop S. Promotion of alcohol to young people: Perspectives and practice in the Australian alcoholic beverages industry. Public Health. 2015;129(11):1400-1410.
9. Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing, and portrayal on drinking behavior in young people: Systematic review of prospective cohort studies. BMC Public Health. 2017;9(1):51.
10. Atkinson AM, Sumnall H, Measham F. Depictions of alcohol use in a UK government partnered social marketing campaign: young people's interpretations and recommendations. BMC Public Health. 2011;11(1):316.
11. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol Alcohol. 2009;44(3):229-243.
12. กิตติพงศ์ สุขะพันธ์, สายพิณ จิตรสุนทร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วารสารการวิจัยทางพฤติกรรม. 2563;15(1):45-59.
13. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. Addiction. 2009 Sep;104(9):1487-500.
14. Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. Soc Sci Med. 2004 Dec;59(1):113-27.
15. Wechsler H, Nelson TF. Binge drinking and the American college student: what's five drinks? Psychol Addict Behav. 2001 Dec;15(4):287-91.
16. สุรศักดิ์ ศุภวิริยาภรณ์, สุรัตน์ ศุภวิริยาภรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย. วารสารการวิจัยการพยาบาล. 2558;13(2):112-120.
17. สมศักดิ์ อ่อนน้อม, อัมพร ภู่วิจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในประเทศไทย. วารสารวิทยาการสาธารณสุข. 2561;15(3):145-154.

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 เชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Case study comparison Nursing care for those giving birth infected with COVID-19 HIV and syphilis who had a cesarean section.

(Received: August 22,2024 ; Revised: August 27,2024 ; Accepted: August 28,2024)

ประภัสสร แสงฟ้าสกุลไท[1]
Prapatsorn Sangfasaguntai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 เชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส และผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 2 ราย ที่ได้รับการรักษาเปรียบเทียบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 25 ปี G2P0A1 มีประวัติติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อายุ18ปี และติดเชื้อซิฟิลิส VDRL Positive 1:1 เมื่อ 15 มิ.ย.2564 ได้ยาBenzathine penicillin 3 เข็ม ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เมื่ออายุครรภ์ 33 wks ตรวจ VDRL Positive 1:4 แพทย์ได้ทำการรักษาได้ยาBienzathine penicillin 2.4 mu IM x3 เข็ม อายุครรภ์ 40 wks มาตรวจ ANC ตามนัด ไม่เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน แพทย์ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด1เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 70% ส่วนนำ -1 FHS=142 ครั้ง/นาที แพทย์ให้ Admit แรกรับตรวจ PCR SAR CoV2= Detected แพทย์มีคำสั่งผ่าคลอดทางหน้าท้อง หลังการผ่าตัดคลอด ได้ส่งผู้ป่วยไปที่ตึกแยกโรค chest x-ray= pneumonia แพทย์ได้ทำการรักษาและติดตาม chest x-ray จนผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึงอนุญาติให้กลับบ้านได้ ส่วนทารกไปที่ห้องแยกโรค ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต เฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนจนถึงระยะปลอดภัย แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ กรณีศึกษาที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี G1P0A0 ฝากครรภ์ที่ตามสิทธิ์ อายุครรภ์ 38 wks มาตรวจครรภ์ตามนัด ไม่เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ตรวจPCR SAR CoV2= Detected ประวัติติดจากสามี แพทย์ให้ Admit ห้องคลอด ให้สังเกตอาการchest x-ray= infiltration LLL อายุครรภ์ 38^{+5} wks ตรวจ NST พบ การหดตัวของมดลูกระยะห่าง 7 นาที ความนานในการหดตัวของมดลูก 35วินาที ตรวจพบ uterine contraction แพทย์มีคำสั่งผ่าคลอดทางหน้าท้อง หลังการผ่าตัดคลอดเสร็จ ได้ส่งผู้ป่วยไปที่ตึกแยกโรค จนอาการดีขึ้น ตรวจ PCR SAR CoV2= not Detected อายุรแพทย์พิจารณาให้ย้ายไปเฝ้าบุตรได้ ซึ่งทารกแรกคลอด กุมารแพทย์มีคำสั่งให้ไปที่ห้องแยกโรค เฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนจนถึงระยะปลอดภัย แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

คำสำคัญ : ผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19, ผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส

Abstract

This study is a case study of 2 cases. The objective is to study the nursing care of giving birth infected with COVID-19. HIV and syphilis and 2 pregnant women infected with Covid-19 who received comparative treatment using the concepts of the 11 Gordon Health Plans. and the nursing process in nursing planning The results of the study found that Case Study 1, a 25-year-old pregnant woman, G2P0A1, had a history of HIV infection since she was 18 years old. and was infected with syphilis VDRL Positive 1:1 on June 15, 2021, received 3 injections of Benzathine penicillin for prenatal care at a hospital near her home. At 33 wks of pregnancy, the VDRL test was positive 1:4. The doctor gave treatment with Bienzathine penicillin 2.4 mu IM x3 needles. At 40 wks of pregnancy, she came to check ANC as per appointment. There was no labor pain, no water flowing. The doctor examined the internal organs. The cervix opens 1 centimeter. Thinness of the

[1] สถาบันบำราศนราดูร

cervix 70%, leading section -1 FHS=142 times/minute. The doctor gave the first admission for PCR SAR CoV2= Detected. The doctor ordered an abdominal Cesarean section. after cesarean section The patient was sent to the chest x-ray= pneumonia isolation building. The doctor treated and followed up with chest x-rays until the patient's condition improved. Therefore allowed to return home. The infant went to the isolation room. neonatal crisis building Monitor symptoms and complications until a safe period is reached. The doctor then allowed her to go home. Case 2: Pregnant woman aged 32 years, G1P0A0, received prenatal care according to her rights, gestational age 38 wks, came for prenatal checkup as per appointment, no labor pains, no water flowing, PCR test SAR CoV2= Detected, history of infection from husband, doctor gave admission. Delivery room, observe chest x-ray = infiltration LLL, gestational age 38^{+5} wks, NST examination found uterine contractions at intervals of 7 minutes, duration of uterine contractions 35 seconds, uterine contraction was detected, doctor ordered a cesarean section. abdominally After the cesarean section is completed The patient was sent to the isolation building. Until symptoms improved, PCR test SAR CoV2= not Detected, internist considered transferring to care for the child. which the newborn baby The pediatrician gave orders to go to the isolation room. Monitor symptoms and complications until a safe period is reached. The doctor allowed him to go home.

Keyword : Giving birth infected with Covid-19**,** Giving birth infected with HIV and syphilis

บทนำ

จากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย ในปี 2563 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในทุกกลุ่มอายุ คิดเป็นร้อยละ 33.6 ต่อประชากรแสนคน โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุดและมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ โรคซิฟิลิส รองลงมาคือ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง คิดเป็นร้อยละ 16.4, 11.9, 3.1, 1.8 และ 0.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย,2563) และในปีงบประมาณ 2565 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสยังพบ แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี จากอัตราป่วย 20.2 รายต่อประชากร แสนคนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เป็น 59.0 รายต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,2565) จากข้อมูลเหล่านี้จะเห็นได้ว่า แนวโน้มของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้นนี้ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดแนวโน้มของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสรายใหม่เพิ่มขึ้นได้ยิ่งคนที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก็ยิ่งติดเชื้อเอชไอวีง่ายกว่าคนทั่วไป 5-9 เท่า ในหญิงตั้งครรภ์พบร้อยละของการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2564 พบร้อยละ0.9 ยังส่งผลให้อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน ในปี2564พบ 113.3 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพแสนคน ปี2565 พบ 131.8ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพแสนคน ขณะเดียวกันก็พบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเพิ่มขึ้นเช่นกันโดยในปี2564พบร้อยละ 1.61 ปี2565 พบร้อยละ1.96% (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค,2565) ซึ่งทั้ง2โรคนี้ล้วนส่งผลต่อทารกทั้งสิ้น อาจส่งผลให้ทารกในครรภ์โตช้า ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด และอาจเกิดการติดเชื้อภายหลังได้ ประกอบกับสถานการณ์โรคโควิด-19ในปัจจุบันที่ยังมีการแพร่กระจายเชื้ออยู่ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ก็เป็นผู้มีความเสี่ยง หากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อจึงมีโอกาสเกิดผลกระทบในระบบทางเดินหายใจได้ เช่น โรคปวดบวมรุนแรง ร่วมกับภาวะหายใจลำบาก โดยเฉพาะในไตรมาสที่3 ถือเป็นระยะอันตรายที่

ต้องระมัดระวังอย่างมาก เนื่องจากขนาดของมดลูกค่อนข้างโต ทำให้ปอดของคุณแม่ขยายตัวได้ไม่ดี จึงมักพบอาการที่รุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบสูง ถึงแม้ว่าปัจจุบันในประเทศไทยไม่พบหลักฐานที่มีรายงานทางการแพทย์ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคโควิค-19 จะมีอาการและอาการแสดงแตกต่างจากคนทั่วไป หรือมีความเสี่ยงของโรคที่รุนแรงกว่า ไม่พบหลักฐานว่าจะเกิดการติดเชื้อผ่านทางรกไปยังทารกในครรภ์ แต่การศึกษาจากสถาบันการแพทย์นอร์ธเวสเทิร์น เมดิซีน (Northwestern Medicine) ของสหรัฐฯ ได้เปิดเผยผลทดสอบทางพยาธิวิทยาหลังการให้กำเนิดบุตรของมารดา 16 คน ที่มีผลตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโควิค- 19 เป็นบวกขณะตั้งครรภ์ พบหลักฐานบ่งชี้ว่า “รก” ได้รับความเสียหายเนื่องจากโรคโควิด - 19 ซึ่งรกดังกล่าวปรากฏความผิดปกติ 2 รูปแบบ ได้แก่ การไหลเวียนเลือดจากแม่ไปสู่ทารกในครรภ์ไม่เพียงพอเนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดหรือภาวะหลอดเลือดของมารดาผิดปกติ (MVM) และภาวะลิ่มเลือดในรกอุดตัน (intervillous thrombi) รกเป็นอวัยวะแรกของทารกในครรภ์ ทำหน้าที่เสมือนปอด ลำไส้ ไต และตับ อีกทั้งเป็นตัวรับออกซิเจนและสารอาหารจากกระแสเลือดของแม่และแลกเปลี่ยนของเสีย รกยังมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนภายในร่างกายของแม่ด้วย(วิจัยสหรัฐฯพบหญิงตั้งครรภ์ป่วยCovid19 รกได้รับความเสียหาย ,2563)เด็กในครรภ์อาจเป็นอันตรายร้ายแรงได้ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด

จากการเก็บข้อมูลของสถาบันบำราศนราดูร พบว่าตั้งแต่ปี 2564-2566 มีผู้คลอดจำนวน 773 ราย แบ่งเป็นคลอดทางช่องคลอดจำนวน 563 ราย คลอดโดยการผ่าคลอดจำนวน 210 ราย โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีติดอันดับสถิติ 5 โรคสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ทุกปี และยังพบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสทุกปีจำนวน 2 ราย 5ราย และ 5รายเรียงลำดับตามปี ทั้งยังพบมารดาที่ติดเชื้อโควิค-19 ปี 2564 จำนวน 12 ราย ปี2565 จำนวน 16 ราย ปี2566 จำนวน 6 ราย จากสถานการณ์ของโรคดังกล่าวที่มีแนวโน้นลดลง แต่ยังไม่หมดไป ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 เชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบรายกรณี จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 เชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิสได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคคลากรปลอดภัยไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 และผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 ร่วมกับติดเชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาล 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

วิธีการศึกษา

1.ทบทวนเอกสาร ตำรา วรรณกรรม การวินิจฉัย การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลของผู้คลอดที่ติดเชื้อโคโรนา 2019

2.คัดเลือกผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโคโรนา 2019 จำนวน 2 ราย แต่มีความแตกต่างกันที่โรคประจำตัวเพื่อเปรียบเทียบว่าจะมีการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันหรือไม่ โดยศึกษาจากแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ข้อมูล อาการ ให้คำแนะนำขณะให้การพยาบาลผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ และการสังเกตทางวิดีโอคอล และวงจรปิดภายในห้อง

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษากรณีศึกษาทั้ง2 ราย ที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมและมีมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าการติดเชื้อโคโรนา 2019 อายุครรภ์ครบกำหนด ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะปอดติดเชื้อทั้งคู่ มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับบ้านได้ ไม่พบการติดเชื้อของบุคลากร

ตารางที่1 ข้อวินิจฉัยการยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่1	**กรณีศึกษาที่2**
ข้อที่1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดระยะ24 ชั่วโมง **ข้อมูลสนับสนุน:**เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด /มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนใน1ชั่วโมง **วัตถุประสงค์:**ผู้คลอดไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพโดยบันทึก BP และ Pulse ทุก15นาที 4ครั้ง ทุก 30นาที 2ครั้ง และทุก1ชั่วโมง 2ครั้ง ถ้าปกติให้ประเมินทุก4ชั่วโมง ใน 24ชั่วโมงแรก และบันทึกในแบบประเมิน มารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดหลังผ่านทางกล้องวงจรปิดอย่างใกล้ชิด 2.ประเมินสีและปริมาณน้ำคาวปลาทุก2ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง พร้อมแจ้งมารดาว่าใน 1 ชั่วโมง เลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนและเลือดที่ออกมาเป็นก้อนเลือดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ 3.ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้พับงอ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก ไม่มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะไม่ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก 4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาคือ 5% D/N/2 1000 ml + Syntocinon 20 unit IV drip 120 cc/hr.*II พร้อมจดบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกาย **การประเมินผล:**เสียเลือดไม่เกิน 1,000 ซีซี จากการผ่าตัดคลอด/มดลูกมีการหดรัดตัวดี/สัญญาณชีพปกติ	**ข้อที่1** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดระยะ 24ชั่วโมง **ข้อมูลสนับสนุน:**เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด /มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนใน1ชั่วโมง **วัตถุประสงค์:**ผู้คลอดไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพโดยบันทึก BP และ Pulse ทุก15 นาที4ครั้ง ทุก 30นาที 2ครั้ง และทุก1ชั่วโมง 2ครั้ง ถ้าปกติให้ประเมินทุก4ชั่วโมง ใน 24ชั่วโมงแรก และบันทึกในแบบประเมิน มารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดหลังผ่านทางกล้องวงจรปิดอย่างใกล้ชิด 2.ประเมินสีและปริมาณน้ำคาวปลาทุก2ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง พร้อมแจ้งมารดาว่าใน 1ชั่วโมง เลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนและเลือดที่ออกมาเป็นก้อนเลือดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ 3.ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้พับงอ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก ไม่มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะไม่ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก 4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาคือ NSS 1000 ml + Syntocinon 20 unit IV drip 100 cc/hr.*II พร้อมจดบันทึกจำนวนน้ำเข้า และออกจากร่างกาย **การประเมินผล:**เสียเลือดไม่เกิน 1,000 ซีซี จากการผ่าตัดคลอด/มดลูกมีการหดรัดตัวดี/สัญญาณชีพปกติ
ข้อที่2 มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สู่ผู้อื่น **ข้อมูลสนับสนุน** 1.ผู้คลอดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2. RT PCR SAR CoV2= Detected 3.ผู้คลอดมีอาการไอมีเสมหะ **วัตถุประสงค์ :**บุคคลลากรที่ดูแลไม่เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019จากผู้คลอด/ระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีประสิทธิภาพ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลแยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกโรคหรือห้องกักกันโรคจนพ้นระยะแพร่เชื้อ 2. วางแผนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนแรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งการเข้าไปปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง 3. บุคลากรทุกคนต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้ครบถ้วน ก่อนเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยภายในห้องแยกโรค	**ข้อที่2** มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สู่ผู้อื่น **ข้อมูลสนับสนุน** 1.ผู้คลอดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2. RT PCR SAR CoV2= Detected 3.ผู้คลอดมีอาการไอมีเสมหะ **วัตถุประสงค์ :**บุคคลลากรที่ดูแลไม่เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019จากผู้คลอด/ระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีประสิทธิภาพ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลแยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกโรคหรือห้องกักกันโรคจนพ้นระยะแพร่เชื้อ 2. วางแผนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนแรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งการเข้าไปปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง

กรณีศึกษาที่1	**กรณีศึกษาที่2**
4. จัดชุดการวัดสัญญาณชีพและวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว และสอนการใช้อุปกรณ์กับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และแจ้งเตือนช่วงเวลาที่ต้องวัดสัญญาณชีพ 5. จำกัดการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น **การประเมินผล:**ไม่พบบุคคลากรเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโคโรนา 2019 หลังดูแล14วัน	3. บุคลากรทุกคนต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้ครบถ้วน ก่อนเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยภายในห้องแยกโรค 4. จัดชุดการวัดสัญญาณชีพและวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว และสอนการใช้อุปกรณ์กับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และแจ้งเตือนช่วงเวลาที่ต้องวัดสัญญาณชีพ 5. จำกัดการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น **การประเมินผล:**ไม่พบบุคคลากรเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโคโรนา 2019 หลังดูแล14วัน
ข้อที่3 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้คลอดมีอาการไข้ ไอมีเสมหะ 2. Chest x-ray = Focal small ground glass opacities in both middle lung zone and RLL zone, early pneumonitis./ CRP 137.68 ug/ml **วัตถุประสงค์ :**ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.เฝ้าระวังและติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก 2.ดูแลตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง 3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, CRP, LFT, LDH ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Remdesivir200 mg IV OD then Remdesivir100 mg IV OD x 3 day then Favipiravir (200mg) 9 tab ๏ทุก 12 ชั่วโมง ในวันที่ 1 then Favipiravir (200mg) 4 tab ๏ ทุก 12 ชั่วโมง **การประเมินผล:**พบภาวะปอดอักเสบ ได้รับการรักษาด้วยยา Remdesivir ทันที เมื่อมีอาการดีขึ้นแพทย์ได้เปลี่ยนเป็นยา Favipiravirจนครบตลอดการรักษาไม่พบผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน V/S stable	**ข้อที่3** ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้คลอดมีอาการไข้ ไอมีเสมหะ 2. Chest x-ray =infiltration LLL/ CRP19.91ug/ml **วัตถุประสงค์ :**ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.เฝ้าระวังและติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก 2.ดูแลตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง 3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, CRP, LFT, LDH ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Favipiravir (200mg) 9 tab ๏ทุก 12 ชั่วโมง ในวันที่ 1 then Favipiravir (200mg) 4 tab ๏ ทุก 12 ชั่วโมง 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาDexamethasone 6mg IV OD **การประเมินผล:**พบภาวะปอดอักเสบ และได้รับการรักษาด้วยยา FavipiravirและDexamethasone ครบตามแผนการรักษาจนอาการดีขึ้นเป็นปกติตลอดการรักษาไม่พบผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน
ข้อที่5วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและบุตร เนื่องจากตนเองติดเชื้อโควิคและบุตรต้องไปอยู่แยกโรคตึกทารกแรกเกิดวิกฤต **ข้อมูลสนับสนุน:**ซักถามถึงบุตรบ่อยครั้ง มีสีหน้าเคร่งเครียดเวลาพูดถึงบุตร **วัตถุประสงค์ :** วิตกกังวลลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความวิตกกังวลโดยสังเกตอาการ/อาการแสดง	**ข้อที่5**วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและบุตร เนื่องจากตนเองติดเชื้อโควิคและบุตรต้องไปอยู่แยกโรคตึกทารกแรกเกิดวิกฤต **ข้อมูลสนับสนุน:**ซักถามถึงอาการของบุตรทุกครั้งที่เข้าทำการพยาบาล มีสีหน้าเคร่งเครียดเวลาพูดถึงบุตร **วัตถุประสงค์ :** คลายวิตกกังวลลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความวิตกกังวลโดยสังเกตอาการ/อาการแสดง

กรณีศึกษาที่1	**กรณีศึกษาที่2**
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยและบุตรที่เข้าใจง่าย ส่งข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจ และข้อมูลที่จำเป็นให้ผู้ป่วยได้อ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่(LINE)ให้ผู้ป่วยได้อ่านทำความเข้าใจ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกวิตกกังวล 4.แนะนำหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้น เช่น งดเข้าไปอ่านวิจารณ์ใน Facebook หรือโต้เถียงกับผู้อื่นในสื่อsocial/internet ต่างๆ 5. ประสานงานให้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้และกุมารแพทย์เรื่องอาการและแนวทางการรักษา **การประเมินผล:** ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลลดลงเมื่อได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้และกุมารแพทย์	2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยและบุตรที่เข้าใจง่าย ส่งข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจ และข้อมูลที่จำเป็นให้ผู้ป่วยได้อ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่(LINE) ให้ผู้ป่วยได้อ่านทำความเข้าใจ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกวิตกกังวล 4.แนะนำหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้น เช่น งดเข้าไปอ่านวิจารณ์ใน Facebook หรือโต้เถียงกับผู้อื่นในสื่อsocial/internet ต่างๆ 5. ประสานงานให้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้และกุมารแพทย์เรื่องอาการและแนวทางการรักษา **การประเมินผล:** ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลลดลงเมื่อได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้และกุมารแพทย์
ข้อที่6ปวดคัดตึงเต้านมเนื่องจากบุตรอยู่ตึกแยกโรคทารก **ข้อมูลสนับสนุน:**เริ่มมีอาการคัดตึงเต้านม ไม่มีไข้ วันที่ 5 หลังการผ่าตัด มีน้ำนมไหล **วัตถุประสงค์ :** ลดอาการปวดคัดตึงเต้านม พักผ่อนได้ 1. แนะนำไม่ให้กระตุ้นเต้านม ไม่บีบหรือปั๊มน้ำนมออกมา เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้น้ำนมไหลมากจะทำให้เต้านมคัดตึงได้ ถ้าไม่มีการกระตุ้นน้ำนมจะหมดไปเอง 2. แนะนำให้สวมเสื้อยกทรงขนาดพอดีพยุงเต้านมไว้เสมอ 3. ถ้ามีอาการนมคัดและปวดมากพิจารณาให้ยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ **การประเมินผล:**เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อเอชไอวี บุตรไม่สามารถทานนมได้ หลังจากไม่กระตุ้นเต้านม อาการคัดตึงเต้านมลดลง	**ข้อที่1 เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดอักเสบ** **ข้อมูลสนับสนุน** 1**.** Chest x-ray = thickening lung marking or bronchitis at both lower lungs. 2.Lung=secretion sound 3.RR=44ครั้ง/นาที **วัตถุประสงค์:**ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพของทารกที่บ่งบอกถึงอาการพร่องออกซิเจน เช่นอาการหายใจหอบ/ลำบาก เขียว 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอตามอาการของทารกโดยการดูดเสมหะตามความเหมาะสม 3. จัดท่าให้ทารกนอน ให้ทารกหายใจได้สะดวก โดยให้นอนราบใช้ผ้าหนุนบริเวณไหล่ให้ศีรษะ แหงนเล็กน้อย หลอดลมจะได้เปิดกว้างเต็มที่ หรือนอนศีรษะสูงตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 5. สังเกตและบันทึก ลักษณะ สีของเสหะ และการขับถ่ายของทารก 6. ดูแลให้ออกซิเจนโดยต่อflowเข้าตู้ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวะตามแผนการรักษาAmpicillin 300mg IV q 12 hr./ Gentamycin 10 mg IV OD 8. ดูแลให้ยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา Favipiravir 90 mg po stat*1day then Favipiravir 30 mg po q12 hr. และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 9. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปราศจากการรบกวนทารกไม่ว่าจะเป็น แสง เสียง ความสว่างเพื่อให้ ทารกได้รับการพักผ่อนมากที่สุดและให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็นเพื่อลดการใช้พลังงานและ ออกซิเจนของทารก

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
	การประเมินผล: ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ตลอดการรักษา O_2sat=98-100%
ข้อที่2 เฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากมารดาติดเชื้อโควิค19 **ข้อมูลสนับสนุน** 1.มารดาตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนคลอด 2.ผลตรวจ RT PCR SAR CoV2 = Detected **วัตถุประสงค์** :ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ทารกและบุคคลากรที่ดูแลทารก **กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดเตรียมห้อง negative pressure หรือห้องแยกเดี่ยว ไม่ปะปนกับผู้ป่วยรายอื่นดูแลให้อยู่ในตู้transport incubator 2.วางแผนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนแรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งการเข้าไปปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง จัดห้องสำหรับการใส่ PPE และการใช้อุปกรณ์ป้องกันก่อนเข้าปฏิบัติการพยาบาล และจุดสำหรับถอดชุด PPE พร้อมกระจกเงาให้มีการปฏิบัติได้แม่นยำ ไม่ผิดพลาด 3.จัดชุดการวัดสัญญาณชีพและวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องชั่งน้ำหนัก ไว้ในห้องของผู้ป่วยไว้ใช้กับผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้น 4.จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น เช่น สำลี ผ้าอ้อม ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สบู่อาบน้ำ ยาสระผม ไว้ในห้องของผู้ป่วยไว้ใช้กับผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้น 5.จัดชุดอุปกรณ์ในการ swab การเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ไม่นำส่งของที่ใช้กับผู้ป่วยออกมานอกห้องอีก ยกเว้นสิ่งส่งตรวจที่มีการเตรียมอุปกรณ์ไปใส่โดยไม่ contaminate กับผู้ป่วยและสิ่งของของผู้ป่วย 6.บุคลากรทุกคนต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้ ครบถ้วน ก่อนเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วย 7.แนะนำบุคลากร ให้ล้างมือ7ขั้นตอนด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย 8.ติดตามการตรวจPCR for sar-CoV2 ตามแผนการรักษาของแพทย์ **การประเมินผล:**ผลตรวจ RT PCR SAR CoV2 = not-Detected/ ไม่พบบุคคลากรเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโคโรนา 2019	**ข้อที่2 เฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากมารดาติดเชื้อโควิค19** **ข้อมูลสนับสนุน** 1.มารดาตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนคลอด 2.ผลตรวจ RT PCR SAR CoV2 = Detected **วัตถุประสงค์** :ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ทารกและบุคคลากรที่ดูแลทารก **กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดเตรียมห้อง negative pressure หรือห้องแยกเดี่ยว ไม่ปะปนกับผู้ป่วยรายอื่นดูแลให้อยู่ในตู้transport incubator 2.วางแผนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนแรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งการเข้าไปปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง จัดห้องสำหรับการใส่ PPE และการใช้อุปกรณ์ป้องกันก่อนเข้าปฏิบัติการพยาบาล และจุดสำหรับถอดชุด PPE พร้อมกระจกเงาให้มีการปฏิบัติได้แม่นยำ ไม่ผิดพลาด 3.จัดชุดการวัดสัญญาณชีพและวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องชั่งน้ำหนัก ไว้ในห้องของผู้ป่วยไว้ใช้กับผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้น 4.จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น เช่น สำลี ผ้าอ้อม ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สบู่อาบน้ำ ยาสระผม ไว้ในห้องของผู้ป่วยไว้ใช้กับผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้น 5.จัดชุดอุปกรณ์ในการ swab การเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ไม่นำส่งของที่ใช้กับผู้ป่วยออกมานอกห้องอีก ยกเว้นสิ่งส่งตรวจที่มีการเตรียมอุปกรณ์ไปใส่โดยไม่ contaminate กับผู้ป่วยและสิ่งของของผู้ป่วย 6.บุคลากรทุกคนต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้ ครบถ้วน ก่อนเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วย 7.แนะนำบุคลากร ให้ล้างมือ7ขั้นตอนด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย 8.ติดตามการตรวจPCR for sar-CoV2 ตามแผนการรักษาของแพทย์ **การประเมินผล:**ผลตรวจ RT PCR SAR CoV2 = not-Detected/ ไม่พบบุคคลากรเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโคโรนา 2019
ข้อที่3อาจเกิดภาวะติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกเนื่องจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส **ข้อมูลสนับสนุน:**มารดามีประวัติติดเชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิสก่อนตั้งครรภ์	

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
วัตถุประสงค์ :ทารกได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐานการดูแลทารกที่มารดาติดเชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส มีการตรวจคัดกรองการรักษาตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการของการติดเชื้อเอชไอวี และส่งตรวจ HIV DNA PCR ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.ดูแลให้ยาต้านเอชไอวีแก่ทารก AZT syr. 1.5ml po q 12hr.และติดตามดูผลข้างเคียงของยา หากตรวจพบภาวะซีดซึ่งอาจเกิดจาก AZT แจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาให้ตรวจเลือด CBC เด็ก เพื่อหาค่าฮีโมโกบิลและจำนวนเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล เพราะอาจพบภาะซีดและเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำจากยาได้ 3.ดูแลงดนมแม่ โดยให้แต่นมผสมเท่านั้น 4.ดูแลให้vitamin K วัคซีน BCG และวัคซีน HBเช่นเดียวกับเด็กปกติ 5.ประเมินอาการของการติดเชื้อซิฟิลิส เช่น ซีดเหลือง ตับโต ม้ามโต ต่อม เหลืองโต ผื่นแบบ maculopapular ตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือฝ่าเท้าและลอกเป็น มันวาว และความผิดปกติของกระดูกส่งตรวจ CBC, CSF for VDRL cell count/ differential, protein, sugarfilm long bone, Liver function test, ส่งตรวจตา การได้ยิน และ neuroimaging ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.ดูแลให้ยา Aqueous penicillin G 175,000 unit IV q 12 hr. x7day then Aqueous penicillin G 175,000 unit IV q 8 hr. จนครบ 10 วันตามแผนการรักษา **การประเมินผล:**ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลทารกที่มารดาติดเชื้อเอชไอวีและเชื้อซิฟิลิส ผลDNA PCR=negative/ผลVDRL(CSF)=non-reactive ผลVDRL(Blood)=non-reactive	

สรุปและอภิปราย

ผู้คลอดทั้ง2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิค-19 รายที่ 1 ไม่ทราบประวัติสัมผัส มีอาการเล็กน้อยมีไข้ ไอมีเสมหะ รายที่ 2 มีประวัติสัมผัสจากสามีที่ติดเชื้อ มาตรวจครรภ์ตามนัดและตรวจพบเชื้อก่อนผ่าตัดคลอด ด้วยวิธี RT-PCR และมีผลCxR ของทั้ง 2รายมีภาวะปอดอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่3 มีความเสี่ยงจะเกิดภาวะปอดอักเสบ ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน ยกเว้นในรายที่ 1 ประวัติมีโรคประจำตัวติดเชื้อเอชไอวีและติดเชื้อซิฟิลิส ผู้คลอดทั้ง2รายและทารกได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลคลอดและตามโรคที่พบของแต่ละราย ได้รับการพยาบาลอย่างระมัดระวังตามหลักการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ตามมาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างเคร่งครัด ไม่พบการติดเชื้อของบุคลากรจากการปฏิบัติงานผู้คลอดและทารกนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อ อาการผู้คลอดและทารกดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้[6]

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเห็นว่าในการดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 และผู้คลอดที่มีโรคประจำตัวติดเชื้อเอชไอวี เชื้อซิฟิลิส และติดเชื้อโควิด-19จะต้องใช้ความรู้ความสามารถเรื่องโรค การดูแลผู้คลอดและทารก การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การประเมินอย่างรอบด้านและเป็นองค์รวม การให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาของทารกอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการดูแลตนเองและทารกอย่างถูกวิธีเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของทั้งมารดาและทารก ลดความวิตกกังวล ลดการเจ็บป่วยต่อไปในอนาคต

1.ด้านบริการ พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อโควิค-19 ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย ตามทฤษฎีการพยาบาล 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

2.ด้านบริหาร กลุ่มการพยาบาลสามารถจัดทำนโยบายเพื่อนำไปเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้คลอดได้ปฏิบัติให้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย 2563. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/content/selet_landding_page?contentid=181
2. มณฑินี วสันติอุปโภคากร, นุชนารถ แก้วดำเกิง, นภกานต์ คนซื่อ, นันทวรรณ วงษ์ทิพย์, บรรณาธิการ. รายงานประจำปีกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2565. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1484920231010090902.pdf
3. กองระบาดวิทยา. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564. รายงานเฝ้าระวังโรค 506 พ.ศ.2565. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.
4. จุฬาลักษณ์ จิระพัฒน์สกุล. การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์. [อินเตอร์เน็ต]. คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 11 ธันวาคม 2563. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม2567]. เข้าถึงได้จาก: https:// w1.med.cmu.ac.th/obgyn / lecturestopics /topid-review /5112/
5. เสาวนีย์ วิบุลสันติ, ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล. โอภาส พุทธเจริญ. เอกจิตรา สุขกุล. รังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
6. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. ฉบับปรับปรุงวันที่ 18 เมษายน 2566. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม2567]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/content/selet_landding_page?contentid=181

7. กรมการแพทย์. แนวทางการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วย COVID-19 สำหรับสถานพยาบาล. [อินเตอร์เน็ต]. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กรกฎาคม 2566. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9280
8. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดโรคโควิด-19. [อินเตอร์เน็ต]. ฉบับปรับปรุงวันที่ 21 กรกฎาคม 2566. กรุงเทพฯ:สำนักงานเลขาธิการราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rtcog.or.th/files/1703040087_008fccaa0583d0daf470.pdf