ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.5 September - October 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 10 1
สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ ,จิรังกูร ณัฐรังสี ,ปรางทิพย์ ทาเสนาะ ,เอลเทอร์ ,ทศา ชัยวรรณวรรต ,วรวุฒิ ชมภูพาน ,พัชรินทร์ วรรณุรักษ์ สกุลรัตน์ จารุสันติกุล ,วรางคณา ชมภูพาน ,มนพัทธ์ อารัมภ์วิโรจน์ ,พรทิพย์ ปุกหุต

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก 10
วรัชยา แสงสว่าง

รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. 20
กมล ศรีล้อม ,กรรณิการ์ ชารัมย์ ,ทรงธรรม แสนจำลา

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น 32
อาทิตยา ศิริคะเณรัตน์ ,นิรชา สมยา ,อนุสรา นามสง่า

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 42
จินตนา อินทรักษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 52
อังคณา ศรีไสย ,เพ็ญพักร์ ทองศรี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน 61
ชนาธิป อำนวย

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 71
วรกมล ก้อนคำ

รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอ่างทอง 80
กนกนุช ตรีสุคนธ์

การจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยต่อการเพิ่ม ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ของสถานศึกษาในตำบลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 91
ธิติมา ณ สงขลา ,สุธีร์ อินทร์รักษา

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น 100
บังอร แซ่อึ้ง ,ธวัชชัย คำป้อง ,แววตา สุริยันต์

รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น 109
ลักษณาพรรณ แก้วมูลมุข

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก 117
นงค์นุช คุณะโคตร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย 129
บงกชจันทร์ กถนานนท์ ,วริศรา เบ้านู ,วันเพ็ญ วิศิษฎ์ชัยนนท์ ,ชลการ ทรงศรี

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร 141
สุภาภรณ์ น้อยเจริญ , อารมย์ พรหมดี , แสงไทย ไตรยวงศ์ และวงศ์เพ็ชร ผลสวัสดิกุล

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย 153
ธัญชนก จิตจง

การพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร 162
นาคี สอนโพธิ์ , ธีรารัตน์ พลราชม , ทวีศิลป์ กุละนาม

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี 170
มานพ มาสอาด

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี: การศึกษาเชิงสำรวจ ..... บรรเทิง พลสวัสดิ์ ,ชลธิชา อรุณพงษ์ ,อาภรณ์ เชื้อพันธ์ ,หนูพิศ ทุ่นทอง ,สอาด มุ่งสิน ,สมจิตร วงศ์หอม ,ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	178
ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ..... กษิพัฒน์ เชียงแรง ,พัชราภรณ์ ปินตา	187
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.เที่ยงแท้ อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท ..... อรนุช นุ่นละออง , ยุทธนา นุ่นละออง ,ศศิมา วัฒนา	195
การพัฒนาแนวปฏิบัติและการประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ..... ศศิธร ประทุมชาติ ,อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล	204
การพยากรณ์จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพรรายเขตสุขภาพ ..... พันธ์วิรา เวยสาร ,วัฒนา ชยธวัช	212
การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ..... วราลี วงศ์ศรีชา ,วรรณ์นิภา แสนสุภา ,พิมพ์ญดา เนียมแดง	220
การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร ..... สุภาณี กิตติสารพงษ์ , ธีรารัตน์ พลราชม , ลีลวัฒน์ กองศูนย์	230
การสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม ..... พลใส มุลทาเย็น	237
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวานบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในพื้นที่อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี ..... นิอิสมาแอล ดอเลาะ	245
การวิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กอ้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดขอนแก่น ..... วรินทรัตน์ ขันธสะอาด ,ธญยธร แฝงฤทธิ์	254
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ชณาทิพย์ ธรรมมุลตรี	263
การพยาบาลและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย ..... รัดก้าว กัญญาบัญดิษฐ์	273
การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ..... สมเจตน์ เณรรักษา ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,จำเนียร สุวรรรณชาติ	281
การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ..... สาวิตรี ประทุมภาพ ,กิตติ เหลาสุภาพ	290
รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ..... อัษฎาพร ใจสุข ,รัชดา บุญแก้ว ,วิชิต เรืองแป้น	297
การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ..... กฤษดา โม้เวียง	307
การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดสุโขทัย วิลาสินี หงสนันทน์ , จิตอนุวัต พุ่มมวง , วิจิตร โภคา	316

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี 326
หทัยพัชร์ แก้วประสิทธิ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ที่บ้าน : กรณีศึกษา 335
กัลยา นนท์สกุล

การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : กรณีศึกษา 344
แอนนา บุญอิ่ม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน : กรณีศึกษา 353
ปฏิมา มะพะสาธุโร

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น : กรณีศึกษา 364
ทัศนีย์ ณ ป้อมเพ็ชร

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ร่วมกับภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) : กรณีศึกษา 371
ยุพล รู้รักตน

การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย 379
จันทราภา นิกร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 387
อังคณา ศรีไสย ,เพ็ญพักร์ ทองศรี

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 396
วชิรารัตน์ วรรณศิริ , รณภูมิ สุรันนา , ชนิดา โอษคลัง

การพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตา โรงพยาบาลขอนแก่น: กรณีศึกษา 2 ราย 404
เกษร ภูริกิจโกศล

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น 412
นงเยาว์ คำปัญญา , จริยา โคตนาคำ

การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 420
มยุรฉัตร อุทปา ,พิศสมัย ไลออน ,กาญจนา จันทะนุย ,นิจพร สว่างไธสง ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็นติกทะลุใน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 431
พงษ์เดช จาวรุ่งฤทธิ์

ผลการใช้โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยต่อระดับการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 439
อัญชลี ชลเมธีกุล , พนิดา แก้วใส

การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 448
วิภารัชญ์ ประมวลปรีชา

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี 455
ปิยะพร พุ่มแก้ว

การพัฒนารูปแบบการดูแลแผลในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังสถาบันราชประชาสมาสัย 466
วัชราภรณ์ พุ่มโพธิ์ทอง , นรินทร กลกลาง

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การวิเคราะห์การรอดชีวิตและความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 477
จักรกริช กุลกั้ง

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวาจังหวัดสมุทรสงคราม ... 487
วราภรณ์ บุญเจริญ

ผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 496
รัชฎาภรณ์ ภูโอบ ,นฤมล พากเพียร

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 507
สิริลักษณ์ แฝงสมศรี ,จารุณี บุญหลาย ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ด้วย 4 กระบวนการหลัก 30 กิจกรรม 517
วรัตภรณ์ ชำรัมย์

ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 526
มณีรัตน์ ทางดี

การเปรียบเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง (transcutaneous bilirubin : TcB) เทียบกับระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin : TSB) ในทารกแรกเกิด 534
นาวิน การะยะ , มุทิตา มีแสง , พงศกร ฉ่ำพึ่ง

ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก ซ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน 542
เพชรรินิ วิญญายอง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย 549
ขัติยา แก้วสมบัติ ,อิศรา ขุนพิลึก , อัญชลี วิจิตรปัญญา ,เพ็ญสุดา ไชยเมือง ,ประภาพร จันทร์นาม

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม 561
สุณี ฉิมพิบูลย์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี 567
มารตี กัลยารัตน์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 577
กชพร นะราธร

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก 585
สมญาภรณ์ พุทธรักษา

เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนองและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 595
มลิดา อินานันท์

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การรับรู้ และทัศนคติ ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส 604
วันเตาเฟ็ก แวดือราแม

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี CKD3 Corner ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 613
พนารักษ์ คูณศิริปัญญา ,สุทธิกานต์ สุทธิประภา ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 622
พิศมัย ยุ้งกระโทก

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย 628
ภัคทิพา จันบุตรดี , พันธ์ทิพย์ ศรีตะบุตร

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด 637
บรรจง เมตตา

ผลการพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 646
จินัฐตา พงประเสริฐ ,ยุพิน เสาร์ทอง ,นวธัญย์พร ศรีจันทร์

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี 658
กันย์วิตรา หิรัญเชวงศักดิ์ ,กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดการ การติดตาม และการส่งต่อข้อมูลหลังเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาสารคามสู่โรงพยาบาลเครือข่าย 663
ภัทราพร อรรคฮาตสี

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 674
อนัญญา มานิตย์ ,กุลชลี นาธงชัย

ผลการผ่าตัดถุงน้ำดี และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิด ในโรงพยาบาลสระบุรี 685
โกสัญญา ต่างวิวัฒน์

รายงานผู้ป่วย Dengue encephalopathy ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 691
นาวิน การะยะ ,รัศมี ตั้งศิริ , พงศกร ฉ่ำพึ่ง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ...
พะเยา พรมดี , เยาวภา สีดอกบวบ , อภิญญา พรมจันทร์

ผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ 710
วรางคณา เร่งไพบูลย์วงษ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 715
กาญจนา นิ่มสุนทร ,สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ ,วิภาพร คุณพาที ,สนธยา ลาเตะ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ 725
ทองคำ อินตะนัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 735
จำปี หันชัยเนาว์

ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 744
นิธินาถ ทุนนาน

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ 755
ประคองศิลป์ โพธะเลศ

ผลของการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 763
นฤมล บุญอารีย์

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ 773
สุราษฎร์ บุญปัญญา

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 783
ณฐมน สืบซุย

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ 792
นฤมล จันทร์สุข , ชวนนท์ จันทร์สุข

การพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยง (Coaching) จังหวัดยโสธร 801
ชาญชัย เสี้ยวทอง

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 813
ศรายุทธ ภานุมนต์วาที ,อุทัย นิปัจจการสุนทร ,กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์

การพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น 818
พีรญา พาอ่อนตา

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 828
นันทิยา ภูกิ่งพลอย

อัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (respiratory distress syndrome : RDS) ก่อนและหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว (fast track to surfactant) ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 836
นาวิน การะยะ , มุทิตา มีแสง , พงศกร ฉ่ำพึ่ง

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 845
ไพฑูรย์ ดำริห์

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม 853
เกษมา มัชฌิมดำรง

ผลการใช้การโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ 862
วรัชนก เสโส

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร 870
จุฬารัตน์ ไชยเพ็ชร

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile 883
สมคิด โกสุมพ์ศิริ

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก 891
สาโรจน์ ตาลผาด

รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 900
ทวีพร สำราญอินทร์

ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy 908
สมใจ จารุตันติ์

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง 917
ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน และดนตรีบำบัด ต่อความวิตกกังวล การทำผ่าตัดแผนกผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 927
ณัฏฐ์ชุดา เลือดนักรบ ,นภดล เลือดนักรบ ,สุชญา พรหมโชติ

ผลการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 934
ชลลดา นครังสุ

การประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี เพื่อยกระดับสู่ การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชีย ในปี 2570 942
ศรีจรรยา โชติก ,รัชนี จันทร์เกษ ,ณัชชา พัฒนะนุกิจ ,กนกรัตน์ ยศไกร ,ขวัญใจ จริยาทัศน์กร

การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ 954
คำไฝ พลสงคราม ,สิทธินนท์ หาญจริง

พัฒนาการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากันของกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท 966
สมบูรณ์ สิงห์พรม

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย 978
ธัญญรัตน์ นาพรมเทพ

การบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก 986
ปิยวรรณ วัดพ่วงแก้ว ,ญาณิภา แก้วลำหัด

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 29 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ตุลาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน การจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน การดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน งานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล การประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก การพยากรณ์จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า การวิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต การพยาบาลและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับ การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.5 September - October 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART I

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 10 1
สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ ,จิรังกูร ณัฐรังสี ,ปรางทิพย์ ทาเสนาะ ,เอลเทอร์ ,ทศา ชัยวรรณวรรต ,วรวุฒิ ชมภูพาน ,พัชรินทร์ วรรณุรักษ์ สกุลรัตน์ จารุสันติกุล ,วรางคณา ชมภูพาน ,มนพัทธ์ อารัมภ์วิโรจน์ ,พรทิพย์ ปุกหุต

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก 10
วรัชยา แสงสว่าง

รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. 20
กมล ศรีล้อม ,กรรณิการ์ ชารัมย์ ,ทรงธรรม แสนจำลา

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น 32
อาทิตยา ศิริคะเณรัตน์ ,นิรชา สมยา ,อนุสรา นามสง่า

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 42
จินตนา อินทรักษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 52
อังคณา ศรีไสย ,เพ็ญพักร์ ทองศรี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน 61
ชนาธิป อำนวย

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 71
วรกมล ก้อนคำ

รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอ่างทอง 80
กนกนุช ตรีสุคนธ์

การจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยต่อการเพิ่ม ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ของสถานศึกษาในตำบลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 91
ธิติมา ณ สงขลา ,สุธีร์ อินทร์รักษา

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น 100
บังอร แซ่อึ้ง ,ธวัชชัย คำป้อง ,แววตา สุริยันต์

รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น 109
ลักษณาพรรณ แก้วมูลมุข

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก 117
นงค์นุช คุณะโคตร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย 129
บงกชจันทร์ กถนานนท์ ,วริศรา เบ้านู ,วันเพ็ญ วิศิษฎ์ชัยนนท์ ,ชลการ ทรงศรี

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร 141
สุภาภรณ์ น้อยเจริญ , อารมย์ พรหมดี , แสงไทย ไตรยวงศ์ และวงศ์เพ็ชร ผลสวัสดิกุล

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย 153
ธัญชนก จิตจง

การพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร 162
นาคี สอนโพธิ์ , ธีรารัตน์ พลราชม , ทวีศิลป์ กุละนาม

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี 170
มานพ มาสอาด

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี: การศึกษาเชิงสำรวจ 178
บรรเทิง พลสวัสดิ์ ,ชลธิชา อรุณพงษ์ ,อาภรณ์ เชื้อพันธ์ ,หนูพิศ ทุ่นทอง ,สอาด มุ่งสิน ,สมจิตร วงศ์หอม ,ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 187
กษิพัฒน์ เชียงแรง ,พัชราภรณ์ ปินตา

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.เที่ยงแท้ อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท 195
อรนุช นุ่นละออง , ยุทธนา นุ่นละออง ,ศศิมา วัฒนา

การพัฒนาแนวปฏิบัติและการประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี 204
ศศิธร ประทุมชาติ ,อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล

การพยากรณ์จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพรรายเขตสุขภาพ 212
พันธ์วิรา เวยสาร ,วัฒนา ชยธวัช

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 220
วราลี วงศ์ศรีชา ,วรรณ์นิภา แสนสุภา ,พิมพ์ญดา เนียมแดง

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร 230
สุภาณี กิตติสารพงษ์ , ธีรารัตน์ พลราชม , ลีลวัฒน์ กองศูนย์

การสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม 237
พลใส มุลทาเย็น

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวานบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในพื้นที่อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี 245
นิอิสมาแอล ดอเลาะ

การวิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กอ้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดขอนแก่น 254
วรินทรัตน์ ขันธสะอาด ,ธญยธร แฝงฤทธิ์

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 29 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ตุลาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน การจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน การดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน งานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล การประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก การพยากรณ์จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า การวิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต การพยาบาลและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับ การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 10

Factors Associated with Intelligence Quotient Levels Among First-Grade Primary School Students in Health Region 10

(Received: September 2,2024 ; Revised: October 8,2024 ; Accepted: October 12,2024)

สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์[1] จิรังกูร ณัฐรังสี[2] ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์[2] ทศา ชัยวรรณวรรต[3] วรวุฒิ ชมภูพาน[4] พัชรินทร์ วรรณุรักษ์[5] สกุลรัตน์ จารุสันติกุล[6] วรางคณา ชมภูพาน[4] มนพัทธ์ อารัมภ์วิโรจน์[2] พรทิพย์ ปุกหุต[7]

Supaporn Sritanyarat[1] Jirungkoon Nuttharungsri[2*] Prangthip Thasanoh Elter[2] Tasa Chaiwunwat[3] Worawut Chompoopan[4] Patcharin Wonnuruk[1] Sakulrut Jarusontikul[1] Warangkana Chompoopan[4] Monnapat Arumwiroj[2] Porntip Pukahuta[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient [IQ]) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ IQ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เขตสุขภาพที่ 10 มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนจำนวน 1,411 คน ได้มาจากการเลือกแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบทดสอบ Standard Progressive Matrices, Parallel Version (SPM parallel version) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิธีถดถอยพหุลอจิสติก นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า ORadj ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนจังหวัดมุกดาหารมีค่าเฉลี่ยระดับ IQ เท่ากับ 102.9 สูงกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ = 100) ส่วนนักเรียนในจังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยระดับ IQ ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล และพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะมี IQ ต่ำกว่าเด็กปกติ 1.66 เท่า เด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนมีโอกาสเสี่ยงที่จะมี IQ ต่ำกว่าเด็กปกติ 1.62 เท่า เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient [EQ]) ด้านสุขสูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีโอกาสที่จะมีระดับ IQ สูงกว่าเด็กที่มี EQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 1.62 เท่า เด็กที่มี EQ รวมทุกด้านสูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีโอกาสที่จะมี IQ สูงกว่าเด็กที่มี EQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 2.48 เท่า และเด็กออทิสติกมีโอกาสเสี่ยงที่จะมี IQ ต่ำกว่าเด็กปกติ 2.45 เท่า สรุปได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับ IQ ต่ำในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้แก่ โรคสมาธิสั้น ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และโรคออทิสติก ในขณะที่ EQ ที่สูงสัมพันธ์กับระดับ IQ ที่สูงขึ้นจึงควรส่งเสริมการพัฒนา EQ และทักษะทางสังคมควบคู่กับการพัฒนาเชาวน์ปัญญา

คำสำคัญ: ระดับเชาว์ปัญญา นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ความฉลาดทางอารมณ์

ABSTRACT

This cross-sectional survey research aimed to study the Intelligence Quotient (IQ) levels and factors associated with IQ among first-grade primary school students in Health Region 10. The sample consisted of 1,411 students, obtained through multi-stage sampling. Data was collected using the Standard Progressive Matrices, Parallel Version (SPM parallel version) test. Data analysis was performed using descriptive statistics and multiple logistic regression. The strength of associations was presented using ORadj values at a statistical significance level of .05.

The research results showed that students in Mukdahan province had an average IQ of 102.9, higher than the global average (IQ = 100). Students in Si Sa Ket, Yasothon, Amnat Charoen, and Ubon Ratchathani provinces had average IQ levels below the global average. It was found that children with hyperactivity/inattention were 1.66 times

[1] ผู้อำนวยการ, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล Jirung.n@rtu.ac.th
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[4] อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
[5] นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10
[6] นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10
[7] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

more likely to have a lower IQ than normal children. Children with peer relationship problems were 1.62 times more likely to have a lower IQ than normal children. Children with above-normal emotional quotient (EQ) in the happiness domain were 1.62 times more likely to have a higher IQ level than children with below-normal EQ. Children with above-normal overall EQ were 2.48 times more likely to have a higher IQ than children with below-normal EQ. Children with autism spectrum disorder were 2.45 times more likely to have a lower IQ than normal children. In conclusion, factors associated with low IQ levels in first-grade primary school students include hyperactivity/inattention, peer relationship problems, and autism, while high EQ is associated with higher IQ levels. Therefore, the development of EQ and social skills should be promoted alongside intellectual development.
Keywords: intelligence quotient, first-grade primary school students, emotional quotient

บทนำ

เชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient [IQ]) เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการคิด การใช้เหตุผล และการแก้ปัญหาของบุคคล IQ มีผลต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาว ระดับ IQ ของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันตามบริบทและปัจจัยแวดล้อม การพัฒนา IQ มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและการเลี้ยงดู รวมถึงปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพและจิตสังคม[1,2] นอกจากนี้ ยังพบว่าการส่งเสริมการอ่านและกิจกรรมการเรียนรู้ที่บ้านมีผลทางบวกต่อพัฒนาการทางการอ่านและการรู้หนังสือ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทางปัญญา เพราะฉะนั้นการศึกษาและการพัฒนาระดับ IQ จึงมีความจำเป็นต่อการวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจของประเทศ

ประเทศไทยได้ติดตามระดับเชาว์ปัญญาของเด็กไทยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสำรวจทุก 5 ปี ด้วยแบบวัด IQ มาตรฐาน คือ Standard Progressive Matrices (SPM) ฉบับคู่ขนาน ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาของเด็กไทยเท่ากับ 98.2 ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ = 100) โดยพบนักเรียนที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) ร้อยละ 31.81 และมี IQ อยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < 70) ร้อยละ 5.8[3] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับ IQ ของเด็กไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการมีระดับ IQ ต่ำกว่าเกณฑ์

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับ IQ ในเด็กไทยมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง เช่น เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี มุกดาหาร ศีรษะเกษ อำนาจเจริญ และยโสธร งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับ IQ ที่ผ่านมา พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับ IQ ของเด็ก[4] นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยทางชีวภาพ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารไอโอดีน หรือการเกิดก่อนกำหนด ก็อาจส่งผลต่อระดับ IQ ของเด็กได้ด้วยเช่นเดียวกัน[5,6] และการเกิดก่อนกำหนดหรือภาวะต่อมไทรอยด์บกพร่องแต่กำเนิดอาจส่งผลต่อระดับ IQ ในระยะยาว[7] และพบว่าเด็กที่มีภาวะออทิสติกมีระดับ IQ ต่ำกว่าเด็กทั่วไป[8] การศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อระดับ IQ และการพัฒนาทางสติปัญญาของเด็กครอบคลุมถึงความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional quotient [EQ]) พฤติกรรมสุขภาพ และความเครียด พบว่า เพศ เวลานอน รูปแบบครอบครัว และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีผลต่อ EQ และความเครียดของเด็ก[9] การศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับ IQ และความสำคัญของการดูแลสุขภาพและโภชนาการตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์และวัยทารก

ด้วยความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระดับ IQ ในเด็กนักเรียน และความซับซ้อนของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 โดย

พิจารณาทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมและความสัมพันธ์จากแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้านหลัก คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Emotional symptoms) พฤติกรรมเกเร (Conduct problems) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (Hyperactivity/inattention) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer relationship problems) และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Prosocial behavior) รวมทั้งปัจจัยด้าน EQ (ด้านเก่ง ดี มีสุข และภาพรวม) และปัจจัยอื่น ๆ เช่น การมีโรคร่วม การอยู่ด้วยกันของบิดามารดา การมีชีวิตอยู่ของมารดา การได้รับเงินทุน และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับเด็ก ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กนักเรียน รวมทั้งนำไปสู่การเสนอแนะเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 เขตพื้นที่สุขภาพที่ 10
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 เขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากโครงการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องประจำปี 2564 การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะเขตสุขภาพที่ 10 ครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ มุกดาหาร ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนทุกสังกัดของเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน และสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณแยกรายจังหวัด โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Margin of error) ร้อยละ 2 ซึ่งสอดคล้องกับโครงการวิจัยหลัก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,411 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (Three-stage sampling) ดังนี้ 1) สุ่มเลือกอำเภอเมืองและอำเภอรอบนอกในแต่ละจังหวัด ให้ครอบคลุมนักเรียนจากทุกสังกัด 2) สุ่มเลือกโรงเรียนในแต่ละสังกัดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย 3) สุ่มเลือกนักเรียนแบบมีระบบตามเลขที่ จนได้จำนวนครบตามที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยนักจิตวิทยาคลินิกที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) ในการประเมินระดับสติปัญญา (IQ) ของนักเรียน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยวิเคราะห์ข้อมูลระดับเชาว์ปัญญาแยกรายจังหวัด นำเสนอ ความถี่ (Freqency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับเชาว์ปัญญาโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบถอยหลัง (Backward Elimination) เริ่มจากโมเดลที่มีตัวแปรทั้งหมด และทยอยตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกทีละตัว จนกระทั่งเหลือเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลสุดท้าย

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการวิเคราะห์นำเสนอในรูปแบบของ Adjusted Odds Ratio (ORadj) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval; 95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยหลักได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (เลขที่โครงการ RI.IRB 023-2563)

ผลการศึกษา

ระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 เขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

พบว่านักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ของจังหวัดมุกดาหารมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเท่ากับ 102.9 (95% CI = 101.1-104.8) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ = 100) ส่วนจังหวัด ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (IQ < 100) คือเท่ากับ 98.4, 97.1, 97.8 และ 98.1 ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนนักเรียน ค่า IQ เฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แยกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10

จังหวัด	จำนวน	ระดับสติปัญญา		ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)	
		Mean	*SD*	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
มุกดาหาร	238	102.9	.96	101.1	104.8
ศรีสะเกษ	304	98.4	.75	96.9	99.8
ยโสธร	317	97.1	.78	95.6	98.6
อำนาจเจริญ	281	97.8	.90	96.1	99.6
อุบลราชธานี	271	98.1	.83	96.5	99.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ IQ ของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 10 ใช้วิธีการถดถอยพหุลอจิสติก ผลการวิเคราะห์พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 5 ปัจจัย ดังนี้

เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น มีโอกาสที่จะมีระดับ IQ ต่ำกว่ากลุ่มปกติ 1.66 เท่า มากกว่านักเรียนที่ปกติ 1.66 เท่า (95% CI = 1.02 ถึง 2.70 เท่า) p = .041

เด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน มีโอกาสที่จะมีระดับ IQ ต่ำกว่ากลุ่มปกติ 1.62 เท่า (95% CI = 1.03 ถึง 2.45 เท่า) p = .037

เด็กที่มี EQ ด้านสุขสูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีโอกาสที่จะมีระดับ IQ สูงกว่ากลุ่มที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 1.62 เท่า (95% CI = 1.01 ถึง 2.61) p = .046

เด็กที่มี EQ รวมสูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีโอกาสที่จะมีระดับ IQ สูงกว่ากลุ่มที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 2.48 เท่า (95% CI = 1.49 ถึง 4.13 เท่า) $p < .001$

เด็กที่มีโรคร่วม (โรคออทิสติก) มีโอกาสเสี่ยงที่จะมี IQ ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม 2.45 เท่า (95% CI = 1.10 ถึง 5.52 เท่า) p = .030

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 11 ปัจจัย คือ 1) พฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) พฤติกรรมเกเร 3) พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) พฤติกรรมโดยรวม 5) ระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม 6) EQ ด้านดี 7) EQ ด้านเก่ง 8) การอยู่ด้วยกันของบิดามารดา 9) การมีชีวิตอยู่ของมารดา 10) การได้รับเงินทุน และ 11) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับเด็ก ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ (SDQ) ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) การมีโรคร่วม และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจกับระดับ IQ ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 เขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

ปัจจัย	IQ-สูง n >=110	IQ-ต่ำ n <=80	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	*p value*
พฤติกรรมด้านอารมณ์						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	38	42	0.87	1.28	0.71-2.32	0.411
ปกติ	257	247	1			
พฤติกรรมเกเร						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	49	75	1.75	0.72	0.43-1.20	0.213
ปกติ	246	214	1			
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/ สมาธิสั้น						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	52	80	1.79	1.66	1.02-2.70	0.041
ปกติ	243	209	1			
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	51	81	1.85	1.62	1.03-2.54	0.037
ปกติ	244	208	1			
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม						
สูง (มีจุดแข็ง)	277	266	1.33	0.99	0.50-1.86	0.980
ต่ำ (ไม่มีจุดแข็ง)	18	23	23			
พฤติกรรมโดยรวม						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	55	82	1.72	1.03	0.50-1.97	0.924
ปกติ	240	206	1			
ระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม						
มีปัญหา (เล็กน้อย-ชัดเจน)	107	129	1.41	0.82	0.64-1.07	0.131
ไม่มีปัญหา	188	160	1			
EQ ด้านดี (การควบคุมอารมณ์ /การใส่ใจและเข้าถึงอารมณ์ผู้อื่น / การยอมรับผิด)						
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	58	39	1.57	1.00	0.60-1.69	0.986
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	225	238	1			
EQ ด้านเก่ง (ความมุ่งมั่นพยายาม/การปรับตัวต่อปัญหา/การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม)						
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	40	23	1.80	1.22	0.68-2.22	0.500
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	243	251	1			
EQ ด้านสุข (ความพอใจในตนเอง/การรู้จักปรับใจ/ความรื่นเริงเบิกบาน)						
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	80	46	1.95	1.62	1.01-2.61	0.046
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	208	233	1			
EQ ภาพรวม						
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	265	226	2.46	2.48	1.49-4.13	<0.001
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	30	63	1			
การมีโรคร่วม (โรคออทิสติก)						

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ (SDQ) ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) การมีโรคร่วม และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจกับระดับ IQ ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 เขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

ปัจจัย	IQ-สูง n >=110	IQ-ต่ำ n <=80	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	*p value*
มี	9	21	2.50	2.45	1.10-5.52	0.030
ไม่มี	286	268	1			
การอยู่ด้วยกันของบิดามารดา						
อยู่	216	198	1.22	0.93	0.59-1.46	0.761
แยก อย่า ร้าง	77	86	1			
การมีชีวิตอยู่ของมารดา						
เสียชีวิต	275	267	1.13	0.97	0.46-2.04	0.935
มีชีวิต	20	22	1			
การได้รับเงินทุน						
ได้รับ	72	116	2.14	0.66	0.18-1.86	0.063
ไม่ได้รับ	210	158	1			
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับเด็ก						
บิดา มารดา	197	176	1.27	1.29	0.80-2.07	0.292
ปู่ ย่า ตา ยาย	91	104	1			

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายระดับเชาว์ปัญญานักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 เขตสุขภาพที่ 10 มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาระดับเชาว์ปัญญาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 เขตพื้นที่สุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาสรุปได้ว่า นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดมุกดาหารมีค่าเฉลี่ยระดับ IQ สูงกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล ขณะที่นักเรียนในจังหวัดอื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีค่าเฉลี่ย IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ IQ ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยเด็กที่มีปัญหาเหล่านี้มีโอกาสมี IQ ต่ำกว่ากลุ่มปกติประมาณ 1.6 เท่า ในทางตรงกันข้าม เด็กที่มี EQ สูงกว่าเกณฑ์ปกติโดยเฉพาะด้านสุขและ EQ โดยรวม มีโอกาสที่จะมี IQ สูงกว่ากลุ่มที่มี EQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 1.6-2.5 เท่า และเด็กที่มีโรคร่วม (โรคออทิสติก) มีโอกาสเสี่ยงที่จะมี IQ ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม 2.45 เท่า ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกเร และปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ ไม่พบว่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับ IQ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านสติปัญญาในเด็กวัยเรียน การอภิปรายผลเรียงตามลำดับจุดประสงค์ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าระดับเชาว์ปัญญา (IQ) เฉลี่ยของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 10 มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด โดยจังหวัดมุกดาหารมีค่าเฉลี่ย IQ สูงที่สุด (102.9) ซึ่งสูงกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ = 100) และค่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยของนักเรียนไทยในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (IQ = 102.8)[10] ในขณะที่จังหวัดอื่นๆ มีค่าเฉลี่ย IQ ต่ำกว่า 100 คือ ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาระดับชาติในปี 2559[3] พบว่าค่าเฉลี่ย IQ ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ของเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10 เท่ากับ 98.44 ซึ่งสูงกว่า IQ เฉลี่ยระดับประเทศ

ซึ่งมีค่าเท่ากับ 98.2 อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าในเขตสุขภาพที่ 10 ยังมี 4 จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ย IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งอาจเป็นสัญญาณเตือนถึงความจำเป็นในการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพทางปัญญาของเด็กในพื้นที่นี้

ความแตกต่างของระดับ IQ ระหว่างจังหวัดอาจเกิดจากหลายปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสทางการศึกษาและการพัฒนาทางปัญญาของเด็ก[4] เช่น ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รูปแบบการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อพัฒนาการทางปัญญาของเด็ก ซึ่งจะต้องมีการค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติมในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการอ่านและกิจกรรมการเรียนรู้ที่บ้านมีผลเชิงบวกต่อพัฒนาการทางการอ่านและการรู้หนังสือ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทางปัญญา[11] นอกจากนี้ ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารไอโอดีน หรือการเกิดก่อนกำหนด ก็อาจส่งผลต่อระดับ IQ ของเด็กได้[5-7] ดังนั้นการทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาเหล่านี้อย่างครอบคลุมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มระดับ IQ ของเด็กในเขตสุขภาพที่ 10

การวิจัยนี้พบความสัมพันธ์ที่น่าสนใจระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรม อารมณ์และโรคร่วมทางสุขภาพกับระดับ IQ ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยพบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น และเด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน มีโอกาสที่จะมีระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) และเชาว์ปัญญามีความเชื่อมโยงกัน[12] โดยเฉพาะความฉลาดทางอารมณ์ ในภาพรวมทั้ง 3 ด้านคือ ดี เก่ง สุข สามารถทำนายระดับเชาว์ปัญญาเด็กได้ว่ามีโอกาสที่จะทำให้เด็กมีระดับเชาว์ปัญญาสูงกว่าเด็กปกติ 2.48 เท่าและความเฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขสามารถทำนายได้ว่ามีโอกาสที่จะทำให้เด็กมีระดับเชาว์ปัญญาสูงกว่าเด็กปกติ 1.62 เท่าซึ่งผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาปัจจัยด้านพฤติกรรมและอารมณ์อย่างรอบด้านเมื่อประเมินและส่งเสริมพัฒนาการทางปัญญาของเด็ก

ด้านภาวะการมีโรคร่วมออทิสติก ผลการวิจัยพบว่าเด็กที่มีโรคออทิสติกมีแนวโน้มที่จะมีระดับเชาว์ปัญญาต่ำว่าเด็กปกติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่มักพบว่าเด็กออทิสติกมีระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าเด็กทั่วไป[8] เด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นออทิซึม ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากการสังเกตพฤติกรรมโดยครู มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ[13] เพราะฉะนั้นหากเด็กกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยและการช่วยเหลือแต่เนิ่น ๆ ก็อาจส่งผลต่อพัฒนาการทางปัญญาที่ดีของเด็ก อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมต่างๆกับระดับเชาว์ปัญญาในบริบทของเด็กไทยในเขตสุขภาพอื่นด้วยเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการทางสติปัญญา

ด้านความฉลาดทางอารมณ์ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวมและความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขที่ประกอบด้วยเรื่องความพึงพอใจในตนเอง การรู้จักปรับใจ ความรื่นเริงเบิกบานสามารถทำนายหรือมีความสัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญานั้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่าพบว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับเชาว์ปัญญาของเด็ก[4] ผลการศึกษานี้อาจเกิดจากปัจจัยสนับสนุนเฉพาะในพื้นที่ เช่น การเข้าถึงโปรแกรมช่วยเหลือทางการศึกษาสำหรับเด็กจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย หรืออาจเป็นผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 ที่อาจส่งผลต่อรายได้ครอบครัวและรูปแบบการเรียนรู้ของเด็ก[11] การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่ซับซ้อนเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวและระดับเชาว์ปัญญาของเด็กได้ดียิ่งขึ้น

การศึกษานี้พบว่ามีหลายปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกเร

พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พฤติกรรมโดยรวม ระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีและด้านเก่ง การอยู่ด้วยกันของบิดามารดา การมีชีวิตอยู่ของมารดา การได้รับเงินทุน และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับเด็ก ผลการศึกษานี้อาจขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้าที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับระดับเชาว์ปัญญา เช่น การศึกษาของ Park และคณะ[9] (2021) ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับเพศ เวลานอน รูปแบบครอบครัว และประสบการณ์ออกกำลังกายในเด็กชั้นประถมศึกษา

การที่ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความแตกต่างของบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง หรือวิธีการวัดตัวแปรที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ปัจจัยบางอย่าง เช่น การอยู่ด้วยกันของบิดามารดาหรือการมีชีวิตอยู่ของมารดา อาจมีผลกระทบทางอ้อมต่อระดับเชาว์ปัญญาผ่านปัจจัยอื่นๆ เช่น คุณภาพของการเลี้ยงดูหรือสภาพแวดล้อมทางบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dunn และคณะ[11] ที่พบว่าสภาพแวดล้อมการรู้หนังสือที่บ้านและกิจกรรมการเรียนรู้ที่บ้านมีผลต่อพัฒนาการทางการอ่านของเด็ก อย่างไรก็ตาม การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ในบริบทของเด็กไทยจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับเชาว์ปัญญาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การศึกษานี้มีจุดแข็งในการใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และครอบคลุมพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ และสามารถเป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่ได้ดี อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการแปลผลและนำไปใช้ ประการแรกคือการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับ IQ ได้ ประการที่สอง คือการใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM) เพียงอย่างเดียวในการวัดระดับเชาว์ปัญญาอาจไม่ครอบคลุมมิติทั้งหมดของความสามารถทางปัญญา ดังที่ Poon และคณะ[4] ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ เช่น ฟังก์ชันการบริหารจัดการ (Executive Functions) ในการประเมินความสามารถทางปัญญาของเด็ก นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อาจส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อผลการศึกษา ดังที่ Dunn และคณะ[11] ได้รายงานถึงผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) ต่อการเรียนรู้ของเด็ก การพิจารณาข้อจำกัดเหล่านี้จะช่วยให้การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้มีความรอบคอบและเหมาะสมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินพัฒนาการแบบองค์รวม โดยพิจารณาทั้งด้านเชาว์ปัญญา พฤติกรรม และอารมณ์ของเด็ก ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการที่เน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมและอารมณ์ควบคู่ไปกับการส่งเสริมพัฒนาการทางปัญญา นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนครอบครัวที่มีรายได้น้อย โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้ข้อจำกัดทางทรัพยากร

2. ด้านการพยาบาลศึกษา ควรบูรณาการความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม อารมณ์ และเชาว์ปัญญาในหลักสูตรการพยาบาลเด็ก เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริม EQ ในเด็ก รวมทั้งสอนแนวทางการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เช่น เด็กสมาธิสั้นหรือเด็กออทิสติก โดยคำนึงถึงศักยภาพทางปัญญาที่แตกต่างกัน เพื่อเตรียมพยาบาลให้พร้อมรับมือกับความท้าทายในการดูแลเด็กที่มีความหลากหลายทางพัฒนาการ

3. ด้านการวิจัยในอนาคต ควรดำเนินการวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามพัฒนาการของเด็กตั้งแต่ก่อนวัยเรียนจนถึงวัยรุ่น ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อระดับเชาว์ปัญญาในบริบทของสังคมไทย และวิจัย

เชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการแบบบูรณาการที่เน้นทั้งด้านปัญญาและอารมณ์ การวิจัยเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กไทยและนำไปสู่การพัฒนา แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. ด้านการวางนโยบาย ควรพัฒนานโยบายการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ครอบคลุมทั้งด้านเชาว์ปัญญา พฤติกรรม และอารมณ์ สนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการในพื้นที่ที่มีระดับ IQ เฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุข การศึกษา และสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การดูแลเด็กเป็นไปอย่างบูรณาการ รวมทั้งพัฒนานโยบายสนับสนุนครอบครัวที่มีรายได้น้อย เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อพัฒนาการของเด็ก การดำเนินการตามนโยบายเหล่านี้จะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็กไทยอย่างเต็มที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรทางการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 10 รวมทั้งนักเรียนและผู้ปกครองทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.Lynn R, Becker D. The intelligence of nations. Ulster Institute for Social Research; 2019.
2.เพ็งสวัสดิ์ วิบูลย์ศรี, วรนาถ แสงสุริยงค์, ยุพาพร รักสกุลสุข. การศึกษาความสามารถทางสติปัญญาของเด็กและเยาวชนไทย ปี 2559. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
3.จันทร์อาภา สุขทัพภ์, อัมพร เบญจพลพิทักษ์, วนิดา ชนินทยุทธวงศ์, ประเสริฐ จุฑา. ระดับสติปัญญานักเรียนไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี พ.ศ. 2559. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26(3).
4.Poon K, Ho MSH, Chou KL. Executive functions as mediators between socioeconomic status and academic performance in Chinese school-aged children. Heliyon. 2022;8(10):e11121.
5.Carmo ALS, Fredo FW, Bruck I, Lima JDR, Janke RNR, Fogaça TDG, et al. Neurological, cognitive and learning evaluation of students who were born preterm. Rev Paul Pediatr. 2022;40:e2020252.
6.Kar S, Samantaray PC, Singh S, Das BC. Knowledge and practice of mothers of school-going children regarding iodized salt and its association with the psychology testing of the students. J Family Med Prim Care. 2020;9(7):3411-3415.
7.Saeidinejat S, Ghaemi Belhouri N, Attarian F. Assessment of intelligence quotient score in children at the age of six with suspected congenital hypothyroidism: A retrospective cohort study. Med J Islam Repub Iran. 2020;34:117.
8.Denisova K, Lin Z. The importance of low IQ to early diagnosis of autism. Autism Res. 2023;16(1):122-142.
9.Park SY, Shin HS, Park SJ. Health Behavior, Emotional Intelligence, and Stress of Elementary School Students in Korea. Iran J Public Health. 2021;50(10):2002-2009.
10.ณิชวรรณ จงรักษ์ธนกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพภ์, ประเสริฐ จุฑา, รัดาวรรณ แดงสุข. ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1: การสำรวจระดับชาติ พ.ศ.2564. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;31(1):1-11.
11. Dunn K, Georgiou GK, Inoue T, Savage R, Parrila R. Home and school interventions aided at-risk students' literacy during Covid-19: a longitudinal analysis. Read Writ. 2023;36(2):449-466.
12.Brackett MA, Rivers SE, Salovey P. Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. Soc Personal Psychol Compass. 2011;5(1):88-103.
13.นพวรรณ ศรีวงค์พานิช, จันทร์อาภา สุขทัพภ์, วนิดา ชนินทยุทธวงศ์, อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิซึม ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูกับระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562;27(3):159-170.

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก
The Comparison of Case studies: Nursing care of Low Birth Weight Premature Infants with Respiratory Distress

(Received: October 9,2024 ; Revised: October 13,2024 ; Accepted: October 14,2024)

วรัชยา แสงสว่าง
Waratchaya Sangsawang

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเป็นแนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก ศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้งสองเป็นทารกเพศหญิงเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย มารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษาที่ 1 ทารก GA 30^{+3} wks. By U/S BW 1,505 gm. Apgar score 9, 9, 9 แรกเกิดหายใจเร็ว อกบุ๋ม และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากภาวะหายใจลำบาก ร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด จากมารดามีน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด 49 ชั่วโมง ทารกมีภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดต่ำ อุณหภูมิกายต่ำ ตัวเหลือง แพทย์ให้การรักษาจนอาการดีขึ้นและอนุญาติให้กลับบ้านได้ น้ำหนัก 2,010 gm. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 47 วัน กรณีศึกษาที่ 2 GA 35 wks. By LMP BW 1,650 gm Apgar score 8, 9, 8 เมื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกจากอายุครรภ์ควรมีน้ำหนัก 2,400 gm และ Ballard score 17 คะแนน เท่ากับอายุครรภ์ GA 30^{+} สัปดาห์ แสดงถึงทารกน้ำหนักตัวน้อยไม่ได้สัดส่วนกับอายุครรภ์ (SGA) ทารกมีภาวะหายใจลำบาก หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน อกบุ๋ม กลั้นหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะแทรกซ้อนจากปอดเรื้อรัง (BPD) น้ำตาลในเลือดต่ำ อุณหภูมิกายต่ำ เลือดข้นหนืด เกล็ดเลือดต่ำ ตัวเหลือง แพทย์รักษาจนอาการดีขึ้นและอนุญาตให้กลับบ้านได้ น้ำหนัก 2,220 gm. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 31 วัน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกโดยตรง เพื่อให้ทารกปลอดภัยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต้องให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพทารกจากครอบครัว โดยการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทารก แสดงบทบาทในการดูแลปกป้องทารกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทารกอบอุ่น คุ้นเคยและรู้สึกมีความปลอดภัยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ภาวะหายใจลำบาก

Abstract

This study aimed to compare nursing care of premature infants with low birth weight and respiratory distress with the concept of family-centered nursing and provide nursing guidelines for preterm neonatal low-birth-weight infants through a comparative study of two cases.

The results: Both case studies involved premature female infants and low birth weight. The mother has gestational diabetes mellitus. First case study: Infant GA 30^{+3} wks. By U/S BW 1,505 gm. Apgar score 9, 9, 9. Newborn tachypnea retraction and underwent tracheal intubation because of respiratory distress with sepsis and premature rupture of membranes (49 hr.): infant hypoglycemia, hypothermia, and neonatal jaundice complications. The doctor allowed the infant to return home after his problem was solved, weighing 2,010 gm. The length of stay in the hospital: 47 days. Second case study: Infant GA 30^{+3} wks. By LMP BW 1,650 gm Apgar scored 8, 9, 8 when estimating baby weight from gestational age should be 2,400 gm, and Ballard scored 17 points, equal to gestational age GA 30^{+} weeks indicating an infant weighing. An infant is disproportionate to its small gestational age (SGA). The newborn had respiratory distress, tachypnea, nasal flaring, and retraction. Expiratory grunting acrocyanosis underwent tracheal intubation and bronchopulmonary dysplasia (BPD). Hypothermia Hypoglycemia Polycythemia thrombocytopenia and neonatal jaundice complications. The doctor allowed the infant to return home after his problem was solved, weighing 2,220 gm. On length of stay in the hospital: 31 days, The important nurse's role as a care provider is to keep infants safe using the concept of family-centered nursing. Must receive cooperation from the family. By

strengthening the capacity of the family Encourage families to participate in baby care. Continue to play a role in protecting an infant to keep warm and familiar and feel safe while being hospitalized. must receive cooperation from the family.

Key words: Premature Infants, Low Birth Weight, Respiratory Distress Syndrome

บทนำ

จากการสำรวจในแต่ละปี ทั่วโลกมีทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวนมาก ทารกเกิดก่อนกำหนดนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกเสียชีวิต มีความทุพลพลภาพ หรือเกิดปัญหาด้านพัฒนาการตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดก่อนกำหนด จึงกำหนดให้ทุกวันที่ 17 พฤศจิกายนของทุกปี เป็นวันทารกเกิดก่อนกำหนดโลก (World prematurity day) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดก่อนกำหนด และกำหนดให้อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัด ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารก[1] สำหรับประเทศไทยพบปัญหาด้านคุณภาพการเกิด และการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ที่มีผลสืบเนื่องมาจากทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย ยิ่งส่งเสริมให้สถานการณ์ปัญหาเด็กเกิดน้อยด้วยคุณภาพ ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น รายงานจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี พ.ศ. 2560-2565 อัตราตายของทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4.4 เป็น 4.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน มีสาเหตุหลักมาจากการเกิดก่อนกำหนด[2] โดยในปี พ.ศ. 2565-2566 พบอัตราการเกิดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 11.61, 10.42[3] และจากข้อมูลของหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต สถาบันบำราศนราดูร พบทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก ในปี พ.ศ. 2564-2566 ร้อยละ 4, 10 และ 10[4] ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง มีความซับซ้อนของปัญหาที่ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลมากขึ้น นับเป็นอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงคุกคามชีวิตของทารกแรกเกิด ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงและข้อจำกัดของร่างกายทารกที่มีความไม่สมบูรณ์ทางด้านสรีรวิทยา ระบบประสาทรวมทั้งกลไกการปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมนอกครรภ์มารดา ทารกกลุ่มนี้จึงประสบปัญหาในหลายระบบของร่างกาย ปัญหาที่สำคัญและพบบ่อย คือ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome: RDS) เกิดภาวะขาดออกซิเจน ต้องใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับออกซิเจน เช่น ภาวะจอประสาทตาผิดปกติ เกิดโรคปอดเรื้อรัง ทำให้ทารกต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ถูกแยกจากครอบครัว การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับทารกไม่ต่อเนื่องจากสภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลให้บิดามารดาและครอบครัวเกิดภาวะเครียดตามมา

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือนที่มีภาวะวิกฤตและกึ่งวิกฤต มีความสนใจศึกษา การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลทารกอย่างใกล้ชิดหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง และมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จึงต้องเป็นผู้มีความรู้ มีทักษะทางการพยาบาลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลทารกโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – centered care) ทำให้ทารกเกิดความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตตามวัยของทารก เพื่อให้ทารกสามารถกลับไปอยู่กับบิดามารดาและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก

2. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์บิดามารดา การสังเกตติดตามอาการผู้ป่วยขณะให้การดูแลรักษาพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม-10 กรกฎาคม 2567 กรณีศึกษารายที่ 2 ระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 24 มกราคม-19 กุมภาพันธ์ 2567 นำมาเปรียบเทียบโดยใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดการพยาบาลทารกโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – centered care)

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยทารกเพศหญิง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพเด็กอายุ 0-12 ปี ในเขต รับย้ายจาก LR โดยตู้อบแบบเคลื่อนที่ วันที่ 27 พฤษภาคม 2567 เลา 06.00 น.เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย หายใจเร็ว ตื้น มี Retraction มีการวินิจฉัยโรค Preterm with Low birth weight with Respiratory distress syndrome

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยทารกเพศหญิง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพเด็กอายุ 0-12 ปี ในเขต รับย้ายจาก LR โดยตู้อบแบบเคลื่อนที่ วันที่ 24 มกราคม 2567 เลา 02.50 น.เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย หายใจเร็ว ตื้น มีการกลั้นหายใจเป็นระยะ 35 นาที การวินิจฉัยโรค Preterm with Low birth weight with Respiratory distress syndrome

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
ระยะวิกฤต **1. เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์ และขาดสารลดแรงตึงผิว** **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ และติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) 2. ดูแลให้ได้รับ O_2 ที่มีความชื้นเพียงพอตามแผนการรักษา 3. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้ปลายสายอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะน้ำมูก และน้ำลาย และดูแลจัดท่านอนโดยใช้ผ้าหนุนไหล่ ให้ศีรษะแหงนเล็กน้อย เพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดกว้างและช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนได้อย่างเหมาะสม หรือนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หากพบว่าทารกนอนท่าใดแล้วมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น หรือหายใจลำบากมากขึ้น หรือความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง ควรหลีกเลี่ยงท่านอนนั้น[5] 5. ดูแลให้ได้รับสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) ตามแผนการรักษา โดย Suction clear airway ก่อนให้สารลดแรงตึงผิวภายหลังให้สารลดแรงตึงผิว PPV 30 วินาที และงด Suction 2-6 ชั่วโมง	**กรณีศึกษาที่ 1** มีปัญหาภาวะพร่องออกซิเจนเกิดขึ้นจากภาวะการเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 30 wks^{+3}และมีปัญหาน้ำหนักตัวน้อย คือ 1,505 gm. ปอดยังมีการเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ปอดขาดสารลดแรงตึงผิวทำให้ถุงลมแฟบในขณะหายใจออก ปริมาตรและความยืดหยุ่นของปอดลงลง ทำให้ทารกต้องออกแรงเพิ่มมากขึ้นในขณะหายใจเข้า ส่งผลให้ทารกเกิดภาวะหายใจลำบาก หลังคลอดทารกสามารถหายใจได้เอง หายใจเร็ว On o2 box 10 lit/min ต่อมามีอาการหายใจเร็ว ตื้น หายใจมี Retraction RR 60-78 bpm O_2 Sat 92-94% ซึมลง ร้องเสียงเบา ปลายมือปลายเท้าเขียว ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxia) แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้สารลดแรงตึงผิว หลังได้รับ Surfactant ทารกมีอาการทางระบบการหายใจดีขึ้น สามารถปรับลดSetting ventilator ได้ และปรับมาให้ออกซิเจนแรงดันสูง (High Flow Nasal Cannula: HFNC อาการทารกดีขึ้นเรื่อย ๆ ให้ On O_2 box จนสามารถถอดอุปกรณ์ช่วยหายใจได้ทั้งหมด รวมทารกได้รับออกซิเจนจำนวน 21 วัน ทารกสามารถหายใจ Room air ได้ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 42-58 bpm, O_2sat 98-100% ทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการหายใจลำบาก **กรณีศึกษาที่ 2** หลังคลอดทารกได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทันทีตั้งแต่อยู่ในห้องคลอด เนื่องจากทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงหลังคลอด แรกเกิดทารกActive น้อย ร้องเสียงเบา Apgar score ที่ 1 นาที =8, (หักสีผิว1หายใจ 1) ที่ 5 นาที =9 (หายใจ 1), ที่10 นาที =8 (หักสีผิว 1, หายใจ 1) ทารกมีอาการหายใจเร็ว หอบ ปีกจมูกบาน หน้าอกบุ๋ม มี Grunting และปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ RR 60 -78 bpm O_2 Sat 85-90% เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์GA 35 wks และมีภาวะแรกเกิดน้ำหนัก

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
6. ประเมินอาการหายใจลำบาก เช่น หายใจเร็วปีกจมูกบานมีการดึงรั้งบริเวณ Suprasternal notch, Intercostal space, Sternum และSubcostal margin มีเสียงเกิดขึ้นขณะหายใจออกหรือมีเสียงคราง อาการเขียวคล้ำ หรือหยุดหายใจ ต้องรีบให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ 7. ติดตามผล Blood gas และผล Chest X-ray 8. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากอาการหายใจลำบาก เช่น ถุงลมรั่วและมีลมในเยื่อหุ้มปอด PDA โรคปอดเรื้อรัง BPD 9. อธิบายบิดามารดาถึงภาวะสุขภาพของทารก ความจำเป็นในการได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family centered care) และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดามารดา	ตัวน้อยไม่ได้สัดส่วนกับอายุครรภ์ (SGA) ปอดยังมีการเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ปอดขาดสารลดแรงตึงผิวทำให้ถุงลมแฟบในขณะหายใจออก หายใจอยู่ในช่วง 42-60 bpm,O_2sat 97-100% ทารกสามารถหายใจ Room air ทารกต้องออกแรงเพิ่มมากขึ้นในขณะหายใจเข้า แพทย์พิจารณาให้สารลดแรงตึงผิว ทารกได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 4 วัน สามารถปรับลด Setting ventilator ได้ ประเมินการหายใจทารกดีขึ้น ปรับมาให้ออกซิเจนแรงดันสูง (High Flow Nasal Cannula: HFNC) 4 วัน และ ให้ On O_2 box จำนวน 6 วัน ทารกเริ่มมีอาการหายใจเร็ว RR 60 bmp มี Retraction และพบทารกมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอุดกั้นเรื้อรัง (BPD) แพทย์ปรับมาให้ On HFNC 4 lit/min FiO_2 1.0, Keep O_2sat >95% จำนวน 7 วัน ทารกหายใจดีขึ้น จึงให้ On O_2 boxจำนวน 4 วัน และ On flow ตู้ O_2 5-10 lit/min จำนวน 5 วัน ทารกหายใจดีขึ้นจนสามารถถอดอุปกรณ์ช่วยหายใจได้ทั้งหมด รวมทารกได้รับออกซิเจนจำนวน 24 วัน ปริมาตรและความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้
2. ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในระยะแรกหลังคลอดเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ประเมินสัญญาณชีพ, อาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิกายต่ำหรือสูง หายใจหอบเหนื่อย ซึม การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ตัวเย็น เขียว ชัก หยุดหายใจ 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Ampicillin, Gentamycin และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 3. ให้การพยาบาลใช้หลัก Aseptic technique 4. แนะนำครอบครัวถึงการรักษาความสะอาดและหลักการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลสุขลักษณะของ ตนเองและต่อทารก เช่น การล้างมือบ่อยครั้ง 5. จัดของใช้ประจำตัวทารกแต่ละคน เช่น หูฟัง ผ้าพันที่ใช้วัดความดันโลหิต ที่ผ่านการทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อ เพื่อเป็นการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันโรค[6] 6. สอนและแนะนำมารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแลความสะอาดทารก ได้แก่ การเช็ดตัวทารก การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การดูแลความสะอาด	**กรณีศึกษาที่ 1** พบภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตในระยะแรกหลังคลอด (Early onset neonatal sepsis) เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ ซึ่งจะแสดงอาการรุนแรง ในระยะ 4 วันแรกหลังคลอด มารดามีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอดนานถึง 49 ชั่วโมง ซึ่งอาจทำให้ติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอดของมารดาซึ่งมีทั้งแกรมบวกและแกรมลบ เช่น เชื้อ Group B Streptococcus, Escherichia coli: E coli, โดยเชื้อจะเข้าไปอยู่ในถุงน้ำคร่ำ ผ่านเข้าสู่หลอดเลือดที่รกและเข้าสู่ตัวทารกทางหลอดเลือดสายสะดือ หรือทารกอาจหายใจกลืนน้ำคร่ำที่ปนเปื้อนเชื้อขณะคลอด อาจเกิดได้จากการติดเชื้อจากการใส่สายสวนสะดือการใส่ท่อหลอดลม และการให้สารอาหารทางหลอดเลือด ซึ่งถือเป็นหัตถการที่ลุกล้ำ และทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย จะมีการติดเชื้อได้ง่าย จากการที่ระดับอิมมูโนโกลบูลิน IgG และการทำงานของ Complement ต่ำโดยเฉพาะ IgM และ IgA และผลตรวจ WBC15,600 ได้รับยาปฏิชีวนะAmpicillin 150 mg Ⓥ ทุก 12 hr. Gentamycin 6 mg Ⓥ 36 hr. เมื่อทารกได้รับยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็วทันทีทำให้ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด **กรณีศึกษาที่ 2** ทารกไม่พบปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด แต่เนื่องด้วยทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมีภาวะการหายใจลำบาก ได้รับการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ ปอรปกับระบบภูมิคุ้มกันร่างกายทารกยังทำงานไม่สมบูรณ์จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ แพทย์พิจารณาให้ยา Ampicillin และ Gentamicin ทำให้ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
3. มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ 2. ประเมินอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ การหยุดหายใจ ริมฝีปากเขียว การชัก 3. ประเมินสัญญาณชีพของทารก 4. ติดตามผลการตรวจ DTX	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** พบมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย มีระบบต่อมไร้ท่อยังเจริญไม่เต็มที่การทำงานเอมไซม์ในตับยังไม่สมบูรณ์ การตอบสนองของคอร์ติซอลต่อภาวะน้ำตาลในเลือดยังไม่ดี ประกอบกับมารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร่างกายของทารกยังไม่สามารถควบคุมสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ ความเข้มข้นของกลูโคสในกระแสเลือด การเผาผลาญกรดอะมิโนไม่มีมีประสิทธิภาพ ประกอบกับทารก NPO จึงทำให้ทารกเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และได้รับการแก้ไขทำให้ทารกด้วยการให้ 10-15% DW Ⓥ push และ 10%

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
5. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารก เพื่อป้องกันไม่ให้ใช้น้ำตาลในร่างกายเพิ่มมากขึ้น	D/N/5 เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดในอยู่ในระดับปกติ ส่งผลทำให้ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia
4. มีภาวะอุณหภูมิกายเปลี่ยนแปลงได้ง่ายเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิความร้อนส่วนไฮโปธาลามัสยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ประเมิน สังเกต และบันทึกอุณหภูมิร่างกายทารกต่ำ (T < 36.5 องศาเซลเซียส) อาการ ได้แก่การตื่นตัวลดลง ซึมปลายมือปลายเท้า และตัวเย็น และ อุณหภูมิกายสูง (T > 37.5 องศาเซลเซียส)ได้แก่ อัตราการหายใจเร็วกว่า 60 ครั้งต่อนาที หน้าแดง ตัวแดงร้อน กระสับกระส่าย ร้องกวน 2. จัดให้ทารกอยู่ในตู้อบ จัดที่นอนที่ทำด้วยผ้าลักษณะคล้ายรังนก (Nest) 3. จัดให้ทารกนอนในตำแหน่งที่ไม่มีกระแสลมพัดผ่าน หรือตำแหน่งที่มีลมโกรก	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** ในระยะแรกหลังคลอด ทารกมีอุณหภูมิกายต่ำ ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดมักสูญเสียความร้อนได้ง่าย มีความสามารถในการสร้างความร้อนได้น้อย เนื่องจากมี Brown fat น้อย เนื่องจากไขมันสีน้ำตาลจะเริ่มสร้างเมื่ออายุครรภ์ 26-30 สัปดาห์ และสร้างต่อเนื่องจนทารกมีอายุครบกำหนดคลอด มีไขมันใต้ผิวหนังน้อย ซึ่งไขมันใต้ผิวหนังเป็นเสมือนฉนวนหุ้มร่างกาย และทารกยังมีสัดส่วนพื้นที่ผิวกายกว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ทำให้ทารกสูญเสียความร้อนได้ง่าย จึงทำให้ทารกเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia) ได้ง่าย ในช่วงแรกหลังคลอด กรณีศึกษาทั้งมีระดับอุณหภูมิของร่างกายอยู่ในช่วง T 35.5-36.3 °c ได้รับการแก้ไขภาวะอุณหภูมิกายต่ำโดยการใช้เครื่องแผ่รังสีความร้อน ในช่วงแรกเพิ่มอุณหภูมิในร่างกายและใช้อุปกรณ์ให้ความอบอุ่นแก่ทารก และปรับอุณหภูมิของตู้ให้เหมาะสมกับน้ำหนักของทารกทำให้ระดับอุณหภูมิในร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิกายต่ำ
5. มีภาวะความไม่สมดุลของสารอาหาร สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากไตยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดสาน้ำและสารอาหาร เช่น ผิวหนังมีความยืดหยุ่นตึงตัวไม่ดี การเหี่ยวย่น กระหม่อมบุ๋ม ประเมินและบันทึกสารน้ำที่ได้รับ และขับออกจากร่างกายอย่างถูกต้อง 2. ดูแลให้ได้รับสารอาหาร สารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** เกิดภาวะความไม่สมดุลของสารอาหาร สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากไตยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทารกจึงจำเป็นต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอและเหมาสม เพื่อเพิ่ม อิเล็กโทรไลต์และแคลอรี การได้รับสารน้ำที่เพียงพอสำคัญมากสำหรับทารกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งความสามารถของไตในการดูดซึมกลับของน้ำมีจำกัด เนื่องจากไตของทารกเกิดก่อนกำหนดยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ **กรณีศึกษาที่ 1** มีภาวะของระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) Ca 7.7 ในวันที่ 3 หลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะ Early onset hypocalcemia จะเกิดช่วง 3 วันแรกและมักพบในทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย และมารดาเป็นเบาหวาน ในทารกเกิดก่อนกำหนดจะได้รับแคลเซียมไม่เพียงพอจาก
3. ติดตามชั่งน้ำหนักตัววันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันก่อนให้นม และใช้เครื่องชั่งเดียวกัน 4. สังเกต Reflex การดูดกลืน และ Bowel sound 5. ในกรณีที่ทารกสามารถรับนมได้ นวดกล้ามเนื้อริมฝีปากบนและล่างของทารก โดยใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง นวดจากตรงกลางของริมฝีปากบนและล่างออกไปทางมุมปาก 5 ครั้ง ก่อนให้ทารกดูดนมหรือดื่มนม[6]	มารดา เนื่องจากระดับแคลเซียมจะถูกสะสมในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เมื่อทารกคลอดที่อายุครรภ์ 30 wks^{+3} ทำให้ได้รับแคลเซียมไม่เพียงพอ แพทย์พิจารณาให้ 20% DW100 ml + 10% Calcium Gluconate 2.5 ml Ⓥ 5 เพื่อแก้ไขภาวะ Hypocalcemia **กรณีศึกษาที่ 2** หลังคลอด 4 วัน ทารกมีภาวะ hypokalemia (Potassium 2.5mol/L) อาจเนื่องมาจากภาวะการทำงานของไตยังไม่สมบูรณ์ แพทย์พิจารณาให้ 10% D/N/5 65 ml + KCL 1-2 ml Ⓥ และมีภาวะ Hyperkalemia K^+ 6.4-7.1 mEq/L แพทย์พิจารณาให้ Lasix 1 mg. Ⓥ เพื่อเพิ่มการขับ Potassium ออกทางไต ทำให้ระดับ Potassiumปกติ 4.9 mEq/L ทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเกล็ดเลือดต่ำ **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. สังเกตและบันทึก อาการ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง 2. ระมัดระวังเรื่องการให้สารน้ำ ยา การเจาะเลือด การฉีดยา เพราะจะทำให้เกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง	**กรณีศึกษาที่ 1** ไม่พบปัญหาในข้อนี้ **กรณีศึกษาที่ 2** มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ Plt Count 58,000 cc/mm^3 ซึ่งภาวะThrombocytopenia ในทารกแรกเกิดอาจพบได้และจะเป็นเพียงระยะชั่วคราว เนื่องจากทารกก่อนคลอดที่อยู่ในครรภ์มารดามี Antigen บนเกล็ดเลือดที่แตกต่างจากของมารดา ส่งผลให้มารดาสร้าง Platelet specific antibody ซึ่งเป็น IgG ส่งผ่านทางรก มาทำลายเกล็ดเลือดของทารกในครรภ์ พบทารกมีเกล็ดเลือดต่ำประมาณ 4-6 วันหลังคลอด จากนั้นจำนวนเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้นเป็นปกติได้เอง แต่ระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกผิดปกติใน

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
3. สังเกตสีปัสสาวะ ลักษณะ ปริมาณ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกระบบทางเดินปัสสาวะ 4. ประเมินภาวะซีด โดยสังเกตสีผิว ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุตา ริมฝีปาก ติดตามผล Hct, Platelet ผล Ultrasonography of the brain	สมอง เมื่อทารกอายุ 8 วัน Plt Countเพิ่มขึ้น 161,000 cc/mm^3และอายุ 14 วัน Plt Count เพิ่มขึ้น177,000 cc/mm^3 อยู่ในระดับปกติ ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
<u>ระยะดูแลต่อเนื่อง</u> **1. ทารกมีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์** **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ประเมินอาการของการได้รับ O_2ไม่เพียงพอ โดยประเมินลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ได้แก่ การหายใจเร็ว (>60 ครั้ง) หายใจไม่สม่ำเสมอ ลักษณะอกบุ๋มหรือมีภาวะปลายมือปลายเท้าเขียวร่วมกับค่า SpO2 ต่ำกว่าปกติ 2. ดูแลให้ได้รับ O_2 ตามแผนการรักษา และระมัดระวังไม่ให้ได้รับ O_2 ที่มีความเข้มขนหรือปริมาตรมากเกินไป 3. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา หรือท่า นอนราบใช้ผ้าหนุนคอให้ศีรษะหงายไปด้านหลัง 4. ดูแลดูดเสมหะเมื่อจำเป็น เช่น เมื่อฟังปอดได้ยินเสียงเสมหะในปอด 5. จำกัดน้ำและโซเดียม เนื่องจากทารกเสี่ยงต่อการเกิดปอดบวมน้ำ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออกทุก 8 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน สังเกตอาการบวม มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินวันละ 30 กรัม	**กรณีศึกษาที่ 1** ไม่พบปัญหาในข้อนี้ **กรณีศึกษาที่ 2** ทารกมีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Bronchopulmonary Dysplasia: BPD) ซึ่งเป็นภาวะที่สืบเนื่องมาจากการเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยไม่ได้สัดส่วนกับอายุครรภ์ ทำให้ปอดของทารกยังไม่พร้อมที่จะทำงาน ประกอบกับทารกมีภาวะ RDS ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจที่มีแรงดันและความเข้มข้นของออกซิเจนสูง ทำให้ความยืดหยุ่นของปอดเสียไป ส่งผลให้ปอดมีการขยายตัวมากเกิดการบาดเจ็บ อักเสบ ของปอด ทารกได้รับออกซิเจนประมาณ 24 วัน เนื่องจากเมื่อนำออกซิเจนออก ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ระดับออกซิเจนในเลือดลดลต่ำลง มีภาวะหายใจลำบาก ทารกได้รับการจำกัดน้ำและโซเดียม เนื่องจากทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดบวมน้ำ ส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนัก แพทย์พิจารณาให้ยา Lasix 1 mg. Ⓥ ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะ จะลดปริมาณน้ำในร่างกาย และทำให้ความยืดหยุ่นปอดดีขึ้น และให้Hydrochlorothiazide: HCTZ 2 mg (0.4 ml) ïทุก 12 hr.ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะในกลุ่ม Thiazide และ Potassium sparing คือ Spironolactone 2 gm (0.4 ml) ï ทุก 24 ชั่วโมง ใช้ลดปริมาณน้ำในร่างกายแต่ไม่ลดปริมาณโพแทสเซียม เนื่องจากทารกมีภาวะ hypokalemia ซึ่งการรักษาภาวะ BPD เป็นแบบประคับประคองเพื่อให้ทารกปลอดภัยจากทางเดินหายใจอุดกั้นภาวะปอดแฟบ อาการหายใจลำบาก หรือหยุดหายใจ
2. มีภาวะตัวเหลืองจากการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด เนื่องจากตับทำงานไม่ สมบูรณ์จากการคลอดก่อนกำหนด **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. สังเกตผิวทารกเพื่อประเมินภาวะตัวเหลือง 2. ดูแลทารกให้ได้รับการส่องไฟรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ 3. จัดให้ทารกอยู่ห่างจากหลอดไฟ 20 - 30 ซม. 4. สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงที่เกิดจากการส่องไฟรักษา ได้แก่ มีผื่นที่ผิวหนัง ร่างกายขาดน้ำ มีไข้หรือท้องเสีย 5. เฝ้าระวังการเกิดภาวะ Kernicterus เช่น ซึมลง ร้องเสียงแหลม เกร็ง กระตุก ชัก 6. ติดตามประเมินผล Hct และ MB วันละ 1 ครั้ง	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** มีภาวะมีภาวะตัวเหลืองจากการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด เนื่องมีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมาก และตับทำงานไม่สมบูรณ์จากการคลอดก่อนกำหนด ทำให้บิลิรูบินคั่งในกระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะเหลืองตามมา **กรณีศึกษาที่ 1** ทารกมีอาการตัวเหลืองหลังคลอด 3 วัน บริเวณใบหน้า ลำตัว แขน ขา ทั้ง 2 ข้าง MB 11.4 Hct 48% รักษาโดยการส่องไฟ (Single phototherapy) 5 วันMB 4.1 แพทย์ให้ Off phototherapy หยุดส่องไฟรักษา 2 วัน เจาะMB ซ้ำ 7.5 ให้ On phototherapy ต่อ จนอาการตัวเหลืองของทารกดีขึ้นและระดับบิลิรูบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงหยุดการส่องไฟรักษา ทารกไม่เกิดภาวะ Kernicterus **กรณีศึกษาที่ 2** ทารกมีอาการตัวเหลืองหลังคลอด 4 วัน บริเวณใบหน้า ลำตัว แขน ขา ทั้ง 2 ข้าง MB 11.6 Hct 64% รักษาโดยการส่องไฟ Single phototherapy 4 วัน เจาะ MB 6.0 แพทย์ให้ Off phototherapy อาการตัวเหลืองของทารกดีขึ้น ทารกไม่เกิดภาวะ Kernicterus
3. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากระบบทางเดินอาหารยังเจริญไม่เต็มที่ และการทำงานที่สัมพันธ์กันของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการดูดและกลืนยังไม่ดี **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำสารอาหารเพียงพอ ตามแผนการรักษาแพทย์	**กรณีศึกษาที่ 1** แรกเกิดทารกมีน้ำหนัก 1,505 gm. ตลอดระยะเวลาการรักษาทารกได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ได้แก่ 12.5% D/N/5 200 ml, 15% D/N/5 200 ml, 10% amiparen, BM/IF นมผสมสูตรมาตรฐาน (Infant formula: IF) ทารกรับได้หมด ไม่มี Content เหลือค้างในกระเพาะอาหาร ไม่มีอาการสำรอก ท้องไม่อืด น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยน้ำหนักก่อนจำหน่ายกลับบ้าน คือ 2,010 gm. ทารไม่มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร **กรณีศึกษาที่ 2** แรกเกิดทารกมีน้ำหนัก 1,650 gm. ตลอดระยะเวลาการรักษาทารกได้รับสารน้ำและสารอาหาร

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
2. สังเกตรีเฟล็กซ์การดูดกลืนและ Bowel sound 3.ก่อนให้นมทางสายยาง ทดสอบให้แน่ใจว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหาร และดูลักษณะจำนวน Content ในกระเพาะอาหาร 4. ส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 5. ติดตามหรือชั่งน้ำหนักตัวทารกทุกวัน 6. สังเกตอาการของภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร เช่น ผิวหนังมีความยืดหยุ่นตึงตัวไม่ดี กระหม่อมบุ๋ม และแจ้งอาการและอาการแสดงแก่บิดามารดาเป็นระยะ	อย่างเพียงพอ ได้แก่ 12.5% DW, 10%D/N/5 200 ml,10% amiparen, BM/IF นม ผสมสูตรสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด (Premature formula: PF) ทารกรับได้หมด ไม่มี Content เหลือค้างในกระเพาะอาหาร ไม่มีสำรอกท้องไม่อืด น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยน้ำหนักก่อนจำหน่ายกลับบ้าน คือ 2,220 gm. ทารกไม่มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร
4. เสี่ยงต่อการถูกทำลายของผิวหนัง เนื่องจากการสร้างผิวหนังยังไม่สมบูรณ์ **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. หลีกเลี่ยงการติด Skin probe ในตำแหน่งที่มีการกดทับ ติดอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่จำเป็น 2. การแกะพลาสเตอร์ออกจากผิวหนังต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างมาก และสังเกตอาการแพ้หรือการเกิดแผลจากการใช้พลาสเตอร์ 3. ระมัดระวังการรั่ว หรือเลื่อนหลุดของตำแหน่งการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 4. รวมทั้งเปลี่ยนท่านอนตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของทารก	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** มีผิวหนังบางสีแดงและเหี่ยวย่น มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังได้ชัดเจน มีผิวหนังหลุดลอก ไม่มีผื่นแพ้หรือแผลถลอก หรือแผลไหม้จากถูกความร้อน ไม่พบภาวะ Phlebitis จากการให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ
5. เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด ระบบประสาทสัมผัสยังเจริญไม่สมบูรณ์ **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ดูแลจัดกิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัสทารกในด้านต่างๆ ดังนี้ 1.1) ด้านการมองเห็น โดยการจ้อง มองหน้าและสบตาทารก 1.2) ด้านการได้ยิน โดยจัดชั่วโมงเงียบเพื่อให้ทารกได้พักผ่อนเต็มที่ 1.3) ด้านการสัมผัส ทำการสัมผัสทารกอย่างนุ่มนวล และส่งเสริมให้บิดามารดานวดสัมผัสทารก ให้ทารกนอนในเนส (Nest) โดยใช้ผ้าอ้อมพับทำให้มีลักษณะคล้ายรังนกให้ทารกนอน 1.4) ด้านการรับรส กระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา เมื่อทารกอาการดีขึ้น 2. จัดให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารก และทำการกระตุ้นประสาทสัมผัสทารกร่วมกัน	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส และนัดติดตามการตรวจพัฒนาการ
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ เนื่องจากทารกได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ดูแลให้ทารกได้รับ O_2 เท่าที่จำเป็น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ O_2 2. ติดตามค่า O_2Sat (SpO_2) และรักษาค่าSpO_2 ให้อยู่ในช่วง 90-95% 3. ดูแลให้ทารกได้วัดตรวจตรวจคัดกรองภาวะ ROP	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** ได้รับการตรวจหาภาวะ Retinopathy of prematurity: ROP ครั้งแรก ไม่พบภาวะ ROP ทั้ง 2 ราย และนัดตรวจเพื่อติดตามผลเป็นระยะ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
7. บิดามารดามีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของบุตร **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร และตอบข้อซักถามด้วยวาจาที่นุ่มนวล สุภาพ 2. อธิบายให้บิดามารดาเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แผนการรักษา เพื่อความร่วมมือในการรักษา ให้กำลังใจ ชมเชยบิดามารดา เมื่อมาเยี่ยมทารกเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ 3. ส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร ในการกระตุ้นให้มารดามาเยี่ยมบุตร คอยปลอบโยนทารก สัมผัสทารก พูดคุยเรียกชื่อทารก 4. หากทารกมีอาการดีขึ้น ช่วยให้มารดาได้อุ้มสัมผัสกับทารก และร่วมกิจกรรมการดูแลทารกอย่างง่ายๆ คำแนะนำอย่างใกล้ชิด	**กรณีศึกษาทั้ง 2** หลังจากที่บิดามารดาได้ซักถามปัญหาความเจ็บป่วยของบุตร และได้พูดคุยบอกความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร ทำให้มีสีหน้าสดชื่นมากขึ้น ยิ้มแย้มสดใสหลังได้พูดคุยซักถาม
8. การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับทารกไม่ต่อเนื่องจากสภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตของทารกทำให้ทารกต้องถูกแยกจากครอบครัว **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. สนับสนุนให้บิดามารดาได้เข้าเยี่ยมทารก เปิดโอกาสให้บิดามารดาสร้างสายสัมพันธ์กับทารก 2. จัดให้บิดามารดา มีส่วนร่วมในการดูแลทารก 3. จัดสถานที่ให้มารดาได้อยู่เฝ้า ดูแลทารกตลอดเวลาเมื่อทารกมีอาการดีขึ้น 4. ส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู	**กรณีศึกษาทั้ง 2** บิดามารดามีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร มีการสัมผัส อุ้ม กอด ตลอดจนมาเยี่ยมบุตรเป็นประจำและบ่อยครั้งมากขึ้น บิดามารดาพูดคุยเรียกชื่อบุตรด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม อ่อนโยน ผ่อนคลาย และบิดามารดาให้ความร่วมมือในการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำ สามารถบอกเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตร และวิธีการดูแลบุตรที่บ้านได้ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องนำบุตรมาโรงพยาบาลได้ถูกต้อง
<u>ระยะก่อนจำหน่าย</u> **1. มารดาขาดประสบการณ์ในการดูแลทารกเนื่องจากเป็นบุตรคนแรกและคลอดก่อนกำหนด** **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. สอนและฝึกมารดาในการให้นมจากเต้า ท่าอุ้มที่ถูกต้อง การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การรักษาความอบอุ่นและการทำความสะอาดร่างกาย 2. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องกลับมารับการรักษา การรับวัคซีนและการมาตรวจตามนัด 3. ชมเชยและให้กำลังใจมารดา	**กรณีศึกษาทั้ง 2** มารดายังขาดประสบการณ์ในการดูแลทารกเนื่องจากเป็นบุตรคนแรก ทารกตัวเล็ก และมีอุปกรณ์ตามร่างกายทารก ทำให้มารดาไม่กล้าอุ้มในช่วงแรก เมื่อได้สัมผัสทารกมากขึ้น บ่อยขึ้นทำให้มีความมั่นใจในการดูแลทารกได้มากขึ้น สามารถอุ้มทารกเข้าเต้าได้อย่างถูกวิธี
2. บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ให้คำแนะนำการดูแลทารกแก่บิดามารดา สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแล กระตุ้นให้มาเยี่ยมบุตรบ่อยๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล 2. วางแผนการจำหน่ายทารกตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ได้แก่ D-Disease ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย M-	**กรณีศึกษารายที่ 1** บิดามารดามีความเข้าใจในแผนการรักษา แต่ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บิดามารดายังขาดความมั่นในการดูแลทารก เช่น การเช็ดตัว ทำความสะอาดหลังขับถ่าย ยังไม่กล้าจับทารกในช่วงแรก เนื่องจากกลัวว่าจะจับแรงจะทำให้ทารกเจ็บต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกพอสมควร จึงสามารถปฏิบัติได้มากขึ้น **กรณีศึกษารายที่ 2** บิดามารดามีความเข้าใจในแผนการรักษา มีการซักถามพยาบาลเพิ่มเติม และบอกว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำ หากพบมีอาการผิดปกติจะรีบนำบุตรมาโรงพยาบาล มารดาฝึกขณะทารกอยู่โรงพยาบาล โดยฝึกอาบน้ำทารก และการทำความสะอาดร่างกาย บริเวณตา ปาก

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
Medication ความรู้เกี่ยวกับยา E-Environment จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม T-Treatment การสังเกตอาการผิดปกติ H - Health แนะนำการตรวจคัดกรองต่างๆ เช่น การได้ยิน คัดกรองภาวะ ROP O-Outpatient referral การมาตรวจตามนัด การรับวัคซีน ส่งต่อข้อมูลการรักษาของทารกในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	จมูก สะดือ สามารถดูแลทารกในขณะอยู่โรงพยาบาลได้ดี มีความมั่นใจ สามารถอุ้มทารก ทำความสะอาดได้อย่าง คล่องแคล่วและเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย การเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆ ยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากกว่าทารกแรกเกิดปกติ โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์ขาดการสร้างสาร Surfactant โครงสร้างระบบการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจยังไม่แข็งแรง ซึ่งส่งผลทำให้ทารกเกิดภาวะการหายใจลำบาก เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ต้องใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ ทั้งนี้หากได้รับออกซิเจนนาน อาจทำให้เกิดภาวะโรคปอดเรื้อรังได้ (BPD) ดังในกรณีศึกษาที่ 2 นอกจากนี้ยังพบปัญหาระบบควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ทารกแรกสูญเสียความร้อนได้ง่าย เนื่องจากพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และร่างกายสร้างความร้อนได้น้อย ผิวหนังบาง ทำให้ทารกเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia) และระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์ติดเชื้อได้ง่าย ดังกรณีศึกษาที่ 1 ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต นอกจากนี้ยังพบภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงผิดปกติ ทำให้ทารกตัวเหลืองต้องได้รับการส่องไฟรักษา อีกทั้งยังทำให้บิดามารดาและครอบครัวทารกเกิดภาวะเครียดเกี่ยวกับสภาวะโรคของบุตร มีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับทารกไม่ต่อเนื่อง จากสภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตของทารกทำให้ต้องถูกแยกจากครอบครัว บิดามารดาขาดมั่นใจขาดประสบการณ์ในการดูแลทารก จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมีความเปราะบาง และมีลักษณะทางสรีรวิทยาต่างจากทารกครบกำหนด ทารกกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลที่มีความจำเพาะ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากมาย พยาบาลผู้ให้การดูแลทารกต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถทั้งด้านวิชาการ มีทักษะปฏิบัติการอย่างชำนาญเป็นพิเศษ เพื่อสามารถประเมินปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาลทารกในทุกระบบได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ ให้ทารกสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวและมีพัฒนาการที่เจริญเติบโตสมวัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม[2,5]

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริการ

1. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการเฝ้าระวังประเมิน อาการเปลี่ยนแปลงทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก เพื่อป้องกันอาการทรุดลง หรือลดอาการรุนแรง

2. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ด้านบริหาร

1. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก มีการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการเฉพาะด้านทุกปี

ด้านวิชาการ

2. พัฒนาสมรรถนะในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบากและการใช้เครื่องช่วยหายใจ การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่างๆ เช่น การทำ UVC

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Launch of the WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. [Internet]. 2022. [cited 2024 July 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/11/17/default-calendar/launch-of-the-who recommendations-for-care-of-the-preterm-or-low-birth-weight-infant
2. กรมการแพทย์. แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25661112141223PM_1
3. HDC. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/%20format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d
4. งานเวชสถิติ สถาบันบำราศนราดูร. สถิติทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก. 2567.
5. วีณา จีระแพทย์. การดูแลระบบทางเดินหายใจในทารกที่เป็น Bronchopulmonary Dysplasia.ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บรรณาธิการ), Practical Point AND Update in Noatal Care. กรุงเทพฯ:แอคทีฟ พริ้นท์; 2562. 25 น..
6. Korsanan. Risk factors of low birth weight newborns in bangnamprieo hospital. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medicine Education Center. 2013; 48(5) 287-299.

รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ.

Development of a Model for Investigating Newly Infectious Tuberculosis Patients among Household and Close Contacts of Pulmonary Tuberculosis Patients in Collaboration with the District Health Board of Nong Ruea District, Khon Kaen Province.

(Received: October 9,2024 ; Revised: October 13,2024 ; Accepted: October 14,2024)

กมล ศรีล้อม[1], กรรณิการ์ ซารัมย์[1], ทรงธรรม แสนจำลา[1]
Kamol Srilom[1], Kannika Saram[1], Songtham Saenjamla[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 40 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 150 คน 3) ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค 268 คน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญ ด้านวัณโรค 11 คน เครื่องมือวิจัย มี 7 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกประเด็นการวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) แบบสรุปทะเบียนฐานข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด 3) แบบคัดกรองวัณโรคด้วยวาจา 4) แบบทดสอบความรู้ของ อสม. 5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ 6) แบบสอบถามประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ และ 7) แบบบันทึกผลการขึ้นทะเบียนและการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t – test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ก่อนการพัฒนาศักยภาพค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$) เท่ากับ 4.64 (S.D. = 2.13) และหลังการพัฒนาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$) เท่ากับ 8.92 (S.D. = 0.82) พบค่าความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean difference: $\overline{d}$) เท่ากับ 4.28 (95%CI: 3.98 ถึง 4.59) โดยค่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) 2) ฐานข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ในระหว่างปีพ.ศ. 2566 ได้รับการคัดกรองจาก อสม. จำนวน 2,872 ราย พบความเสี่ยง 32 ราย และปีพ.ศ. 2567 ได้รับการคัดกรองจาก อสม. ด้วยแอพิเคชั่น จำนวน 5,520 ราย พบความเสี่ยง 76 ราย 3) ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคระหว่างปีพ.ศ. 2564-2566 เทียบกับปีพ.ศ. 2567 จำนวน 87, 94, 157 และ 268 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 4) ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรถเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) เคลื่อนที่ และตรวจเสมหะ จำนวน 360 ราย ผิดปกติ จำนวน 16 ราย และส่งตรวจเสมหะยืนยัน พบเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 13 ราย 5) ความพึงพอใจของสัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคต่อรูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.56, S.D. = 0.38) 6) ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.47, S.D. = 0.32)

คำสำคัญ: ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Abstract

This research is a participatory action research with the objective of developing a model for detecting tuberculosis cases in household contacts and close contacts. There were samples, which consisted of (1) personnel responsible for preventing and controlling tuberculosis from hospital and tumbon health promoting hospital 40 persons; (2) village health volunteers 150 persons; (3) household and close contacts of pulmonary tuberculosis patients 268 persons; and (4) expert of tuberculosis 11 persons. The research tools include: 1) the group recorded form, 2) data household and close contacts of pulmonary tuberculosis patients recorded form, 3) screening for tuberculosis, 4) knowledge questionnaire, 5) satisfaction questionnaire, 6) the evaluate efficacy model development

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

test, 7) coverage and success rate recorded form. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research findings as follows. 1) The results of the development of the potential of VHWs. Before the development of the potential, the mean score ($\overline{X}$) was 4.64 (S.D. = 2.13) and after the development, the mean score ($\overline{X}$) was 8.92 (S.D. = 0.82). The difference in the mean score (Mean difference: $\overline{d}$) was 4.28 (95%CI: 3.98 to 4.59). The difference was statistically significant (P-value < 0.001). 2) The database of household contacts and close contacts. During 2023, 2,872 VHWs were screened, 32 of whom were at risk. In 2024, 5,520 VHWs were screened by the application, 76 of whom were at risk. 3) Household contacts and close contacts of tuberculosis patients during 2021-2023 compared to 2024 2024, 87, 94, 157 and 268 cases, respectively, with an increasing trend. 4) Household contacts and close contacts of tuberculosis patients received mobile chest X-rays and sputum examinations, 360 cases, 16 cases were abnormal, and 13 cases were sent for sputum examinations to confirm new tuberculosis patients. 5) Satisfaction of household contacts and close contacts of tuberculosis patients with the tuberculosis patient search model in household contacts and close contacts, the overall average score was at the highest level ($\overline{X}$ = 4.56, S.D. = 0.38). 6) The results of the evaluation of the efficiency of the tuberculosis patient search model in household contacts and close contacts, the overall average score was at a high level ($\overline{X}$ = 4.47, S.D. = 0.32).
Keywords: household and close contacts of pulmonary tuberculosis patients, district health board

บทนำ

วัณโรค เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกและระดับประเทศสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly: UN) ได้กำหนดการยุติการแพร่กระจายวัณโรค ไว้ในเป้าหมายที่ 3: สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย ในส่วนเป้าหมายย่อย 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ที่กำหนดให้ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือ 20 ต่อประชากรแสนคนในปี 2573 (2030 และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดให้ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือ 10 ต่อประชากรแสนคนในปี 2578 (2035) ในแผนยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) [1, 2] ปัจจุบันประเทศไทยดำเนินการควบคุมวัณโรคตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยใช้ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคตามแผนยุทธศาสตร์ต่อต้านวัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 (เพิ่มเติม พ.ศ.2565) โดยกำหนดเป้าหมาย 1) ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2578 2) ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับ ปี 2558 และ 3) ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาวัณโรค กำหนดมาตรการหลัก คือ 1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ 2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมร้อยละ 90 และ 3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษา ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 [3, 4]

สถานการณ์วัณโรคเขตสุขภาพที่ 7 ตามค่าคาดประมาณอุบัติการณ์องค์การอนามัยโลกคาดประมาณประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำแนกตามปีงบประมาณพ.ศ. 2563 -2565 [5] พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All form) ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 6,671, 6,845 และ 6,662 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.7 (ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ 156 ต่อ

ประชากรแสนคน) ร้อยละ 87.2 (จากค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ 153 ต่อประชากรแสนคน) ร้อยละ 86.6 (จากค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ 150 ต่อประชากรแสนคน) และร้อยละ 86.9 (จากค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ 150 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (≥ร้อยละ 88) หากจำแนกรายจังหวัด ในปีงบประมาณ 2564 จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด คือจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 94.4 และ 90.8 บรรลุตามเป้าหมาย (≥ ร้อยละ 88) ส่วนจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานต่ำสุด คือจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 77.5 และยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งพบว่าการค้นพบผู้ป่วยยังต่ำกว่าค่าคาดประมาณ ซึ่งหากจะยุติปัญหาวัณโรคจะต้องมีการค้นพบผู้ป่วยให้มากกว่าค่าคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก

สถานการณ์ภาพรวมของอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561–2565 [5] พบผลการดำเนินงานร้อยละ 87.5, 85.8 และ 85.4 ตามลำดับ พบว่า มีแนวโน้มลดลง ต่ำกว่าเป้าหมาย (≥ ร้อยละ 90) สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตและขาดยาเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.9, 10.0 และ 9.8 ตามลำดับ อัตราการขาดยา ร้อยละ 2.9, 3.2 และ 3.3 ตามลำดับ ลักษณะของผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 65 ปีและมีโรคร่วมและอยู่ในระยะของการรักษาแบบเข้มข้นน้อยกว่า 2 เดือนหลังเริ่มยา ส่วนในกลุ่มที่ขาดยา ส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด พบว่าเป็นผู้ป่วยในเขตเมือง มีที่อยู่ไม่แน่นอน และส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีที่อยู่ต่างจังหวัด และสถานการณ์ผลการดำเนินงานวัณโรคโดยพบอัตราความสำเร็จของของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561–2565 พบผลการดำเนินงานร้อยละ 82.7, 83.4, 81.4, 80.0 และ 71.5 ตามลำดับ พบสาเหตุสำคัญมาจากอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง โดยร้อยละ 58.1 เป็นผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี และมีโรคร่วมร้อยละ 42.0 อยู่ในช่วง 1 เดือนแรกของการรักษา จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้ว่า การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ใน 7 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด 2) ผู้ติดเชื้อ HIV 3) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 4) บุคลากรสาธารณสุข 5) ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ /มีโรคร่วม COPD/DM 6) ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C≥7) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 4-5 eGFR ต่ำกว่า 30 ลงมา) หรือ ได้รับยากดภูมิ และ 7) ผู้ต้องขังในเรือนจำ อาจจะยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด เนื่องจากฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง โดยปัจจุบันได้กำหนดการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จากค่าประมาณการ 1 : 2 หมายความว่า หากพบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 1 คน ค้นหาคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน

สถานการณ์ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของจังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณพ.ศ.2565 [6] พบว่า 7 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผลการคัดกรองได้ร้อยละ 52.7 พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 1.3 2) ผู้สูงอายุ 65ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) หรือมีโรคร่วมเบาหวาน ผลการคัดกรองได้ร้อยละ 54.7 พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 0.5 3) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง ผลการคัดกรองได้ร้อยละ 44.7 พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 2.1 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการคัดกรองได้ร้อยละ 35.2 พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 0.2 5) ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C≥7 mg%) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผลการคัดกรองได้ร้อยละ 36.3 พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 0.2 6) ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ผลการคัดกรองได้ร้อยละ 79.8 พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 1.2 7) บุคลากรสาธารณสุข ผลการคัดกรองได้ร้อยละ 79.8 พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 1.2 โดยกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ที่เน้นคัดกรอง ร้อยละ 100 ได้แก่ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

และผู้สัมผัสใกล้ชิด 2) ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือมีโรคร่วมเบาหวาน และ 3) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง จากข้อมูลดังกล่าว กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด แต่ยังคงคัดกรองได้ค่อนข้างน้อย

สถานการณ์วัณโรคของอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณพ.ศ. 2564-2565 [7] พบว่า ปีงบประมาณพ.ศ. 2564 มีประชากร 93,574 คน คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.) จำนวน 140 ราย ผลงานขึ้นทะเบียน 92 ราย อัตราความครอบคลุม ร้อยละ 65.5 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีประชากร 93,067 คน คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.) จำนวน 140 ราย ผลงานขึ้นทะเบียน 81 ราย อัตราความครอบคลุม ร้อยละ 58.0 และในปีงบประมาณพ.ศ. 2566 มีประชากร 92,652 คน คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อแสน ปชก.) จำนวน 132 ราย ผลงานขึ้นทะเบียน 105 ราย อัตราความครอบคลุม ร้อยละ 79.2 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ตามค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกปี สำหรับอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 ร้อยละ 83.2 และในปีงบประมาณพ.ศ. 2565 ร้อยละ 79.2 ซึ่งก็ต่ำค่าตามเกณฑ์ ในขณะเดียวกันข้อมูลการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากในโปรแกรมฐานข้อมูลวัณโรคประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program (NTIP)) ของอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปีพ.ศ.2564-2566 มีกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด จำนวน 24, 17 และ 11 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลผลการดำเนินงานการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอหนองเรือ ในระหว่างปีพ.ศ.2564-2566 พบว่า ในปีพ.ศ.2564 คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ จำนวน 282 ราย เป็นวัณโรค 1 ราย ปีพ.ศ.2565 คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ จำนวน 49 ราย ไม่ว่าเป็นวัณโรค และปีพ.ศ.2566 คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ จำนวน 178 ราย เป็นวัณโรค 6 ราย จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน และไม่มีระบบการจัดการข้อมูลการคัดกรองกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด ตามแนวทางของกรมควบคุมโรคกล่าวคือ ต้องดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด ครบระยะเวลา 2 ปี ส่งผลให้พบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนโปรแกรม NTIP สูงกว่าการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมีหลากหลายงานวิจัย อาทิเช่น พีระพัชร ไทยสยาม [8] ทำการเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 267 เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด จำนวน 242 ราย (ร้อยละ 87.7) และ จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 12.3) ตามลำดับ ผู้สัมผัสที่ต้องได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง จำนวน 101 ราย (ร้อยละ 36.6) ปิยะวดี ฉาไธสง และคณะ [9] ทำการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 26 ราย มีผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดทั้งหมด 34 ราย ผลการตรวจปกติทั้งหมด พิชิต แสนเสนา และสมลักษณ์ หนูจันทร์ [10] ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน 40 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน ส.อบต. อสม. เจ้าหน้าที่รพ.สต. และสสอ.หนองเรือ รวม 48 คน กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านอาศัยอยู่แบบครอบครัวใหญ่ นอนร่วมกับผู้ป่วย อากาศไม่ถ่ายเท ไม่กล้าตรวจคัดกรอง ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการคัดกรองทุกราย พบผลบวกเพิ่ม 3 ราย จากผลการทบทวนมีหลากหลายการศึกษาที่สะท้อนการค้นหาในผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค แต่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะเกี่ยวกับการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด อาจจะเนื่องมาจากข้อมูลดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งอยู่ในโปรแกรม NTIP ในขณะเดียวกันโปรแกรม NTIP อาจมีข้อจำกัดในการ

เข้าถึงและการใช้ข้อมูลในระดับพื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบกับการนำเข้าข้อมูลผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเป็นหน้าที่ของผู้รับผิดชอบงานวัณโรค (TB Clinic) อาจจะไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเฝ้าระวังป้องกันวัณโรคแฝงในชุมชน โดยผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดต้องได้รับการเฝ้าระวังโดยมีการตรวจคัดกรองด้วยวาจาเพื่อเข้ารับการเอกเซเรย์ทรวงอก และร่วมกับการส่งตรวจเสมหะ อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง และส่งผลต่อความล่าช้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

จากสภาพปัญหาและผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำการพัฒนารูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยการวางแผนการพัฒนาฐานข้อมูลสัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด พร้อมทั้งนำข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดมาเฝ้าระวังในชุมชน โดยการคัดกรองด้วยวาจา เมื่อพบความเสี่ยงเข้ารับการเอกเซเรย์ทรวงอก และร่วมกับการส่งตรวจเสมหะตามแนวทางของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ผลที่คาดว่าจะได้รับ รูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยฐานข้อมูลสัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคที่มีความครอบคลุมของจำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ความชุกของของวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ตลอดจนได้ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคแฝงในชุมชน เพื่อเพิ่มอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Treatment coverage) และเพิ่มความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ตามแนวทางการบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สำหรับผู้สัมผัสวัณโรค ต่อไป

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ของการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 2) พัฒนารูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค 3) ทดลองใช้รูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค และ 4) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ.

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรศึกษา

ประชากรศึกษา มี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) คณะกรรมการ พชอ. ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 142 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1,970 คน 3) ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 501 คน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญ ด้านวัณโรค จำนวน 11 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) คณะกรรมการ พชอ. ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 40 คน 2) อสม. จำนวน 150 คน 3) ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 268 คน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญ ด้านวัณโรค จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มี 7 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกประเด็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหารายป่วยวัณโรคในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 2) แบบสรุปทะเบียนฐานข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 3) แบบคัดกรองวัณโรคด้วยวาจา สำหรับ อสม. อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ประยุกต์ใช้ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค เป็นแบบคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอด 4) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของอสม. 5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ในพื้นที่อำเภออำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น และ 6) แบบสอบถามประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ประยุกต์ใช้ตามกรอบการประเมินมาตรฐานของ Stufflebeam[11] มี 4 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ มาตรฐานด้านเหมาะสม และมาตรฐานด้านความถูกต้อง และ 7) แบบบันทึกผลการขึ้นทะเบียน และการรักษา

การหาคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 และความเชื่อมั่น (Reliability) แบบวัดความคิดเห็นแบบสอบถามความพึงพอใจ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha's Cronbach) เท่ากับ 0.90 [12] และแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของ อสม. ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ตามสูตร KR-20 เท่ากับ 0.89 [13]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ อธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และค่าความถี่ โดยแปลผลความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 คือ ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 คือ ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 คือ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 คือ ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 คือ น้อยที่สุด และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการโดย Dependent t - test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้มาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาและนำเสนอข้อสรุปตามประเด็น

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

1.1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาวัณโรคในพื้นที่ โดยการประชุมระดมความคิดเห็นในการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการ พชอ. 21 คน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลหนองเรือ 1 คน ตัวแทนรพ.สต.ในพื้นที่อำเภอหนองเรือ 15 คน องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น (อบจ.ขอนแก่น) 1 คน สคร.7 ขอนแก่น 1 คน และสสจ.ขอนแก่น 1 คน สามารถสรุปได้ดังนี้

1) สร้างความร่วมมือเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบล

2) กำหนดการคัดครองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดไม่ครอบคลุม

3) การสร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานป้องกันวัณโรคในชุมชน

4) การติดตามและการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

1.2 การกำหนดแนวคิดการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ มี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความร่วมมือเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล 2) การคัดครองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดไม่ครอบคลุม 3) การสร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานป้องกันวัณโรคในชุมชน และ 4) การติดตามและการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยได้นำทุกประเด็นส่งผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้าน 4 คน และแพทย์ผู้ทำการรักษาวัณโรค 1 คน เพื่อขอเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ สามารถ กำหนดแนวคิดการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ได้ดังต่อไปนี้

1) เสนอให้จัดทำบันทึกความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง พชอ.หนองเรือ (นายอำเภอ ประธานพชอ.) รพ.หนองเรือ สสอ.หนองเรือ (เลขาฯ พชอ.) อบจ.ขอนแก่น และสคร.7 ขอนแก่น

2) เสนอให้จัดทำฐานการคัดครองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยใช้กลไก พชอ. เพื่อนำร่องการดำเนินงานของจังหวัดขอนแก่น

3) เน้นการใช้กลไก พชอ. และกลไก พชต. ให้มากขึ้น

4) ควรบูรณาการการเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ และคณะกรรมการ พชอ. และ พชต.

2. ผลการพัฒนารูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค การประชุมระดมความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ ดังนี้

2.1 การสังเคราะห์รูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ผลจากการระดมความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ตามองค์ประกอบเชิงระบบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ด้านปัจจัยนำเข้า (2) ด้านกระบวนการ และ (3) ผลผลิต

2.2 ด้านการวางแผนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ผลจากการระดมความคิดเห็นในการสังเคราะห์การค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ตามองค์ประกอบ เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นของกระบวนการ ประกอบด้วย วางแผนกระบวนการ การดำเนินงานตามแผน และการประเมินผล

วางแผนกระบวนการ

1. ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค โดยใช้กลไก พชอ. วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2566

2. จัดทำลงนามความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานคณะกรรมการ พชอ. กับ รพ.หนองเรือ อบจ.ขอนแก่น และ สคร.7 ขอนแก่น ระหว่างวันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

3. พัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2567

4. พัฒนา Application ในการคัดกรอง ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2567

5. สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมวัณโรค ระหว่างวันที่ 1-30 มีนาคม พ.ศ. 2567

6. พัฒนาศักยภาพ อสม. สำหรับการคัดกรองและการค้นหา วันที่ ระหว่างวันที่ 1-9 เมษายน พ.ศ. 2567

7. ดำเนินการคัดกรองด้วย X-ray และการตรวจเสหมะ ระหว่างวันที่ 9 – 30 เมษายน พ.ศ. 2567

8. ติดตามและการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

9. สรุปผลการดำเนินงาน

10. ผู้วิจัยเสนอผลการพัฒนารูปแบบ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบตามมาตรฐานการประเมิน 4 มาตรฐาน

ดำเนินงานตามแผน

1. สื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการเนินงานพัฒนารูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ

2. ดำเนินงานตามแผนที่ได้วางไว้

3. ติดตามผลการดำเนินงาน และรายงานความก้าวหน้า

การประเมินผล

1. ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ

2. ประชุมติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างน้อยไตรมาส ละ 1 ครั้ง

- บันทึกความร่วมมือ MOU
- ผลการคัดด้วยวาจา จากการพัฒนาศักยภาพ อสม.
- ฐานข้อมูลสัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด
- ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
- จำนวนผู้สงสัยที่มีผลการ X-ray เข้ากับวัณโรค

3. จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียน

4. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียน

5. ลดการตายของผู้ป่วยวัณโรค

6. ประเมินประสิทธิภาพของระบบตามมาตรฐานการประเมิน 4 มาตรฐาน

2.3 การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ผลจากการประชุมได้ระดมความคิดเห็นให้มีการร่วมดำเนินงานตามแผนพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ โดยสามารถสร้างแบบฟอร์มการสำรวจผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ และการคัดกรองและการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ โดย Application

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค นำรูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. ดังนี้

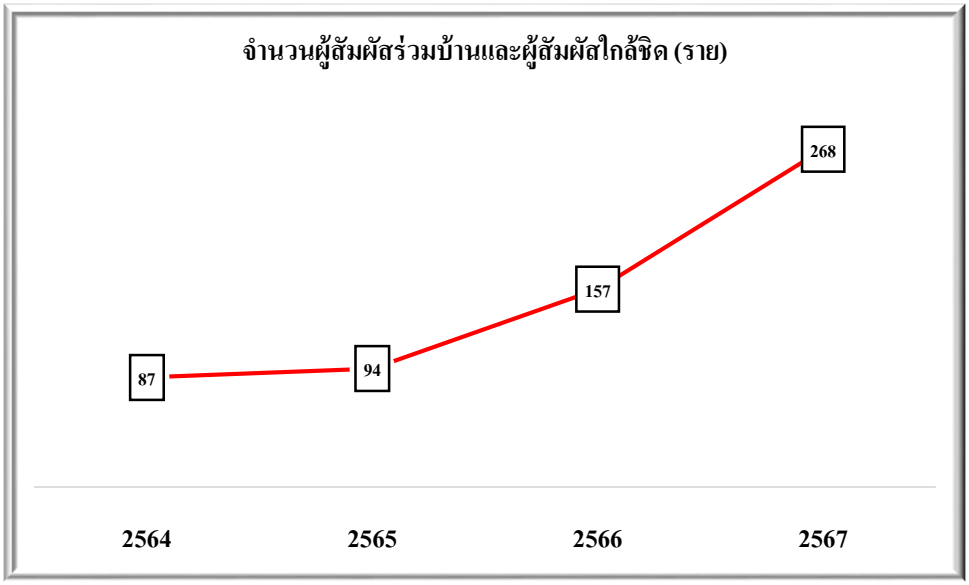
3.1 ความร่วมมือเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบล ผลการประชุมระดมความคิดเห็นในการพัฒนาความร่วมมือเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล ในวันที่ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ณ ห้องประชุม รพ.หนองเรือ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 65 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการ พชอ. 21 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ 4 คน รพ.หนองเรือ 10 คน รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 15 คน อบจ.ขอนแก่น จำนวน 5 คน สคร.7 ขอนแก่น 7 คน และสสจ.ขอนแก่น 3 คน โดยสามารถบันทึกการลงนาม MOU ความร่วมมือ โดยกลไกคณะกรรมการ พชอ. และพชต.

3.2 เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังผลการพัฒนา

ศักยภาพ อสม. ด้วยแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรควัณโรค กลุ่มตัวอย่าง เป็นอสม. อำเภอหนองเรือ จำนวน 150 คน พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$) เท่ากับ 4.64 (S.D. = 2.13) และหลังการพัฒนาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$) เท่ากับ 8.92 (S.D. = 0.82) พบค่าความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean difference: $\overline{d}$) เท่ากับ 4.28 (95%CI: 3.98 ถึง 4.59) โดยค่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

3.3 ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ผลของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด 2) ผู้ติดสารเสพติดติดสุราเรื้อรัง 3) กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไปสูบบุหรี่/DM/COPD 29 4) ผู้ต้องขัง 5) เอชไอวี และ 6) โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกัน โดย อสม. ในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การพัฒนาระบบแอพิเคชั่น และฐานข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดฯ ในปีพ.ศ. 2566 ได้รับการคัดกรองจาก อสม. จำนวน 2,872 ราย พบความเสี่ยง 32 ราย และปีพ.ศ. 2567 ได้รับการคัดกรองจาก อสม. ด้วยแอพิเคชั่น จำนวน 5,520 ราย พบความเสี่ยง 76 ราย

3.4 แนวโน้มของข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ผลของการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค เปรียบเทียบแนวโน้มตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564- ปีพ.ศ. 2567 พบว่า ข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบแนวโน้มข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564- ปีพ.ศ. 2567

3.5 ความพึงพอใจของสัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ต่อรูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของสัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคต่อรูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 268 คน พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.56, S.D. = 0.38)

4. ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. เป็นการพัฒนาครั้งที่ 2 (Development 2: D_2) โดยนำการ

ประเมินของผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค จำนวน 11 คน ตามกรอบมาตรฐานของการประเมินของ Stufflebeam (1981) พบว่า ภาพรวมประสิทธิภาพของรูปแบบการค้นหารายป่วยวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.47, S.D. = 0.32) จำแนกมาตรฐานที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มาตรฐานด้านความถูกต้อง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.55, S.D. = 0.28) รองลงมาคือ มาตรฐานด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.54, S.D. = 0.75) มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.43, S.D. = 0.23) และมาตรฐานด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.35, S.D. = 0.42)

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างความร่วมมือเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยจัดทำบันทึกความร่วมมือ 2) จัดทำฐานการคัดครองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด 3) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานป้องกันโรควัณโรคในชุมชน 4) การติดตามและการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และ 5) การคืนข้อมูล พบว่า ผลการคัดกรองด้วยวาจา โดยใช้แอฟพิเคชั่น จำนวน 5,570 ราย พบความเสี่ยง จำนวน 77 ราย และสามารจัดทำฐานข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ระหว่างปีพ.ศ.2564 - พ.ศ.2567 จำนวน 87, 94, 157 และ 510 ราย ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ทำให้พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการลดการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธ์ [14] ได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคในเขตเมืองจังหวัดขอนแก่น กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์บริบท ปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมือง ร่วมสร้างรูปแบบเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคในเขตเมือง โรงพยาบาลจังหวัดได้กำหนดให้มีผู้ประสานงานวัณโรคที่ชัดเจน เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยและประสานงานกับเครือข่ายในการส่งต่อโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งมีการจัดระบบรายงานและรายงานผลการติดตามผู้ป่วยวัณโรคมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในชุมชนมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคโดย Primary Care Cluster และเรือนจำมีระบบการคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังและตรวจสุขภาพประจำปี โดยการเอกซเรย์ปอดในผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค ผู้ประกอบกิจการรถขนส่งสาธารณะให้ความร่วมมือในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเพื่อควบคุมโรคส่งผลต่อการลดการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน

2.ผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. ทำให้ อสม. มีความรู้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรควัณโรคตลอดจนสามารถนำความรู้ความสามารถที่ได้รับไปค้นหาและคัดกรองในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 360 ราย พบว่าเข้ากับวัณโรค จำนวน 13 ราย สอดคล้องกับเครือวัลย์ ดิษเจริญ [15] ได้ศึกษาการค้นหารายป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครงานวัณโรค อำเภอเสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า แกนนำครอบครัวสามารถคัดกรองด้วยวาจาสมาชิกร่วมบ้านตนเองได้ทั้งหมด 88 คน ส่งตรวจวินิจฉัยพบว่าป่วยเป็นวัณโรค 1 คน เมื่อส่งตรวจวินิจฉัยพบว่าเป็นวัณโรค 1 คน ในขณะเดียวกันยังพบข้อจำกัดของการค้นหา ได้แก่ รถเอกซเรย์ปอด

(Chest X-ray) เคลื่อนที่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยา นักรังสีการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบการจัดบริการแบบ One stop service และระบบอินเทอร์เน็ต

3. ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลไก พชอ. ตามมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam (1981) [11] พบว่า ค่าเฉลี่ยของมาตรฐานอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 2 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานด้านความถูกต้อง และมาตรฐานด้านความเหมาะสม และค่าเฉลี่ยของมาตรฐานอยู่ในระดับมาก จำนวน 2 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ และมาตรฐานด้านความเป็นไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวัฒน์ วลัยเสถียร และคณะ[16] ได้ทำการประเมินประสิทธิภาพของระบบตามกรอบแบบประเมินมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam (1981) พบว่า ทุกมาตรฐานอยู่ในระดับมากที่สุด การศึกษาของอนงค์ บังกระโทก และคณะ[17] ได้ทำการประเมินคุณภาพของรูปแบบการประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่า ค่าเฉลี่ยของมาตรฐานอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ มาตรฐานด้านความเหมาะสม และมาตรฐานด้านความถูกต้อง สำหรับมาตรฐานด้านความเป็นไปได้ ค่าเฉลี่ยของมาตรฐานอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ผลของรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ทำให้ได้ฐานผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค โดยการนำเข้าข้อมูลจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากพื้นที่ ดังนั้น ควรมีการเชื่อมโยงและถ่ายทอดเชิงนโยบายจากคณะกรรมการ พชอ. สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ด้วยคณะกรรมการ พชต. พร้อมทั้งติดตามและคืนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

2. ควรวางแผนการดำเนินงานและติดตามกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ให้ได้รับการดูแลและได้รับการตรวจ ครบภายใน 2 ปี ดังนั้น ควรทำการศึกษาวิจัยไปข้างหน้า (Cohort study) ในระยะยาว ในการเฝ้าระวังวัณโรคแฝง และควบคุมการแพร่เชื้อโรควัณโรคในชุมชนอย่างเป็นระบบ

3.ผลของรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบข้อจำกัดด้านสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคแฝงในชุมชน ประกอบด้วย ความพอเพียงของรถเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) เคลื่อนที่ ความพอเพียงของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยาและนักรังสีการแพทย์ ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งจะนำไปสู่การจัดบริการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่แบบ One stop service

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ นายทวิช พิมพะ นายอำเภอหนองเรือ นพ.สมาน ฟูตระกูล ผู้อำนวยการ สคร.7 ขอนแก่น นพ.อภิชัย ลิมานนท์ นายแพทย์ สสจ.ขอนแก่น พญ.เรียมใจ พลเวียง ผู้อำนวยการ รพ.หนองเรือ ดร.พงษ์ศักดิ์ ตั้งวานิชพงษ์ นายก อบจ.ขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือและให้คำปรึกษาการดำเนินการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ผู้อำนวยการและทีมงานบุคลากรของรพ.สต.ทุกแห่ง ทีมงานอสม. และประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเรือ ที่กรุณาให้ข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานวัณโรค Cohort Report [อินเตอร์เน็ต]. https://tbcmthailand.net สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567.
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2023. URL http://www.tbonline.info/posts/2016/10/16/global-tb-report-2023/ สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560- 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2560.
4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2565.
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์วัณโรค ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2564-2568). http://www.healtharea.net/wp-content/uploads/2018/01 สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (รอบที่ 2). ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2566.
7.โรงพยาบาลหนองเรือ สำนักงานสาธารณสุจังหวัดขอนแก่น. ฐานข้อมูลวัณโรคประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP). https://ntip-ddc.moph.go.th/ สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567.
8. พีระพัชร ไทยสยาม. การดำเนินงานค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2565. 8(2) : 11 -19.
9. ปิยะวดี ฉาไธสง, เสาวลักษณ์ อภิสุข, กัญญลักษณ์ ทองนุ่ม, วรุณยุพา สกล, สมคิด เกิดแก่น, มานพ เทพสุภา, ศรีสุดา สมัดชัย และอุไรพร แสงมณี.การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2561, 11(1): 1-7.
10. พิชิต แสนเสนา และสมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565; 4(2): 665 – 673.
11. Stufflebeam, D.L. (1981). Educational Evaluation and Decision Making. Illinois: Peacock.
12. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม, พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552.
13. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.(2549). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6; กรุงเทพฯ : จามจุรี. 2549.
14. สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธ์. รูปแบบการควบคุมวัณโรคในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26(2): 571-78.
15. เครือวัลย์ ดิษเจริญ.(2557). การค้นหารายป่วยวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครงานวัณโรค อำเภอเสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
16. ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร, บุญทนากร พรมภักดี, จุลจิลา หินจำปา, คณยศ ชัยอาจ และกิตติศักดิ์ สีสด. รูปแบบการพัฒนาพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า แบบบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโมเดลเชิงตรรกะตามนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.): องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพลอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 2563. 27(3): 111-132.
17. อนงค์ บังกระโทก, เหรียญทอง สิทธิ และตระกูลไทย ฉายแม้น. รูปแบบการประเมินผลการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคในพื้นที่จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 361-369.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

Effects of the program to develop self-management behavior for patients taking warfarin in Phra Yuen hospital Khon Kaen province

(Received: October 9,2024 ; Revised: October 13,2024 ; Accepted: October 14,2024)

อาทิตยา ศิริคะเณรัตน์[1] นิรชา สมยา[1] อนุสรา นามสง่า[2]
Artitaya Sirikhanerath[1] Niracha Somya[1] Anootsara Namsanga[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม ดำเนินการวิจัยในเดือนมิถุนายน 2567 ถึงกันยายน 2567 โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงคือผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ที่คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบทดสอบความรู้การใช้ยาวาร์ฟาริน แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ และแบบบันทึกประวัติการได้รับยาวาร์ฟาริน ผลการเจาะเลือดผู้ป่วย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การใช้ยาวาร์ฟาริน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม โดยใช้สถิติ t-test (Paired samples) และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ที่มีระดับค่าไอ เอ็น อาร์ อยู่ในช่วงตามเป้าหมายการรักษา ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้สถิติ χ^2–test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) 2) หลังจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) 2.0 – 3.0 ตามเป้าหมายการรักษา ร้อยละ 88.89 เพิ่มขึ้นจากก่อนการจัดโปรแกรมร้อยละ 30.56 และมากกว่าก่อนจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม, การจัดการตนเอง, ยาวาร์ฟาริน

Abstract

This research aimed to study and compare, results of self-management behavior development program for patients taking warfarin in Phra Yuen hospital Khon Kaen province, before and after organizing a self-management behavior development program. The research was conducted from June 2024 to September 2024, using quasi-experimental research (the one-group pretest-posttest design). The purposively selected sample consisted of 36 patients taking warfarin at the warfarin clinic, Phra Yuen hospital, year 2024. The research tools were a self-management behavior development program, a warfarin knowledge test, a behavioral questionnaire for following the doctor's treatment plan, a warfarin history record, and a record form results of the patient's blood draw. Statistical analysis involved frequency, percentage, mean ($\overline{X}$), standard deviation (S.D.). Comparative analysis of average score of knowledge on the use of warfarin, the average score of behavior according to the doctor's treatment plan, of the sample group, before and after organizing the program using t-test statistics (Paired samples),

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

[2] เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

and compared the proportion of patients taking warfarin with INR levels within the treatment target range, of the sample group, before and after organizing the program, using χ^2–test.

The research found that: 1) After organizing a program, the sample group had average score of knowledge on the use of warfarin, and the average score of behavior according to the doctor's treatment plan, were higher than before the program was organized, statistically significant ($p< 0.05$). 2) After organizing the health behavior development program, the sample group had an INR level of 2.0 - 3.0 according to the treatment target range, 88.89%, increased from 30.56% before the program, and significantly higher than before the program was organized. Statistically ($p< 0.05$).

Keyword : Behavior Development Program, Self-management Behavior, Warfarin

บทนำ

ยาวาร์ฟาริน (Warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (Oral anticoagulant) มีข้อบ่งใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation: AF) ผู้ป่วยลิ้นหัวใจผิดปกติ (Valvular hear disease) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Prosthetic heart valve) และป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) ในการป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism) ภาวะหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน (Pulmonary embolism) ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง (Stroke) เนื่องจากยาวาร์ฟาริน เป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบมีคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ซับซ้อน และมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อติดตามทั้งประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยา[1]

การให้ความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน ทำให้ระดับ International normalized ratio (INR) เข้าสู่เป้าหมายเพิ่มขึ้น ลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ความเห็นว่า กระบวนการแรกที่สำคัญในการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาตัวอย่าง เช่น สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ได้แนะนำบุคลากรทางการแพทย์ ให้ความรู้อย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดพร้อมเสนอแนะหัวข้อที่ควรให้ความรู้ในหน่วยงาน American college of chest physician (ACCP) ก็แนะนำให้ความรู้อย่างเข้มข้นแก่ผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด[2]

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายและให้ความสำคัญ ในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่มีอัตราการตายสูง ทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเข้าถึงการให้บริการทันเวลา และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่อย่างคุ้มค่าและเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละระดับหน่วยบริการ โดยกำหนดแนวทางการจัดทำเครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI & Warfarin) ซึ่งโรงพยาบาลพระยืนมีกลุ่มผู้ป่วยทั้งโรค STEMI และผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในความรับผิดชอบ จึงเข้าร่วมโครงการร่วมเป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว

โรงพยาบาลพระยืน ได้จัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินขึ้นโดยมีผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ในปีงบประมาณ 2565-2567 จำนวน 69 คน, 80 คน และ 87 คน และ ในปีงบประมาณ 2567 ยังมีผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน จำนวน 87 คน จำแนกเป็นผู้ป่วย AF paroxysmal จำนวน 33 คน ผู้ป่วย AF ที่มีโรคร่วม VHD, CAD, DCM, Stroke จำนวน 45 คน และ Valve replacement (ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ) จำนวน 9 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้ติดตามประวัติ

ของผู้ป่วยย้อนหลังจากแบบบันทึกการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง คือผู้ป่วย AF paroxysmal และผู้ป่วย AF ที่มีโรคร่วม VHD, CAD, DCM, Stroke จำนวน 78 คน มี 38 คนที่มีค่า INR 1.3-1.8 ต่ำกว่าช่วงเป้าหมายการรักษา (ค่าเป้าหมาย 2.0-3.0) และผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมทั้ง 9 คน มี 4 คน ที่มีค่า INR 4.5-7 มากกว่าช่วงเป้าหมายการรักษา (ค่าเป้าหมาย 2.5-3.5) (โรงพยาบาลพระยืน, 2566) ค่า INR ในคนปกติที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินจะมีค่าประมาณ 0.9 ถึง 1.1 แต่ในผู้ที่ใช้ยาวาร์ฟารินช่วงค่า INR ที่มีประโยชน์ควรอยู่ในช่วง 2.0 – 3.0 แต่ถ้าใช้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ใช้ INR ช่วง 2.5 – 3.5 ซึ่งช่วงการรักษาเหล่านี้ได้มาจากผลการวิจัยทางคลินิกที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง จากการสำรวจข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบางคนยังรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานผักใบเขียวเป็นประจำ ซึ่งเป็นผักสีเขียวมีวิตามินเคสูงลดฤทธิ์การทำงานของยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยบางคนรับประทานอาหารเสริม ที่มีส่วนผสมของถั่วเหลืองและคลอโรฟิลอัดเม็ด ที่มีผลลดฤทธิ์ยาวาร์ฟาริน และบางคนมีการรับประทานเครื่องดื่มชูกำลัง ผลไม้ ทุเรียน มะม่วงสุก ก่อนมาตรวจตามนัด ทำให้มีผลต่อการเพิ่มฤทธิ์ยาวาร์ฟาริน ด้านการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยบางคนลืมรับประทานยา และรับประทานยาไม่ถูกขนาด รับประทานยาไม่ตรงเวลา มีผลทำให้การออกฤทธิ์ไม่สม่ำเสมอ ด้านการปฏิบัติตัว พบว่าผู้ป่วย 2 ราย ยังมีการดื่มสุราและ 3 รายสูบบุหรี่ และผู้ป่วยจำนวน 40 คน ถึงแม้มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาแต่ก็ยังพบว่าขาดความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น เมื่อมีบาดแผลไม่ทราบวิธีดูแลตนเอง มีรอยฟกช้ำจากการบีบนวดที่รุนแรง[3] โรงพยาบาลพระยืนได้ตระหนักถึงปัญหาผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันในการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วย มีความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ด้านอาหาร ด้านยา และด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันเลือดออก การหยุดเลือดด้วยตนเอง และประเมินตนเองเมื่อมีเลือดออก นำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ และระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) อยู่ในช่วงการรักษา ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยรับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยรับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยรับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น มีร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) ศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2567 - กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ปี 2567 ทั้งหมดจำนวน 87 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินจำนวน 36 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อ ที่ขึ้นทะเบียนรับยาที่คลินิกวาร์ฟาริน สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟาริน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ข้อละ 1 คะแนน(ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน 2) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ 3) แบบบันทึกผู้ป่วยขณะมาพบแพทย์ บันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย และ 4) แบบบันทึกประวัติการได้รับยา Warfarin และผลการเจาะเลือดผู้ป่วย บันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

2. แบบทดสอบความรู้การใช้ยาวาร์ฟาริน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ทดลองใช้ (Try out) ที่โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ได้ค่าความยากรายข้ออยู่ระหว่าง 0.24 - 0.78 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.34 - 0.76 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.24 - 0.71 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

4. แบบบันทึกผู้ป่วยขณะมาพบแพทย์ และแบบบันทึกประวัติการได้รับยา Warfarin และผลการเจาะเลือดผู้ป่วย ที่คลินิกวาร์ฟาริน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 1 คน เภสัชกร 1 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมิถุนายน 2567 - กันยายน 2567 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟาริน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม โดยใช้สถิติ t-test (Paired Sample)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับค่า INR อยู่ในช่วงการรักษา ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม โดยใช้สถิติ χ^2-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจังหวัดขอนแก่น เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายเลขโครงการวิจัย REC 031/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ และระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) ผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เพศหญิง ร้อยละ 58.33 อายุ 60-75 ปี ร้อยละ 52.78 และ 40-59 ปี ร้อยละ 41.67 สถานภาพสมรส สถานภาพคู่ ร้อยละ 88.89 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าอนุปริญญา ร้อยละ 47.22 ระดับอนุปริญญา ร้อยละ 41.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.56 และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.56 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.00 มีรายได้ 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 41.67 ความเพียงพอของรายได้ ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 36.11 พอใช้จ่าย ร้อยละ 30.56 ระยะเวลาที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 58.33 และ 1-5 ปี ร้อยละ 41.67 มีโรคประจำตัว atrial fibrillation ร้อยละ 38.88, valvular heart disease ร้อยละ 25.00, stroke ร้อยละ 22.00 pulmonary embolism ร้อยละ 5.56 arterial septal defect ร้อยละ 5.56 และ post mechanical valve replacement ร้อยละ 2.78 การมีผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีผู้ดูแลร้อยละ 91.67 ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่เคย/ เคยสูบ ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 94.44 และ ประวัติการดื่มสุรา ไม่เคย/ เคยดื่ม ปัจจุบันเลิกดื่มสุราแล้ว ร้อยละ 97.22

1.2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนจัดโปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.33 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 12.75, S.D.= 1.65) หลังจัดโปรแกรม มีความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 88.89 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.11 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 17.14, S.D.= 1.17)

1.3 ระดับและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนจัดโปรแกรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ อยู่ในระดับปลานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 52.78 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 47.22 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 2.40, S.D.= 0.39) หลังจัดโปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 83.33 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.67 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.88, S.D.= 0.53)

1.4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับค่า INR ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) ผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินที่คลินิกวาร์ฟาริน พบว่า ก่อนจัดโปรแกรม ผู้ป่วยมีระดับ ค่า INR 2.0 – 3.0 ตามเป้าหมายมากที่สุด ร้อยละ 58.33 รองลงมา คือ ค่า INR 3.1 – 5.0 ร้อยละ 25.00 และ ค่า INR < 2.0 ร้อยละ 16.67 หลังจัดโปรแกรม ผู้ป่วยมีระดับ ค่า INR 2.0 – 3.0 ตามเป้าหมายมากที่สุด ร้อยละ 88.89 รองลงมา คือ ค่า INR 3.1 – 5.0 ร้อยละ 8.33 และ ค่า INR < 2.0 ร้อยละ 2.78

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ และร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) อยู่ในช่วงการรักษา ของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ ของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ ของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n = 36)

ตัวแปร	ก่อนจัดโปรแกรม		หลังจัดโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟาริน	12.75	1.65	17.14	1.17	21.91	0.00*
2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	2.40	0.39	3.88	0.53	17.97	0.00*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ ของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังจัดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ สูงกว่าก่อนจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p< 0.05$)

2.2 ผลการเปรียบเทียบร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) อยู่ในช่วงการรักษาก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) ผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินที่คลินิกวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n=36)

ตัวแปร	ก่อนจัดโปรแกรม		หลังจัดโปรแกรม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ระดับ ค่า INR ตามเป้าหมาย (2.0 – 3.0)	21	58.33	32	88.89	6.30	.05*
2. ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (< 2.0 หรือ 3.1 – 5.0)	15	41.67	4	11.11		

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) ผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินที่คลินิกวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังจัดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) ตามเป้าหมาย มากกว่าก่อนจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ก่อนการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.33 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 12.75, S.D.= 1.65) แต่หลังจัดโปรแกรม มีความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.89 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 17.14, S.D.= 1.17) หลังการจัดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้รับโปรแกรม โดยเริ่มจาก การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสัปดาห์แรกและในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคโรคหัวใจ โรคที่ต้องได้รับยาวาร์ฟารินและการรักษา เน้นเรื่องความรู้พื้นฐานของการแข็งตัวของเลือด ลักษณะของระบบการแข็งตัวของเลือดปกติกับการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกและลิ่ม

เลือดอุดตัน และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ด้วยวิธีการบรรยายและ ดูวิดีทัศน์ สัปดาห์ที่ 3 การใช้ยาวาร์ฟารินในการรักษา เรื่องยาวาร์ฟาริน กลไกการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ประโยชน์ของการใช้ยาวาร์ฟาริน และความเสี่ยงของการใช้ยาวาร์ฟาริน ด้วยวิธีการบรรยายและ ดูวิดีทัศน์ สัปดาห์ที่ 4 อันตรกริยาระหว่างยาอื่นกับยาวาร์ฟาริน เรื่องยาที่เสริมฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ยาที่ลดฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ด้วยวิธีการบรรยาย ดูตัวอย่างยาจริง และดูวิดีทัศน์ สัปดาห์ที่ 5 การรับประทานอาหาร ในเรื่องอาหารที่เสริมฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน และอาหารที่ลดฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน อาหาร เครื่องดื่มต่างๆที่ส่งผลต่อค่า INR ที่ทำให้ค่าต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมาย 2.0 – 3.0) หรือสูงกว่าค่าเป้าหมาย เน้นย้ำถ้าค่า INR ในแต่ละรอบที่มาพบแพทย์ มีค่าต่ำกว่าค่าเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดก้อนเลือดอุดตันได้ หรือถ้าค่า INR สูงกว่าค่าเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออก ด้วยวิธีการบรรยาย นำเสนอเพาเวอร์พ้อย และดูวิดีทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ จดจำเนื้อหาเพื่อให้เกิดการดูแลตัวเองตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างหลังจัดโปรแกรม มีความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.89 สอดคล้องกับการศึกษาของของ วิทยา วิริยะมนต์ชัย[4] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคะแนนความรู้ในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 15.93 ± 2.583 เป็น 19.83 ± 0.526 (P< 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรีย์ ทองเจิม และจิราภรณ์ อินแก้ว[5] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่า ผลของการจัดการรายกรณี ระดับความรู้หลังการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินสูงกว่าก่อนการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรส ลีลาศ[6] ได้ศึกษาผลการบริบาลเภสัชภรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ศึกษาผลการบริบาลเภสัชกรรมต่อระดับ INR, ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา DRPs ที่คลินิกวาร์ฟาริน รพ.สิรินธร พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวการใช้ยา warfarin เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากการให้คำปรึกษาจาก 5.11 ± 1.71 เป็น 5.62 ± 1.52, P<0.024 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ติยารัตน์ ภูติยา[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติตัว ผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value< 0.05)

2. ระดับและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนจัดโปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.78 อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 47.22 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 2.40, S.D.= 0.39) หลังจัดโปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.33 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.88, S.D.= 0.53) หลังการจัดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสนใจในเนื้อหา ความรู้ และนำไปปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และในโปรแกรมมีการปฏิบัติการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 6 การเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่อง เมื่อใดควรติดต่อสอบถามแพทย์ เมื่อใดควรเข้ารับบริการแบบเร่งด่วน และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ใช้วิธีการบรรยาย ดูวิดีทัศน์ สัปดาห์ที่ 7 การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในเรื่องข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ INR ช่วงของ INR ที่ให้ผลในการรักษา ผล INR ล่าสุด การแปลผลค่า INR และความถี่ในการตรวจ INR ใช้วิธีการ

บรรยาย นำเสนอเพาเวอร์พ้อย และดูวิดีทัศน์ สัปดาห์ที่ 8 การดูแลตนเองและการตรวจสอบด้วยตนเอง ในเรื่องการจัดการหากบาดเจ็บและกิจกรรมที่ห้าม อาการแสดงของการเกิดเลือดออก อาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การจัดการหากมีเลือดออกเล็กน้อย การงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา และสถานการณ์พิเศษ เช่น เจ็บป่วย เดินทาง ตั้งครรภ์ การผ่าตัด ใช้วิธีการบรรยาย นำเสนอเพาเวอร์พ้อย และดูวิดีทัศน์ สัปดาห์ที่ 9-11 ผู้วิจัยโทรสอบถามการดูแลตนเองและการตรวจสอบด้วยตนเอง ในเรื่องอาการทั่วไป การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ อาการข้างเคียงของยา และการงดบุหรี่ สุรา ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์หลังจัดโปรแกรม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.33 และสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) สอดกับการศึกษาของนุชรีย์ ทองเจิม และ จิราภรณ์ อินแก้ว[5] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ติยารัตน์ ภูติยา[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติตัว ผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจต่อการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัย บุญเรือน[8] ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน แรงจูงใจและ INR ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อน

3. ระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) ผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินที่คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) ผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินที่คลินิกวาร์ฟาริน พบว่า ก่อนจัดโปรแกรม ผู้ป่วยมีระดับ ค่า INR 2.0 – 3.0 ตามเป้าหมาย ร้อยละ 58.33 มีค่า INR 3.1 – 5.0 ร้อยละ 25.00 และ ค่า INR < 2.0 ร้อยละ 16.67 หลังจัดโปรแกรม ผู้ป่วยมีระดับ ค่า INR 2.0 – 3.0 ตามเป้าหมาย ร้อยละ 88.89 รองลงมา คือ ค่า INR 3.1 – 5.0 ร้อยละ 8.33 และ ค่า INR < 2.0 ร้อยละ 2.78 หลังจัดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าไอ เอ็น อาร์ (INR) ตามเป้าหมาย มากกว่าก่อนจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทำให้มีความรู้ในระดับสูงและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับ ค่า INR 2.0 – 3.0 ตามเป้าหมายการรักษา ร้อยละ 88.89 เพิ่มขึ้นจากก่อนการจัดโปรแกรม ร้อยละ 30.56 สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา บุตรจันทร์, สงครามชัย ลีทองดี และ รับขวัญ เชื้อลี[9] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีวัดความแข็งตัวของเลือด หรือ INR อยู่ในช่วงปกติ (Therapeutic Range) เพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 41.67 เป็น 51.28 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา วิริยะมนต์ชัย[4] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคะแนนความรู้ในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 15.93 ± 2.583 เป็น 19.83 ± 0.526 (P < 0.001) สัดส่วนจำนวนครั้งของค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมาย

ของการรักษาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 40.68 เป็นร้อยละ 52.15 สัดส่วนการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติลดลงจาก ร้อยละ 2.26 เป็น ร้อยละ 0.61 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรส ลีลาศ[6] ได้ศึกษาผลการบริบาลเภสัชภรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบริบาลเภสัชกรรมต่อระดับ INR, ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาDRPs ที่คลินิกวาร์ฟาริน รพ.สิรินธร พบว่า ผลลัพธ์ ค่า INR ที่อยู่ในระดับเป้าหมายหลังการให้คำปรึกษา (53.2%) สูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษา (21.3%) อย่างมีนัยสำคัญ, P<0.03 บทสรุป การบริบาลเภสัชกรรมช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายหลังการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หลังจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับและคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) ดังนั้น จึงควรเสนอให้มีการใช้โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างต่อเนื่อง

1.2 หลังจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับค่าไอเอ็น อาร์ (INR) ผู้ป่วยมีระดับ ค่า INR 2.0 – 3.0 ตามเป้าหมายการรักษา ร้อยละ 88.89 เพิ่มขึ้นจากก่อนการจัดโปรแกรม ร้อยละ 30.56 และมากกว่าก่อนจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) ดังนั้น จึงควรเสนอให้มีการใช้แนวทางดังกล่าว ในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในค่าเป้าหมายได้ ในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

2.2 ควรมีการศึกษาโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐาน เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยที่คลินกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติที่ดี เรื่อง การบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน. กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. พรศิริ อุดมเดชาณัติ. การพัฒนาแบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ณ โรงพยาบาลปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
3. โรงพยาบาลพระยืน. สรุปผลการดำเนินงานคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระยืน ปี 2566. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระยืน; 2566.
4. วิทยา วิริยะมนต์ชัย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐาน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563; 10(1): 118-131.
5. นุชรีย์ ทองเจิม และ จิราภรณ์ อินแก้ว. ประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่. วารสารกระบี่เวชสาร 2564; 4(1): 47-55.
6. สุวรส ลีลาศ. ผลการบริบาลเภสัชภรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2564; 6(2): 81-85.
7. ติยารัตน์ ภูติยา. การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2566; 12(1): 58-69.

8. อุทัย บุญเรือน. ผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2565. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566; 8(1): 229-238.
9. รุจิรา บุตรจันทร์, สงครามชัย ลีทองดี และรับขวัญ เชื้อลี. การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2562; 8(1): 39-55.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

Development of nursing practice guidelines for diabetic patients with hypoglycemia at Tha Uthen hospital, Nakhon Phanom province.

(Received: October 9,2024 ; Revised: October 13,2024 ; Accepted: October 14,2024)

จินตนา อินทรักษา[1]
Jintana Intarugsa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม - กันยายน 2567 คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทนด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบบันทึกติดตามผลการพยาบาล แบบประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แบบบันทึกการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติกับเกณฑ์ที่คาดหวัง 4.00 คะแนน (ร้อยละ 80) โดยใช้สถิติ t-test (One samples) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ประกอบด้วย (1) การประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (2) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (3) การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และ (4) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและให้ความรู้ 2) หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า ไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 96.87 3) หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.78, S.D.= 0.21) ร้อยละ 93.33 และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ สูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$)

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, โรคเบาหวาน

Abstract

This study aimed to develop of nursing practice guidelines for diabetic patients with hypoglycemia at Tha Uthen hospital, Nakhon Phanom province, using action research. Conducted from March to September 2024. participants were selected by purposive sampling, consisted of two groups: 1) a group of practice guideline developers, including 1 physician, 1 pharmacist, 1 medical technologist, and 15 professional nurses; and 2) a group of 32 diabetic patients with hypoglycemia. The instruments for data collection included: personal data records of diabetic patients, nursing follow-up records focusing, an assessment form for hypoglycemia causes and risk factors, blood glucose monitoring records, patient readiness for discharge assessment, and a questionnaire on opinions toward the nursing practice guidelines for diabetic patients with hypoglycemia. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. compare the nurses' average

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

opinion scores on the effectiveness of the developed nursing practice guidelines against the expected criterion of 4.00 points (80%) with t-test (one-sample). Qualitative data were analyzed through content analysis.

The research found that: 1) The set of nursing practice guidelines for diabetic patients with hypoglycemia was developed, including (1) assessment of hypoglycemia causes and risk factors, (2) blood glucose monitoring, (3) hypoglycemia management, and (4) patient readiness for discharge and education. 2) After implementing the nursing practice guidelines, 96.87% of patients did not experience recurrent hypoglycemia or require readmission. 3) Nurses' average opinion scores on the effectiveness of the guidelines were high ($\overline{X}$ = 2.78, S.D. = 0.21), representing 93.33%, and average score was significantly higher than the expected criterion ($p < 0.05$).

Keyword: Nursing Practice Guidelines, Hypoglycemia, Diabetic Patients.

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน หรือร้อยละ 10.5 ของประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 20-79 ปี) และคาดการณ์ว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 ผู้ใหญ่ 1 ใน 8 คน หรือประมาณ 783 ล้านคน จะเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเพิ่มขึ้น ร้อยละ 46 นอกจากนี้โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานประเภท 2 ซึ่งเกิดจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ประชากร สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้โรคเบาหวานประเภท 2 เพิ่มขึ้น ได้แก่ การขยายตัวของเมือง ประชากรสูงอายุ ระดับการออกกำลังกายลดลง

อัตราการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้น[1] จากรายงานสถิติสาธารณสุข ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 1.5 แสนคน ในปี 2566 ประชากรจำนวน 61,671,720 คน พบป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 304,668 คน อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร 494.02 เขตสุขภาพที่ 8 มีประชากรจำนวน 5,500,854 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 28,076 คน อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร 510.39[2] จังหวัดนครพนมมีประชากรจำนวน 716,647 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 3,353 คน อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร 467.87 อำเภอท่าอุเทน มีประชากรจำนวน 59,559 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 276 คน อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร 463.41 ปี 2566 ผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอท่าอุเทน ทั้งหมด จำนวน 2,786 คน ได้รับการตรวจ HbA1C จำนวน 2,185 คิดเป็นร้อยละ 78.43 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 544 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.53[3] นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[4]

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางคลินิก ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 3-29 ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ความเจ็บป่วยวิกฤต ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคตับ ได้รับยาอินซูลินหรือยากระตุ้นการหลั่งอินซูลิน[5] ปรับเปลี่ยนอาหารที่ทำให้ปริมาณคาร์โบไฮเดรตลดลง งดอาหาร ปรับลดขนาดยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็ว ปรับลดสารน้ำที่มีเดกซ์โตรสทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือเบื่ออาหาร เป็นต้น[6] ในรายที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่รุนแรงจะทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย หรือรบกวนการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน[7] แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีอาจนำไปสู่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำถึงขั้นรุนแรงทำให้เกิดอันตราย ได้แก่ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เซลล์สมองตาย สมองทำงาน บกพร่องอย่างถาวร เกิดความพิการ และเสียชีวิต นอกจากนี้การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำยัง สัมพันธ์กับระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตถึง 3 เท่า

โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสะท้อนได้จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาย้อนหลัง 3 ปี คือ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีจำนวน 2,542 2,687 และ 2,786 คน ตามลำดับ รายงานภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทน ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีจำนวน 70 คน (ร้อยละ 2.75), 69 คน (ร้อยละ 2.57) และ 91 คน (ร้อยละ 3.27) ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทน ส่วนใหญ่มาด้วยอาการสำคัญคือมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวน 91 คน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำจำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.89) ในจำนวนนี้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (น้ำตาลจากปลายนิ้วหรือ Capillary blood glucose (CBG) น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จำนวน 3 คน และ ไม่รุนแรง (CBG เท่ากับ 40-70 มิลลิกรัมต่อเคซิลิตร) จำนวน 6 คน ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำจำนวน 1-3 ครั้ง โดยเกิดซ้ำ 1 ครั้งจำนวน 5 คน เกิดซ้ำ 2 ครั้ง จำนวน 3 คน เกิดซ้ำ 3 ครั้งจำนวน 1 คน ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ วิงเวียน เหนื่อยอ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็วสับสน และผู้ป่วยจำนวน 2 คนมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นหมดสติซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น และมีผลต่อระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำมีระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เฉลี่ย 5.7 วัน ต่ำสุด 4 วัน และสูงสุด 12 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำที่มีระยะเวลาเฉลี่ย 3.8 วัน นอกจากนี้ยังพบปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการจำหน่าย[8]

จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลท่าอุเทน จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติโดยจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รับรักษาตามอาการจนกระทั่งระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น จึงส่งตัวผู้ป่วยมายังหอผู้ป่วยในรับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อ เพื่อสังเกตุอาการหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ในหอผู้ป่วยในแรกรับผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินของกอร์ดอนในภาพรวม และเพิ่มการประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วย ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ พยาบาลจะติดตามระดับน้ำตาลในเลือดโดยเจาะ CBG ที่เวลา 1 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายพยาบาลจะเจาะ CBG ก่อนอาหาร 3 มื้อ และก่อนนอนอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จึงรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป ในการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดหน้าที่การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และรายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อช่วยลดระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ และผู้วิจัยเชื่อว่าผลของการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทำให้หน่วยงานได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาตั้งแต่เดือน มีนาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีรายละเอียดผู้ร่วมการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ แพทย์ 1คน เภสัชกร 1 คน เทคนิคการแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวน 15 คน รวมทั้งหมดจำนวน 18 คน สมัครใจเข้าร่วมและสามารถร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 32 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทนด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2567 ถึงกันยายน 2567

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกและศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติ โดยการทบทวนเวชระเบียน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน

2. ทบทวนงานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ เพื่อวางแผนการดำเนินงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1. ทีมสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ 1คน เภสัชกร 1 คน เทคนิคการแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวน 15 คน ประชุมระดมสมองทีมสหวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วย พร้อมกับนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการค้นหาปัญหาในระยะที่ 1 เพื่อประกอบในการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. อบรมแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ได้จากการระดมสมองของทีมสหวิชาชีพและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1. ประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Recurrent hypoglycemia) ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay) การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Readmission with hypoglycemia)

2. ประเมินผลความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ของพยาบาลวิชาชีพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ แบบประเมินสาเหตุและปัจจัยสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 9 ข้อ แบบบันทึกการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.32 - 0.78 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.90

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.35 - 0.76 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจังหวัดนครพนม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย REC 038/66

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์เชิงกระบวน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ประกอบด้วย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม สถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า มีจำนวน 2,542 2,687 และ 2,786 คน ตามลำดับ รายงานภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทน ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีจำนวน 70 คน (ร้อยละ 2.75), 69 คน (ร้อยละ 2.57) และ 91 คน (ร้อยละ 3.27) ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทน ส่วนใหญ่มาด้วยอาการสำคัญคือมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวน 91 คน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.89) ในจำนวนนี้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (น้ำตาลจากปลายนิ้วหรือ Capillary blood glucose (CBG) น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จำนวน 3 คน และ ไม่รุนแรง (CBG เท่ากับ 40-70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จำนวน 6 คน ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำจำนวน 1-3 ครั้ง โดยเกิดซ้ำ 1 ครั้ง จำนวน 5 คน เกิดซ้ำ 2 ครั้ง จำนวน 3 คน เกิดซ้ำ 3 ครั้ง จำนวน 1 คน ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ วิงเวียน เหนื่อยอ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็วสับสน และผู้ป่วย จำนวน 2 คน มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นหมดสติซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น และมีผลต่อระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ มีระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 5.7 วัน ต่ำสุด 4 วัน และสูงสุด 12 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำที่มีระยะเวลาเฉลี่ย 3.8 วัน จากแนวปฏิบัติเดิมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในหอผู้ป่วยในพบว่าเมื่อแรกรับผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินของกอร์ดอนในภาพรวม แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยบางรายมีการเร่งรีบจะกลับบ้านทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา ส่วนรายละเอียดของเนื้อหาขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคนที่มีความรู้และมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ในขณะที่หน่วยงานยังขาดแนวทางสำหรับให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังไม่ได้รับการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.1 เมื่อพบ CBG ≤70mg/dl ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1.1 ให้กินอาหารมื้อหลักทันที ถ้าต้องรออาหารมื้อหลักนานเกิน1 ชั่วโมง ให้กินอาหารว่างที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัมและโปรตีน เช่น นมถั่วเหลือง 1 แก้ว เป็นต้น

2.1.2 เจาะ CBG เป็นระยะๆ เช่น ทุก 15-30 นาที จนกระทั่งได้ตามเป้าหมาย

2.1.3 หลังจาก CBG ได้ตามเป้าหมายปฏิบัติดังนี้ 1) สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น รู้สึกหิวเหงื่อออก และ

มือสั่น เป็นต้น 2) เจาะ CBG ดังนี้ ผู้ป่วยที่สามารถกินอาหารได้ ให้เจาะ CBG ก่อนอาหาร 3 มื้อ และก่อนนอน ส่วนผู้ป่วยที่งดอาหารและน้ำให้เจาะ CBG ทุก 4-6 ชั่วโมง 3) ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4-6 ชั่วโมง 4) ให้ความรู้ เรื่อง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.1.4 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและทบทวนความรู้ก่อนจำหน่าย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพศหญิง ร้อยละ 59.37 เพศชาย ร้อยละ 40.63 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.00 สถานภาพคู่ ร้อยละ 59.37 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.26 รายได้ต่อเดือน 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 37.50 และ การมีผู้ดูแล ร้อยละ 84.38 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.25 น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.75 การรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบัน ยารับประทาน ร้อยละ 62.50 ยาฉีด ร้อยละ 28.13 และยารับประทานร่วมกับยาฉีด ร้อยละ 9.37 มีโรคร่วม ร้อยละ 71.87 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 52.18 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.09 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกรับ ไม่รุนแรง (40-70 มก./ดล.) ร้อยละ 84.37 และรุนแรง (ต่ำกว่า 40 มก./ดล.) ร้อยละ 15.63 โรคแทรกซ้อนเฉียบพลันขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 71.87 และมีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 28.13 ส่วนใหญ่ Acute gastroenteritis ร้อยละ 55.56

2. ผลการประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า 1) เกิดได้รับยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 37.50 2) กินอาหารได้น้อยลงกว่าปกติ ร้อยละ 21.87 3) มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือเบื่ออาหาร ร้อยละ 18.75 4) การได้รับยาอื่นๆที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น Cibenzolin, Gatifloxacin, Indomethacin , Glucagon เป็นต้น ร้อยละ 12.50 5) มีประวัติเคยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างน้อย 1 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 6.25 และ 6)ได้รับยาเม็ดลดน้ำตาลประเภทซัลโฟนิลยูเรีย ร้อยละ 3.13

3. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่า ไม่มีการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำขณะอยู่ รพ. ร้อยละ 90.63 และมีการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ร้อยละ 9.37 ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1- 2 วัน มากที่สุด ร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ 3-4 วัน ร้อยละ 34.38 และ5 วันขึ้นไป ร้อยละ 9.37 การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า ไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 96.87 และ มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 3.13

4. ผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย ได้แก่ ชนิดและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่ายและความรู้เกี่ยวกับยา การมาพบแพทย์ตามวันนัด และการเตรียมตัวก่อนมาพบแพทย์ และความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ประกอบด้วย ความหมายของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลกระทบของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิธีแก้ไขเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้าน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 100

5. ผลประเมินผลความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ของพยาบาลวิชาชีพ

5.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าอุเทน เมื่อจำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การเคยได้รับความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ พบว่า อายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 26.67 เป็นเพศหญิง มากที่สุด ร้อยละ 93.33 ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 86.67 รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.33 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ต่ำกว่า 11 ปี มากที่สุด ร้อยละ 46.67 รองลงมา 21-30 ปี ร้อยละ 33.33

5.2 ผลการประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 93.33 รองลงมาอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 6.67 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.78, S.D.= 0.21)

5.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ 2.40 คะแนน (ร้อยละ 80.00)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ (2.40 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00)

ตัวแปร	ค่าเกณฑ์	ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$)	S.D.	t	p-value
ประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล	2.40	2.78	0.21	7.11	0.00*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ 2.40 คะแนน (ร้อยละ 80.00) พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

1. อภิปรายผลเชิงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

จากการวิเคราะห์ผลเชิงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้ จำนวน 2,542 2,687 และ 2,786 คน เมื่อวิเคราะห์รายงานภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทน ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า มีจำนวน 70 คน (ร้อยละ 2.75), 69 คน (ร้อยละ 2.57) และ 91 คน (ร้อยละ 3.27) ตามลำดับ[3] จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทน ส่วนใหญ่มาด้วยอาการสำคัญคือมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวน 91 คน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.89) และมีผลต่อระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ มีระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เฉลี่ย 5.7 วัน ต่ำสุด 4 วัน และสูงสุด 12 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำที่มีระยะเวลาเฉลี่ย 3.8 วัน นอกจากนี้ยัง

พบปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลเหล่านี้ทำให้ทีมพยาบาลเห็นส่วนขาดที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติ ที่ยังไม่ครอบคลุม เช่น การประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และคนอื่นๆ[9] กำหนดไว้ และยังได้วิเคราะห์ ปัญหาก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย และจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย และนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ผลเชิงกระบวนการสู่การออกแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ ภูสระแก้ว[10] ที่ได้ศึกษารูปแบบการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน โดยได้วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาปัจจัยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ นำมาสร้างแบบคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน

2. อภิปรายผลเชิงผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.1 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.37 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.13 สถานภาพคู่ ร้อยละ 59.37 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.26 รายได้ต่อเดือน 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 40.00 และ การมีผู้ดูแลร้อยละ 84.38 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.25 น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.75 การรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบันยารับประทาน ร้อยละ 62.50 ยาฉีด ร้อยละ 28.13 และยารับประทานร่วมกับยาฉีด ร้อยละ9.37 มีโรคร่วม ร้อยละ 71.87 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 52.18 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.09 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกรับ ไม่รุนแรง (40-70 มก./ดล.) ร้อยละ 84.37 และรุนแรง (ต่ำกว่า 40 มก./ดล.) ร้อยละ 15.63 โรคแทรกซ้อนเฉียบพลันขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 28.13 ส่วนใหญ่ Acute gastroenteritis ร้อยละ 55.56 จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่นำแนวปฏิบัติไปใช้พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม เมื่อจำแนกรายโรค พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไตเรื้อรังมากที่สุดถึงร้อยละ 52.18 และเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.25 ร่วมกับการใช้ยาฉีดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้ในช่วงหลังเที่ยงคืน ผลการประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า การได้รับยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 37.50 ผู้ป่วยกินอาหารได้น้อยลงกว่าปกติ ร้อยละ 21.87 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือเบื่ออาหาร ร้อยละ 18.75 ได้รับยาอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 12.50 มีประวัติเคยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างน้อย 1 ครั้งในหนึ่ง สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 6.25 สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ ภูสระแก้ว[10] ที่ได้ศึกษารูปแบบการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับยาเบาหวานชนิดฉีด (OR= 75.20, %95CI=4.91-71.41) การไม่พกน้ำตาล ลูกอมหรือขนมหวานไว้ติดตัวเป็นประจำทุกครั้ง (OR= 13.89, %95C=- 1.92- 100.31) การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้านอย่างน้อยหนึ่งครั้งใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา(OR=8.833, %95CI= 2.58-30.20)

2.2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยใช้การบันทึกทางการพยาบาลการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำขณะอยู่ รพ. ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ พบว่า ไม่

มีการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 90.63 และมีการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ร้อยละ 9.37 ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1- 2 วัน ร้อยละ 56.25, 3-4 วัน ร้อยละ 34.38 และ 5 วันขึ้นไป ร้อยละ 9.37 การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า ไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 96.87 และ มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (1 ราย) ร้อยละ 3.13 ด้วยสาเหตุผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ จะเห็นได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทน จากการร่วมมือของทีมพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย จำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย ได้แก่ ชนิดและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่ายและความรู้เกี่ยวกับยา การมาพบแพทย์ตามวันนัด และการเตรียมตัวก่อนมาพบแพทย์ และความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ประกอบด้วย ความหมายของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลกระทบของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิธีแก้ไขเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้าน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่งผลให้การประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.33 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.78, S.D.= 0.21) เนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้จากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพแล้วนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลเป็นผู้ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าอุเทน จากการมีส่วนร่วมทั้งคิดและปฏิบัติ ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกที่ดี ใช้ง่าย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริมา มณีโรจน์, ธนัชพร ลาภจุติ, และกัญจนา ปุกคำ [11] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า ด้านผู้ให้บริการพยาบาลส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นต่อการนำแนวทางการดูแลไปใช้ว่ามีความเหมาะสม ง่าย ชัดเจน ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย และทุกรายเห็นว่ามีความประหยัด

สรุปได้ว่ารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้และทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยได้มีแนวปฏิบัติที่ดี มีมาตรฐานเดียวกันในการแก้ปัญหาดังกล่าว อันจะส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ได้แนวปฏิบัติที่ประกอบด้วย 1) การประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 3) การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และ 4) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและให้ความรู้ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อย่างต่อเนื่อง

1.2. หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า ไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 96.87 และ มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (1 ราย) ร้อยละ 3.13

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อย่างต่อเนื่อง

1.3 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า พยาบาลมีระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.33 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.78, S.D.= 0.21) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้เทียบกับเกณฑ์ 2.40 คะแนน (ร้อยละ 80.00) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$)

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 7 เดือน วิเคราะห์ปัญหานำสู่การสร้างแนวปฏิบัตินำมาใช้กับผู้ป่วยและเก็บข้อมูลประเมินผลหลังเสร็จสิ้นทันที ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะติดตามผล เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.2 ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ในการประเมินปัญหาและอุปสรรครายบุคคลในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและการดูแลตนเอง ร่วมทั้งการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่รวดเร็วเมื่อมีอาการ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. About diabetes: Facts & figures. [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 19]. Available from: https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.พ. 66]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดนครพนม. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.พ. 66]. เข้าถึงจาก: https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b.
4. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE). กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
5. Poosakaew, T., Kesssomboon, P. & Smith, J. Risk factor for hospitalization due to hypoglycemia in diabetic patients in Northeast Thailand. Journal of diabetes mellitus 2014;4,165-71.
6. Moghissi, E.S., Korytkowski, M.T., DiNardo, M., Einhorn, D., Hellman, R. & Hirsch, I.B. et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Glycemic Control. Diabetes Care 2013;32(6),S1119-31.
7. Green, A.J., Fox, K.M. & Grandy, S. Self-reported hypoglycemia and impact on quality of life and depression among adult with type 2 diabetes mellitus. Diabetes research and clinical practice 2012;96,313-18.
8. โรงพยาบาลท่าอุเทน. สรุปผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ปี 2564-2566. งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าอุเทน; 2566.
9. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด;2567.
10. เตือนใจ ภูสระแก้ว. รูปแบบการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยบาหวาน. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences 2565;3(1),12-25.
11. ศิริมา มณีโรจน์, ธนัชพร ลาภจุติ, และกัญจนา ปุกคำ. การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562;27(2),126-39.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Development of participatory of home health care model for palliative patients Of Phuwiang Hospital, Phuwiang District, Khon Kaen Province.

(Received: October 9,2024 ; Revised: October 13,2024 ; Accepted: October 14,2024)

อังคณา ศรีไสย[1] เพ็ญพักร์ ทองศรี[1]
Angkana Srisai[1] Penpak Thongsri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย จนท.รพ.สต ผู้นำชุมชน อสม. ในการทำ Focus group และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 218 คนในการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิด Focus group เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESAS) สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t test

ผลการศึกษา พบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 218 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.34 อายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี อาชีพทำไร่ทำนา ร้อยละ 38.53 ประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเป็นโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 32.57 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจนทันสมัย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการการวางแผนการรักษา 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและธรรมเนียมอีสาน 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหวิชาชีพ 8) การส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่ามีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 6.36$

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This research is participatory action research (PAR). Aim to develop and results of using participatory home health care model for palliative patients of Phuwiang Hospital, Phuwiang District, Khon Kaen Province. Sample group consisted was doctors, pharmacists, professional nurses, nutritionists, physical therapists, Thai traditional medicine doctors, staff of sub-district health promotion hospital, community leaders, and village health volunteers in a focus group, quantitative sample was palliative patients 218 people. Research tools was included qualitative instruments, including open-ended questions for focus groups, and quantitative tools including general data forms, home-based continuous care monitoring records, assessment of daily activities (ADL), patient self-help assessment forms (PPS), and pain severity assessment forms (ESAS). Statistics were percentages, standard deviations, and paired t test.

Results found of 218 people, most of whom were male (57.34%), aged between 60-70 years (38.53%) mostly liver cancer (32.57%). The development of the model 8 process as follows: 1) Training to enhance potential of terminal patient caregivers 2) Developing clear and up-to-date patient care guidelines 3) Managing patient's home environment 4) Involving patients and caregivers in treatment planning 5) Supporting home assistance devices 6) Home care according to Buddhist principles and Isan traditions 7) Caring for terminal patients by a multidisciplinary team 8)

[1] โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Promoting training in terminal patient care. Statistical difference test found mean score of pain intensity was significantly reduced at p <.05, t = 6.36.

Keywords: End of life Palliative care model, Home health care, Participatory health care

บทนำ

สาเหตุการตายอันดับต้นของประเทศไทย คือ โรคมะเร็ง แต่เนื่องจากการพัฒนาทางการแพทย์ มีการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่างๆ ให้มีชีวิตยาวนานมากขึ้น การยื้อความตายในผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนั้นสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตให้มีการดูแลแบบองค์รวม ปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคนจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแล โดยส่วนมาก พบ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 39.42 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.28 โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 11.32 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.46 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.60 ผู้ป่วย จากการสำรวจขององค์กรอนามัยโลกพบว่า โดยประมาณ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมดยังคงต้องการได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม[1] ในประเทศไทยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยประคับประครองระยะสุดท้ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยระยะท้าย ขณะเดียวกันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งและโรคทางหลอดเลือดเพิ่มสูง จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2565 มีจำนวน 98.65 ต่อแสนประชากร เป็น 110.72 ต่อแสนประชาชนในปี 2566 ขณะที่โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 3.73 ต่อแสนประชากรในปี 2565 เป็น 48.72 ต่อแสนประชากรในปี 2569

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ระบบบริการดูแลระยะสุดท้าย เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายและในปีงบประมาณ 2563 ทาง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาคส่วนอื่นๆ จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในด้านการดูแลแบบประคับประคองและสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา 12 ทุกสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยส่วนมากจะพบปัญหา อาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และไม่สามารถทนกับความเจ็บปวดในระดับต้นและรุนแรงได้[2] การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการดูแลการเจ็บป่วยทางกาย การดูแลจิตใจ การดูแลทางสังคม และจิตวิญญาณ โดยบูรณาการเริ่มการรักษาตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[3]

โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 60 เตียง พบปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากขาดคณะทำงานเฉพาะ ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการบริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความสม่ำเสมอระยะเวลาการเยี่ยมบ้านยังขาดความต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน การผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ขาดการจัดการอาการ การบริหารจัดการยามอร์ฟีน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า รวมไปถึง

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่ที่ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงเป็นประจำ มีความเชื่อในด้านการใช้สมุนไพรที่ยังไม่ถูกต้อง ขาดการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ขาดการดูแลไม่ครบถ้วนตามกระบวนการ ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย[4]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการพัฒนาและใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คนในชุมชนให้การดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลภูเวียงที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน รวมสหวิชาชีพ จำนวน 11 คน ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย จนท.รพ.สต 70 คน ผู้นำชุมชน 389 คน อสม 1,405 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล 218 คนเท่ากัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน ตัวแทน จนท.รพ.สต 12 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 14 คน ตัวแทน อสม. 15 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล 218 คนเท่ากัน ระหว่างเดือนมกราคม 2565 – มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 13 เดือน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในช่วงเดือนมกราคม 2565 – มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 13 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ การสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้ป่วย ทบทวนปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วม และสรุปผลการดำเนินงาน
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESAS)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการรักษาพยาบาล, ข้อมูลผลการดำเนินงาน, การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, ความสามารในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL), ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), ความรุนแรงของความปวด (ESAS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบ ในคะแนนเฉลี่ยความสามารในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL), ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), ความรุนแรงของความปวด (ESAS) ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก เจ้าหน้าที่และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีน้อยเกินไป ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดผู้ดูแลหลัก การเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงได้ลำบาก โดยมีระยะทางไกลมากกว่า 20 กิโลเมตร แพทย์ พยาบาล และบุคลากร ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ครอบคลุม ยังขาดคณะทำงานเฉพาะ ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการบริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความสม่ำเสมอ ระยะเวลาการเยี่ยมบ้านยังขาดความต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน การผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ขาดการจัดการอาการ การบริหารจัดการยามอร์ฟีน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่ที่ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงเป็นประจำ มีความเชื่อในด้านการใช้สมุนไพรที่ยังไม่ถูกต้อง ขาดการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ขาดการดูแลไม่ครบถ้วนตามกระบวนการ ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย และรูปแบบที่เหมาะกับบริบทอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

เชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 218 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 125 คน ร้อยละ 57.34 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 93 คน ร้อยละ 42.66 ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี จำนวน 81 คน ร้อยละ 37.16 รองลงมา 71-80 ปี จำนวน 63 คน ร้อยละ 28.90 และ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 34 คน ร้อยละ 15.60 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จำนวน 218 คน ร้อยละ 100 อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา จำนวน 84 คน ร้อยละ 38.53 รองลงมาว่างงาน จำนวน 68 คน ร้อยละ 31.19 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 36 คน ร้อยละ 16.51 ตามลำดับ ประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนมากป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ จำนวน 71 คน ร้อยละ 32.57 รองลงมาป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 45 คน ร้อยละ 20.64 และ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.17 ตามลำดับ การดำเนินโรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 77 คน ร้อยละ 35.32 รองลงมาเบาหวาน จำนวน 61 คน ร้อยละ 27.98 และ โรคไตเรื้อรัง จำนวน 25 คน ร้อยละ 11.47 ตามลำดับ ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากคือ เดินลำบาก จำนวน 138 คน ร้อยละ 63.30 รองลงมาเหนื่อยล้า จำนวน 128 คน ร้อยละ 58.72 และ การเข้าห้องน้ำ จำนวน 31 คน ร้อยละ 14.22 ตามลำดับ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผลการดำเนินงานดังนี้ ได้รับคำปรึกษาในระยะสุดท้าย จำนวน 96 คน ร้อยละ 44.04 ได้รับการทำ Family Meeting จำนวน 101 คน ร้อยละ 46.33 ได้รับการทำ Advance care Plan จำนวน 110 คน ร้อยละ 50.46 ได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่าง มีคุณภาพ จำนวน 96 คน ร้อยละ 44.04 ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ปลดเปลื้อง สิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) จำนวน 128 คนร้อยละ 58.72 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน จำนวน 162

คน ร้อยละ 74.31 ได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) จำนวน 87 คน ร้อยละ 39.91 ได้รับการดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.46

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุม 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยะท้ายให้ชัดเจน และทันสมัย 3) การจัดสภาพแวดล้อมผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้นำชุมชน 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาระยะสุดท้าย 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน โดยผ่านกลไกภาคีเครือข่าย 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสานตามธรรมเนียมอำเภอภูเวียง 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการเยี่ยมบ้านโดย อสม.ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพ 8) ส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแพทย์ พยาบาลให้ครอบคลุม

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น มีผลการใช้รูปแบบดังนี้ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 84 คน ร้อยละ 38.53 รองลงมา ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน) จำนวน 50 คน ร้อยละ 22.94 และ ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 48 คน ร้อยละ 22.02 และ ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 36 คน ร้อยละ 16.51 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ส่วนมากระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS 0 - 30 % จำนวน 91 คน ร้อยละ 41.74 รองลงมาระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) มีค่า PPS 40 - 60 % จำนวน 75 คน ร้อยละ 34.40 และระยะคงที่ (stable) มีค่า PPS 70 - 100 %จำนวน 52 คน ร้อยละ 23.85 ตามลำดับ แบบประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ส่วนมากมีความเจ็บปวด ระดับน้อย (1-3 คะแนน) จำนวน 99 คน ร้อยละ 45.41 และ ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) จำนวน 99 คน ร้อยละ 45.41 เท่ากัน และ ระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.17 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับคำปรึกษาในระยะท้าย จำนวน 119 คน ร้อยละ 54.59 ได้รับการทำ Family Meeting จำนวน 120 คน ร้อยละ 55.05 ได้รับการทำ Advance care Plan จำนวน 121 คน ร้อยละ 55.50 ได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพจำนวน 120 คน ร้อยละ 55.05 ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) จำนวน 150 คน ร้อยละ 68.81 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน จำนวน 179 คน ร้อยละ 82.11 ได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) จำนวน 91 คน ร้อยละ 41.74 ได้รับการดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.92 ตามลำดับ

3.2 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

การเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับภาวะพึ่งพิงรุนแรง มีค่า 7.68 คะแนน (SD 1.32 คะแนน) คะแนน

เฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) อยู่ในระดับภาวะพึ่งพิงรุนแรง เท่ากัน มีค่า 6.84 คะแนน (SD 1.46 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

การเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่าคะแนน 24.38 คะแนน (SD 1.62 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) อยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่า 28.69 คะแนน (SD 1.86 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

การเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับเจ็บปวดปานกลาง มีค่า 5.18 คะแนน (SD 1.38 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) อยู่ในระดับน้อย มีค่า 2.96 คะแนน (SD 1.42 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , t=6.36 ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การทดสอบคะแนนสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL), คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), คะแนนความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น (n=218)

รายการ	แปลผล	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)					
ADL ก่อนการพัฒนาฯ	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง	7.62	1.32	0.36	1.476
ADL หลังหลังการพัฒนา	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง	6.84	1.46		
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS)					
PPS ก่อนการพัฒนาฯ	ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต	24.38	1.62	1.13	1.021
PPS หลังหลังการพัฒนา	ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต	28.69	1.86		
ความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS)					
ESAS ก่อนการพัฒนาฯ	เจ็บปวดปานกลาง	5.18	1.38	6.36	<.001*
ESAS หลังหลังการพัฒนา	เจ็บปวดระดับน้อย	2.96	1.42		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิม ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก เจ้าหน้าที่และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีน้อยเกินไป ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดผู้ดูแลหลัก การเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงได้ลำบาก โดยมีระยะทางไกลมากกว่า 20 กิโลเมตร แพทย์ พยาบาล และบุคลากร ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ครอบคลุม ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย และรูปแบบที่เหมาะกับบริบทผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา ประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ การดำเนินโรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากคือเดินลำบาก การดำเนินงานที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ ได้รับคำปรึกษาในระยะสุดท้าย การทำ Family Meeting การทำ Advance care Plan การได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) การได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) การดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) การดูแลที่ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ การเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน เป็นต้น สอดคล้องกับ ทัศนีย์ บุญอริยเทพ และ ธภัคนันท์ อินทราวุธ[5]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุม 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยะท้ายให้ชัดเจน และทันสมัย 3) การจัดสภาพแวดล้อมผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้นำชุมชน 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาระยะสุดท้าย 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน โดยผ่านกลไกภาคีเครือข่าย 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสานตามธรรมเนียมอำเภอภูเวียง 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการเยี่ยมบ้านโดย อสม.ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพ 8) ส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแพทย์ พยาบาลให้ครอบคลุม สอดคล้องกับ สุณัฏฎดา คเชนทร์ชัย มุจจรินทร์ อัศวพัฒน์[6]

ผลการใช้รูปแบบภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงรุนแรง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ส่วนมากระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS 0 - 30 % การประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ส่วนมากมีความเจ็บปวด ระดับน้อย (1-3 คะแนน) ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาในระยะท้าย การได้รับการทำ Family Meeting การได้รับการทำ Advance care Plan การได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพ การได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) การดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) การดำเนินงานที่มากกว่า ร้อยละ 60 ได้แก่ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) การได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับ เพียงพิมพ์ ปัณระสี และ ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข[7]

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการเปรียบเทียบ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้น โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ การเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต ดีขึ้นโดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติการเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ดีขึ้น ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุยันต์ ลวงพิมาย[8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสนับสนุนพัฒนาระเบียบการดูแลโดยไม่ใช้ในรูปแบบงานประจำ ซึ่งพบปัญหาภาระงานที่หนักมากเกินไป การพัฒนาสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย อุปกรณ์พัฒนาคุณภาพชีวิต ต้องอาศัยหน่วยงานรัฐอื่นที่เอื้อต่อระเบียบทั้งในฝ่ายโรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเน้นการดูแลและใช้แนวทางที่ทันสมัยโดยใช้ภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม

3. ควรส่งเสริมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายประชาชน อสม. อปท. ผู้นำชุมชน เน้นสร้างการมีส่วนร่วมจึงจะประสบผลสำเร็จได้

4. ควรวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมอำเภอทุกฝ่าย และชุมชน บูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายอย่างเช่น อปท. ไม่ควรใช้งบจากโรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพอย่างเดียว

5. การจัดโครงการหรือตั้งคณะกรรมการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบในชุมชน รัฐ และภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

6. ควรมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเป็นประจำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบุคลากรโรงพยาบาลภูเวียง ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเวียง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเวียง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Stephen R, Claire M, Ernesto J, Richard H, James C, Barbara H, et al. (2020) Global atlas of palliative care. 2nd ed. London UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance.
2. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทาง การแพทย์) .นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2563.
3. ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธาน, วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2564,23(1), 80-90.
4. โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 2566.

5. ทัศนีย์ บุญอริยเทพ และ ธภัคนันท์ อินทราวุธ. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวนผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566;31(1):99-113.
6. สุณัฏฐดา คเชนทร์ชัย และ มุจจรินทร์ อัศวพัฒน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(3):27-36.
7. เพียงพิมพ์ ปัณระสี และ ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;32(1):40-55.
8. สุยันต์ ลวงพิมาย. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทางพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(1):44-53.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน

Factors related to blood sugar control in patients with type 2 diabetes in the area of responsibility of Nong Han Hospital

(Received: September 18,2024 ; Revised: October 7,2024 ; Accepted: October 8,2024)

ชนาธิป อำนวย[1]
Chanathip Amnuay[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 313 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และการหาขนาดของความสัมพันธ์ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศหญิง, คนที่รายได้ (เดือน), ต่ำกว่า 2,000 บาท, คนที่มีครอบครัวเดี่ยว, คนที่ไม่มีโรคประจำตัว, คนที่มีรายได้เพียงพอ และคนที่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ระดับสูง ล้วนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, การควบคุมระดับน้ำตาล, ระดับน้ำตาลในเลือด

ABSTACT

This study was survey research aimed to study of factors related to blood sugar control in type 2 diabetic patients in the area under the responsibility of Nong Han Hospital, Udon Thani Province. Sample size were conducted on a sample group of 313 people. Data was collected using a questionnaire and analyzed using statistical methods. Descriptive statistics were used to find frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistics, such as the Chi-square test, were used to determine the relationships, and the size of the relationship was measured using the Odds Ratio and 95% confidence interval (CI). A significance level of 0.05 was set for statistical analysis.

Results: Factors significantly associated with blood sugar control in patients with type 2 diabetes include being female, having a monthly income of less than 2,000 baht, being in a nuclear family, having no underlying medical conditions, having sufficient income, and having a high level of health belief. These factors were statistically significant at the 0.05 level.

Keyword : Diabetic patients, sugar control, blood sugar levels

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

[1] โรงพยาบาลหนองหาญ อำเภอหนองหาญ จังหวัดอุดรธานี

โรคเบาหวาน มีกลุ่มเป้าหมายประชากร 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]

จังหวัดอุดรธานี สถานการณ์โรคเบาหวาน จำนวนการป่วย ปี พ.ศ. 2559-2563 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 7,522 7,826 8,856 9,799 และ 9,924 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรธานี, 2565) และจำนวนการตายจากโรคเบาหวาน พบว่าในปี พ.ศ. 2562-2566 คือ 5,176 5,567 5,557 5,748 และ 5,151 ราย ตามลำดับ และอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2561-2566 คือ ร้อยละ 6.36, 6.67, 7.01, 7.34 และ 7.70[2]

อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี สถานการณ์โรคเบาหวาน จำนวนการป่วย ปี พ.ศ. 2564-2567 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 650 848 778 และ 731 ราย ตามลำดับ (HDC จังหวัดอุดรธานี, 2567) และจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน พบว่าในปี พ.ศ. 2564-2566 คือ ร้อยละ 3.50, 2.87, 3.86 และ 3.06[2]

อีกทั้ง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น เนื่องจากมีพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกายจะเริ่มถดถอยลง การดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักที่ถูกต้อง จะช่วยลดภาวะเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จากสาเหตุและความสำคัญที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากขึ้น ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคลของของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานีเป็นอย่างไร
2. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี หรือไม่อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็น รูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) มีระยะเวลาในการศึกษา เดือนตุลาคม 25667 ถึง ธันวาคม 2567 รวม 3 เดือน

ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) 1) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 3) อายุระหว่าง 35- 75 ปี 4) สื่อสารรู้เรื่อง 5) อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) 1) ผู้ที่รู้สึกไม่สบายใจหรือโดน

บังคับที่เข้าร่วมงานวิจัย 2) ขอยุติการเข้าร่วมในการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามหากเกิดความไม่สบายใจหรือลำบากใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วม 3) อาสาสมัครเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดต่อได้ขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย แบ่งออกเป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบตอบถูกและตอบผิด

ส่วนที่ 3 แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาทำการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน ซึ่งทุกข้อของแบบสอบถามมีผลการวิเคราะห์ IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ อำเภอไชวาน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งแบบทดสอบความรู้ มีค่า KR-20 =.653 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) และต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ซึ่งประกอบด้วย 2) แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่า Reliability =ใ838 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง Reliability =.882

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งแบ่งเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีพิจารณา และได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

เพศของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.40 และเพศชาย ร้อยละ 8.60 ตามลำดับ, อายุเฉลี่ยของ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุค่าเฉลี่ย = 60.96 ปี, S.D. = 7.84 ปี, Min = 44 ปี, Max = 77 ปี , สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานสมรสคู่ ร้อยละ 58.5 และรองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 41.5 ตามลำดับ, ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้น

ประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.30 ตามลำดับ, อาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.80 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 25.20 ตามลำดับ, รายได้ต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 56.20 และมากกว่า 4,000 บาทร้อยละ 24.60 ตามลำดับ, ลักษณะครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว 75.70 และรองลงมาคือ อยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 19.50 ตามลำดับ, ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี) มีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย = 6.38 ปี, S.D. = 3.67 ปี, Min = 1 ปี, Max = 19 ปี , โรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.8 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.2 ตามลำดับ, รายได้เพียงพอ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 91.70 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 8.30 ตามลำดับ

สรุปข้อมูลผลการวิจัยเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร สามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

ในภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย = 3.641 คะแนน (S.D.=1.025 คะแนน) และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย = 4.31 คะแนน (S.D.=0.747 คะแนน) และสามารถสรุปแยกได้ ดังต่อไปนี้

อ.อาหาร มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านไม่ค่อยชอบดื่มน้ำผลไม้หรือผลไม้แช่อิ่ม มีค่าเฉลี่ย= 4.16 (S.D.=0.811) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านไม่รับประทานอาหารที่เน้นที่ข้าวเหนียวเป็นหลักทุกมื้อจะสลับกับข้าวจ้าว มีค่าเฉลี่ย= 4.49 (S.D.= 0.573)

อ.ออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านวางแผนในการออกกำลังกายที่เหมาะกับตัวเอง มีค่าเฉลี่ย= 3.85 (S.D.= 0.780) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านออกกำลังกายในปริมาณ 10–30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน หรือวันเว้นวัน หรือออกกำลังกาย 10 นาที มีค่าเฉลี่ย= 4.36 (S.D.= 0.589)

อ.อารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ ก่อนนอน มีค่าเฉลี่ย= 3.64 (S.D.= 1.128) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านจะคอยนวดเมื่อมีความเครียดเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอ ปวดหลัง เป็นต้น มีค่าเฉลี่ย= 4.47 (S.D.= 0.604)

ส.สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านรู้สึกเกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย จะถอยห่างหรืออยู่ไกลจากควันบุหรี่ มีค่าเฉลี่ย= 4.09 (S.D.= 0.928) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ มีค่าเฉลี่ย= 4.36 (S.D.= 0.704)

ส.สุราหรือแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของก่อนทดลอง คือ ท่านคิดว่าการดื่มสุราเรื้อรังจะทำให้เนื้อเยื่อบางส่วนของสมองถูกทำลายสูญเสียสติสัมปชัญญะ การแสดงออกทางกายหรือสติปัญญาจะลดลง มีค่าเฉลี่ย= 4.05 (S.D.= 0.891) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของหลังทดลอง คือ ท่านคิดว่าสุราเป็นสารเสพติดอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ และยังทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ติดตามมา นอกจากนี้ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ปัญหาครอบครัว มีค่าเฉลี่ย= 4.42 (S.D.= 0.693)

สรุปผลความพึงพอใจในผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร (n = 55 คน) พบว่า สรุปภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.58, S.D.= 0.80) และเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ ข้อที่ 9 มีความพึงพอใจในหัวข้อ อ.ออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย = 4.85, S.D.= 0.36) รองลงมาคือ ข้อที่ 8 มีความพึงพอใจในหัวข้อ อ.อาหาร (ค่าเฉลี่ย =4.76, S.D.= 0.47) และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 1 เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้ม

แย้มแจ่มใจ เป็นกันเองและสบายใจ (ค่าเฉลี่ย = 4.20, S.D.= 1.35) ตามลำดับ,
ค่าน้ำตาลหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FPG) ของก พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มก./ดล. มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย = 141.07 มก./ดล., S.D. = 15.84 มก./ดล., Min = 120 มก./ดล., Max = 188 มก./ดล.

สรุปความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน พบว่า ในภาพรวมมีจำนวนคนที่ตอบถูก มีค่าเฉลี่ย = 258.33 คน คิดเป็นร้อยละ 82.53 และเรียงลำดับข้อที่ตอบมากที่สุดคือข้อที่ 1. โรคเบาหวานเมื่อมีบาดแผลตามร่างกายสามารถหายได้เร็วตามปกติคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 90.40 รองลงมาคือข้อที่ 11. การป่วยเป็นเบาหวานนานๆ อาจทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 89.50 และข้อที่น้อยที่สุดคือข้อที่ 15. ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องดูแล มือ และเท้าเป็นพิเศษกว่าอวัยวะอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 72.80 ตามลำดับ

สรุปผลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน ในภาพรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.21 คะแนน (S.D.= 0.79 คะแนน) และสามารถสรุปแยกได้ ดังต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยภาพรวม อยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย = 4.17 คะแนน (S.D.= 0.80 คะแนน) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การออกกำลังกาย ช่วยให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.24 (S.D.= 0.79) รองลงมาคือ การขาดยาเบาหวานบางครั้งไม่มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย= 4.19 (S.D.= 0.82) และ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าง่ายกว่าคนทั่วไป อยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย= 4.15 (S.D.= 0.81) ตามลำดับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.20 คะแนน (S.D.= 0.78 คะแนน) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ ไม่ได้รับการรักษา จะทำให้มีอาการ เหนื่อยง่าย ตาพร่ามัว และตาบอดได้ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.28 (S.D.= 0.82) รองลงมาคือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานๆ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ เช่น เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ในร่างกายไม่เพียงพอ อยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย= 4.27 (S.D.= 0.80) และ เชื่อว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นเรื่องของชะตากรรม อยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย= 4.26 (S.D.= 0.77) ตามลำดับ

การรับรู้ต่ออุปสรรคในการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.22 คะแนน (S.D.= 0.79 คะแนน) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ท่านต้องรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และตรงเวลาทำให้ท่านรู้สึกเหมือนถูกบังคับ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.26 (S.D.= 0.79) รองลงมาคือ การควบคุมอาหารเบาหวานของท่านถือเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.25 (S.D.= 0.76) และ สามารถนอนหลับสนิทในเวลากลางคืนทุกคืน วันละ 7-8 ชั่วโมง ได้ปกติ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.24 (S.D.= 0.79) ตามลำดับ

สรุปผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส พบว่า ในภาพรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.34 คะแนน (S.D.= 0.74 คะแนน) และสามารถสรุปแยกได้ดังต่อไปนี้

อ.อาหาร มีค่าเฉลี่ยภาพรวม อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.32 คะแนน (S.D.= 0.80 คะแนน) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านจะรับประทานอาหารของจุบจิบระหว่างมื้อทั้งภาค้าและภาคบ่ายไปจนถึงหัวค่ำ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.44 (S.D.= 0.78) รองลงมาคือ ท่านรับประทานผักสด หรือผักลวกเป็นประจำ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.43 (S.D.= 0.72) และ ท่านจะรับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น หมูสามชั้นหรือเนื้อติดมัน อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนผสม หรืออาหารจากทอด อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.42 (S.D.= 0.79) ตามลำดับ

อ.ออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.34 คะแนน (S.D.= 0.72 คะแนน) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือวันเว้นวัน อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.60 (S.D.= 0.61) รองลงมาคือ ท่านออกแรงทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ถูบ้าน จนเหงื่อออกทำสวน เดินอย่างน้อย 30 นาที อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.48 (S.D.= 0.65) และท่านออกกำลังกายช่วยให้ท่านมีบุคลิกภาพร่างกายที่ดี อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.46 (S.D.= 0.68) ตามลำดับ

อ.อารมณ์ มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.34 คะแนน (S.D.= 0.72 คะแนน) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อท่านมีความต้องการพักผ่อนหย่อนใจ จะใช้วิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.45 (S.D.= 0.69) รองลงมาคือ ท่านมักจะพบปะพูดคุยและปรับทุกข์สุข กับครอบครัว อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.41 (S.D.= 0.67) และ ท่านจะประเมินอารมณ์ตนเองถ้าพบว่าเครียดจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพท่าน อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.39 (S.D.= 0.66) ตามลำดับ

ส.สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.30 คะแนน (S.D.= 0.76 คะแนน) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านไม่ค่อยสูบบุหรี่หรือยาสูบ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.48 (S.D.= 0.65) รองลงมาคือ ท่านไม่ค่อยอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.21 (S.D.= 0.85) และ ท่านจะคอยเตือนให้คนที่สูบบุหรี่หรือยาสูบ ลดปริมาณการสูบลดลง อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.20 (S.D.= 0.77) ตามลำดับ

ส.สุราหรือแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย = 4.34 คะแนน (S.D.= 0.76 คะแนน) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านลดการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.45 (S.D.= 0.68) รองลงมาคือ ท่านจะคอยเตือนให้คนที่ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดปริมาณการดื่มลดลง อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ย= 4.40 (S.D.= 0.66) และ เมื่อไปร่วมงานสังสรรค์ท่านจะไม่ค่อยดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย= 4.17 (S.D.= 0.76) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน

ตัวแปร	พฤติกรรมการปฏิบัติตัว		OR	95%CI Lower-Upper	χ^2	p-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)				
เพศ						
หญิง	199 88.1%	87 1 00.0%	0.696	0.644-0.751	11.375	0.001
ชาย	27 11.9%	0 0.0%				
รายได้ (เดือน)						
ต่ำกว่า 2,000 บาท	117 51.8%	59 67.8%	0.509	0.303-0.857	6.572	0.010*
มากกว่า 2,000 บาท	109 48.2%	28 32.2%				
สถานะครอบครัว						

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน

ตัวแปร	พฤติกรรมการปฏิบัติตัว		OR	95%CI Lower-Upper	χ^2	p-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)				
ครอบครัวเดี่ยว	162	75	0.405	0.206-0.795	7.209	0.007*
	71.7%	86.2%				
ไม่ใช่ครอบครัวเดี่ยว	64	12				
	28.3%	13.8%				
โรคประจำตัว						
ไม่มี	123	28	2.516	1.495-4.234	12.445	<0.001**
	54.4%	32.2%				
มี	103	59				
	45.6%	67.8%				
รายได้เพียงพอ						
เพียงพอ	200	87	0.697	0.646-0.752	10.916	0.001*
	88.5%	100.0%				
ไม่เพียงพอ	26	0				
	11.5%	0.0%				
ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ						
สูง	133	35	2.125	1.284-3.516	8.759	0.003*
	58.8%	40.2%				
ต่ำ	93	52				
	41.2%	59.8%				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่<0.001

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีดังต่อไปนี้

เพศหญิง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคิดเป็นเกือบ 0.7 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (χ^2= 11.375, OR = 0.696, 95%CI = 0.644-0.751, p-value=0.001)

รายได้ (เดือน) ต่ำกว่า 2,000 บาท มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 0.5 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีรายได้มากกว่า 2,000 บาท (χ^2= 6.572, OR = 0.509, 95%CI = 0.303-0.857, p-value=0.010)

สถานะครอบครัวที่มีครอบครัวเดี่ยว มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 0.4 เท่า เมื่อเทียบกับไม่ใช่ครอบครัวเดี่ยว (χ^2= 7.209, OR = 0.405, 95%CI = 0.206-0.795, p-value=0.007)

คนที่ไม่มีโรคประจำตัว มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีโรคประจำตัว (χ^2= 12.445, OR = 2.516, 95%CI = 1.495-4.234, p-value<0.001)

คนที่มีรายได้เพียงพอ มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 0.7 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (χ^2= 10.916, OR = 0.697, 95%CI = 0.646-0.752, p-value=0.001)

คนที่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิด

เป็นเกือบ 2.1 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (χ^2= 8.759, OR = 2.125, 95%CI = 1.284-3.516, p-value=0.003)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน รูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) มีระยะเวลาในการศึกษา เดือนตุลาคม 25667 ถึง ธันวาคม 2567 รวม 3 เดือน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 313 คน ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

เพศหญิง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคิดเป็นเกือบ 0.7 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (χ^2= 11.375, OR = 0.696, 95%CI = 0.644-0.751, p-value=0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xing,Wang, Fang,Xu, Chen, Xu, Wang,Liu และ Tao[3]พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ เพศหญิง (OR =0.67, 95%CI (0.52,0.86)P=0.001] ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น (OR =0.47,95%CI (0.27, 0.83),P=0.001), อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท (OR=1.77,95%CI (1.39, 2.26)P< 0.001), โรคอ้วนส่วนกลาง (OR =1.58, 95%CI (1.19,2.09) P=0.001) และระยะเวลาที่เป็นโรคนานขึ้น (OR=2.66, 95%CI (1.91,3.69) P<0.001) แต่ไม่สอดคล้องกับ นารีรัตน์ แก้วเป็ง[4]ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสะดวกในการมารับบริการ การตรวจติดตามการรักษา ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้ต่ออุปสรรคพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

รายได้ (เดือน) ต่ำกว่า 2,000 บาท มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 0.5 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีรายได้มากกว่า 2,000 บาท (χ^2= 6.572, OR = 0.509, 95%CI = 0.303-0.857, p-value=0.010) สอดคล้องกับ Achmad et al.[5] ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและการดูแลสุขภาพ เช่น การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและการขาดการดูแลที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า ค่า O.R. = 0.509, 95%CI = 0.303-0.857 และ p-value = 0.010 แต่ไม่สอดคล้องกับ นารีรัตน์ แก้วเป็ง[4]ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสะดวกในการมารับบริการ การตรวจติดตามการรักษา ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้ต่ออุปสรรคพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

สถานะครอบครัวที่มีครอบครัวเดี่ยว มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 0.4 เท่า เมื่อเทียบกับไม่ใช่ครอบครัวเดี่ยว (χ^2= 7.209, OR = 0.405, 95%CI = 0.206-0.795, p-value=0.007) สอดคล้องกับ Mohaghegh et al.[6]ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ถูกส่งต่อมายังคลินิกอิหม่ามเรซาเมืองอารัก ประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน โดย

ค่า O.R. = 0.405, 95%CI = 0.206-0.795 และ p-value = 0.007

คนที่ไม่มีโรคประจำตัว มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีโรคประจำตัว (χ^2= 12.445, OR = 2.516, 95%CI = 1.495-4.234, p-value<0.001) สอดคล้องกับ Dawite et al.[7] ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกาโมและโกฟา ทางตอนใต้ของเอธิโอเปีย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แย่กว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วม โดยค่า O.R. = 2.35, 95%CI = 1.39-3.95 และ p-value < 0.001 นอกจากนี้ การออกกำลังกายและการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันยังมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล

คนที่มีรายได้เพียงพอ มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 0.7 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (χ^2= 10.916, OR = 0.697, 95%CI = 0.646-0.752, p-value=0.001) สอดคล้องกับ Yoshioka et al.[8] ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเบาหวาน: ผลการศึกษาระยะเวลา 2 ปีในผู้ป่วยนอกที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำหนักและไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาล

คนที่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นเกือบ 2.1 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (χ^2= 8.759, OR = 2.125, 95%CI = 1.284-3.516, p-value=0.003) สอดคล้องกับ Rakhis et al.[9] ทำการศึกษาเรื่อง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า โดยค่า O.R. = 2.125, 95%CI = 1.284-3.516 และ p-value = 0.003 และสอดคล้องกับ ชุติมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และพรศิริ พันธสี[10]ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงานอายุ 20 - 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสัปปุรุษประจำมัสยิดกลาง จังหวัดชลบุรี จำนวน 219 คน จากผลการวิจัย พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการรับรู้ความรุนแรงของโรคและสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับ นารีรัตน์ แก้วเป็ง[4]ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสะดวกในการมารับบริการ การตรวจติดตามการรักษา ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้ต่ออุปสรรคพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การพัฒนาการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเชิงลึกในหน่วยบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งอาจจะจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลกระทบของระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม

2. ควรมีการติดตามผลและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ พร้อมให้คำแนะนำที่ตรงตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินผลควรทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมแพทย์ หมอครอบครัว เพื่อปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมากที่สุด

3. ควรเพิ่มการสนับสนุนหรือการดูแลเฝ้าติดตามจากครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ และควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น การจัดกลุ่มสนับสนุนในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ หรือผลกระทบจากการไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรทุกท่าน และผู้ที่ให้ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งยังรวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวานและหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. จังหวัดนนทบุรี.

2.กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอุดรธานี.(2567). เอกสารสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

3.Xing XY, Wang XY, Fang X, Xu JQ, Chen YJ, Xu W, et al.(2022). Glycemic control and its influencing factors in type 2 diabetes patients in Anhui, China. Front Public Health. 10:Article 980966. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.980966

4.นารีรัตน์ แก้วเป็ง, น้ำทิพย์ พ่วงมะลิ, ปิยมาภรณ์ อุตรนคร, ณรงค์ศักดิ์ ทองธรรมชาติ, ณัฐพร มีสุข.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิชาการ สคร.9. 30(2):90-103. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/264526/182361

5.Achmad G, Yufria L, Rahem A, Pristianty L.(2023). Factors that contribute to blood sugar control in type 2 diabetes mellitus. Pharmacy Education. 2023. doi:10.46542/pe. 234.4852.

6.Mohaghegh P, Rafiei F, Sedeh B, Ansari M.(2022). Factors affecting blood sugar levels in type 2 diabetic patients referred to Imam Reza Clinic of Arak, Iran. J Shahrekord Univ Med Sci. 2022. doi:10.34172/jsums. 20.

7.Dawite F, Girma M, Shibiru T, Kefelew E, Hailu T, Temesgen R, et al.(2023). Factors associated with poor glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus in Gamo and Gofa zone public hospitals, Southern Ethiopia: A case-control study. PLoS One. 18. doi:10.1371/journal.pone.0276678.

8.Yoshioka M, Noma Y, Kawashima Y, Fukui M, Nakae H, Yanagisawa S, et al.(2023). Factors associated with diabetes control: results of a 2-year cohort study of outpatients with type 2 diabetes. J Med Invest. 70(1-2):28-33. doi:10.2152/jmi.70.28.

9.Rakhis S, AlDuwayhis N, Aleid N, AlBarrak A, Aloraini A.(2022). Glycemic control for type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review. Cureus. 14. doi:10.7759/cureus.26180.

10.ชุติมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, พรศิริ พันธสี.(2561). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน. วารสารทหารบก. 19(1):267-77.

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

The Effectiveness of Empowerment Program for Parents of Children with Thalassemia, BanPhai Hospital Khonkaen Province.

(Received: September 22,2024 ; Revised: October 11,2024 ; Accepted: October 14,2024)

วรกมล ก้อนคำ[1]
Worakamol konkam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น การวิจัยดำเนินการในรูปแบบกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองจำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 15 ปีที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ข้อมูลถูกรวบรวมผ่านแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 3.51 – 5.58) นอกจากนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กของผู้ปกครองก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 1.18-1.50) และพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ป่วยของผู้ปกครองดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่าผู้ปกครองทุกคนมีพฤติกรรมการดูแลในระดับสูงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 1.66-1.86)

คำสำคัญ: โรคธาลัสซีเมีย, โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effectiveness of an empowerment program for parents of children with thalassemia at Ban Phai Hospital in Khon Kaen Province, Thailand. The research was conducted using a quasi-experimental design, involving a single group of 20 parents of children aged from birth to 15 years who are diagnosed with thalassemia. Data were collected through a questionnaire that had been validated by experts for content and reliability. The results showed that after participating in the program, parents demonstrated a statistically significant increase in knowledge about thalassemia (p-value <0.001, 95% CI = 1.18-1.50). Furthermore, there was a significant enhancement in the parents' self-efficacy (p-value <0.001, 95% CI = 1.18-1.50). The study also revealed a marked improvement in the caregiving behaviors of the parents after the program (p-value <0.001, 95% CI = 1.66-1.86).

Keywords: Thalassemia, Empowerment Program, Parental Self-Efficacy, Caregiving Behaviors

บทนำ

ธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมที่พบได้ตั้งแต่แรกเกิด เกิดจากการถ่ายทอดยีนผิดปกติจากพ่อแม่สู่ลูก จัดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต โรคนี้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในเด็ก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม[1] ผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างหนักได้ และอาจต้องขาดเรียนบ่อยครั้งเนื่องจากอาการของโรค สถานการณ์ของโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทยถือว่าอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง จากข้อมูลทางสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชากรไทยมียีนผิดปกติที่เป็นพาหะของโรคสูงถึงร้อยละ 30-40 หรือประมาณ 18-24 ล้านคน ในแต่ละปีมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,125 คน และมีผู้ป่วยประมาณ 600,000 คนที่เป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงปานกลาง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเลือดและยาขับเหล็ก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

เป็นประจำทุกเดือน ภาระทางการเงินที่เกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขของประเทศไม่ใช่เรื่องเล็กน้อย โดยรัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยปีละไม่น้อยกว่า 1,000 ล้านบาท[2]

ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมักมีร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วยบ่อย พวกเขาไม่สามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับเด็กปกติ และมักมีอาการซีดมาก จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะเหล็กเกิน โรคหัวใจโตเนื่องจากการทำงานหนัก โรคเบาหวานเนื่องจากตับอ่อนทำงานบกพร่อง ภาวะติดเชื้อง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันอ่อนแอ และภาวะกระดูกเปราะหักง่าย[1] การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจึงเป็นภาระที่หนักและซับซ้อน ต้องการความใส่ใจและเวลามากจากผู้ดูแล ซึ่งในสังคมไทยมักเป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว การดูแลที่ยาวนานและเข้มข้นนี้อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย[3]

ในสถานการณ์เช่นนี้ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจควบคุมสถานการณ์ได้ สำหรับผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้พวกเขาตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง เกิดแรงจูงใจ และความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย[4] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยในหลายกลุ่ม ตัวอย่างเช่น การศึกษาของมณีพร ภิญโญ[5] ในกลุ่มเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกรณีของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร วัชราภรณ์ สิมศิริวัฒน์ และคณะ[6] พบว่าการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มความรู้และการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมการควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ธนาวรรณ แสนปัญญา และคณะ[7] พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

ในบริบทของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ต้องมารับบริการการให้เลือดเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 38, 35 และ 35 รายตามลำดับ[8] ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีหลายประการ เช่น ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ขาดนัด และผู้ปกครองยังไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาขับเหล็ก ซึ่งหากไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น การเกิดภาวะเหล็กเกินในร่างกาย ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญหลายระบบ รวมถึงตับ หัวใจ และต่อมไร้ท่อ[1] การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องของผู้ปกครองอาจนำไปสู่ความไม่มั่นใจ ความเครียด และความรู้สึกไร้พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว[3] ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ปกครองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson เน้นการกระตุ้นให้บุคคลค้นพบและยอมรับสถานการณ์จริง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการนี้สามารถช่วยให้ผู้ปกครองของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียเกิดความเข้าใจในบทบาทของตน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจ มีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงลดภาระของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองเรื่องการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังการทดลอง

2. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังการทดลอง

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment) มุ่งเน้นศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ตามกรอบแนวคิดของ Gibson (1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ1) การค้นพบสถานการณ์จริง(Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking change) และ 4) ความคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Holding on) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองจำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 15 ปีที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ปกครองของเด็กแรกเกิด ถึง 15 ปี ที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

2. มีความพร้อมที่จะใช่ Tele home visit

3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

4. เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. ไม่เข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ

2. ไม่สามารถติดตามตัวได้ ทั้งช องทางการโทรศัพทหรือติดต่อทางไลนกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและการให่เจ่าหน่าที่ที่อยู่ในพื้นที่ เชน เจ้าหน่าที่รพ.สต. หรือ อสม. ติดตามตัวให้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหากิจกรรม มีกิจกรรมดังนี้

1. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันของผู้ปกครองเกี่ยวกับปัญหาการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่ผ่านมา เพื่อค้นหาปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น

2. ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย

ขั้นตอนที่2 การสะท้อนคิด มีกิจกรรมดังนี้ การพิจารณาและไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่3 การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม มีกิจกรรมดังนี้ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย การสอนสาธิตให้ผู้ปกครองได้มีการปฏิบัติการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่จำเป็น

ขั้นตอนที่4 ความคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม มีกิจกรรมดังนี้

1. Line application (หลังเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

2. Tele home visit nursing (หลังเข้าร่วมกิจกรรม เดือนละ 1 ครั้ง) 3.3.2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย

2) แบบทดสอบความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 15 ข้อ

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล ด้านโภชนาการ ด้านการดูแลสุขภาพของเด็ก ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 20 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนวิจัยด้วยตัวเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำกิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 1

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกคอง 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ปกครอง 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย

2. ดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 การค้นหาปัญหากิจกรรม มีกิจกรรมโดย การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันของผู้ปกครองเกี่ยวกับปัญหาการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่ผ่านมา เพื่อค้นหาปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันตั้งเป้าหมายในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย

ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิด โดยการพิจารณาและไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่ผ่านมา เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม มีกิจกรรมดังนี้

- การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย
- การสอนสาธิตให้ผู้ปกครองได้มีการปฏิบัติการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่จำเป็น

ขั้นที่ 4 ความคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม มีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยจะใช้ Line application โดยการสร้างกลุ่มไลน์ของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง เพื่อกระตุ้นให้มีการปฏิบัติการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียอย่างต่อเนื่อง และให้กำลังใจแก่กลุ่มทดลอง ผ่านกลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยจะใช้ Tele home visit nursing เป็นรายบุคคล เพื่อติดตามผล และให้กำลังใจในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำกิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 2

3. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ปกครอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2567 หมายเลขโครงการวิจัย REC 005/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 29.80 ปี (S.D.= 6.55) อายุต่ำสุด 18 ปี, อายุสูงสุด 43 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เฉลี่ย 29.80 ปี (S.D.= 6.55) ต่ำสุด 1ปี, อายุสูงสุด 15 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย เท่ากับ 8.15 คะแนน (S.D.= 2.03) อยู่ในระดับระดับต่ำ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) อยู่ในระดับสูง เมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.0 และระดับต่ำ จำนวน 14 คน ร้อยละ 70.0 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และระดับปานกลาง จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 3.51 – 5.58)

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภาพรวมเท่ากับ 2.65 คะแนน(S.D.=0.26) อยู่ในระดับระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือด้านการดูแลสุขภาพของเด็ก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 คะแนน(S.D.= 0.47) อยู่ในระดับระดับปานกลาง และด้านที่คะแนนน้อยที่สุดคือด้านการดูแลสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 คะแนน(S.D.= 0.44) อยู่ในระดับระดับน้อย

หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภาพรวม เท่ากับ 3.99 คะแนน (S.D.= 0.17) อยู่ในระดับมาก ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือด้านการดูแลสุขภาพของเด็ก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 คะแนน(S.D.= 0.28) อยู่ในระดับมาก และด้านที่คะแนนน้อยที่สุดคือด้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน(S.D.= 0.38) โดยสามารถจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมากทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 1.18-1.50)

4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเท่ากับ 6.67 คะแนน(S.D.=1.80) อยู่ในระดับระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือด้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) และด้านที่คะแนนน้อยที่สุดคือด้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) อยู่ในระดับสูง ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือด้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) และด้านที่คะแนนน้อยที่สุดคือด้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) โดยสามารถจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ระดับปานกลาง 11คน ร้อยละ 36.7 และระดับต่ำ 10 คน ร้อยละ 33.3 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 1.66-1.86)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย เท่ากับ 8.15 คะแนน(S.D.= 2.03) อยู่ในระดับระดับต่ำ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 3.51 – 5.58) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ปกครอง อย่างไรก็ตาม ยังมีบางประเด็นที่ผู้ปกครองยังเข้าใจน้อย สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นที่ใช้ในการศึกษานี้มีการเสริมพลังอำนาจ เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย มีการสอนสาธิต ซึ่งทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วม สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เกิดความเข้าใจได้มากขึ้น จึงทำให้ได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองในการทบทวนคิดวิเคราะห์ หาแนวทางการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในกับตนเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง รวมมีการเสริมพลังโดยมีคู่มือความรู้ในการปฏิบัติงาน มีช่องทางที่สะดวก รวดเร็วในการขอคำปรึกษาจากผู้วิจัย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย มีความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธนาวรรณ แสนปัญญา และคณะ[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในวันจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และนัยนา ธัญธาดาพันธ์,เรณุการ์ ทองคำรอด และบุญทิพย์ สิริธรังศรี[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลและการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล พบว่า ส่งผลให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในด้านความปวดหลังผ่าตัด

และการลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภาพรวมเท่ากับ 2.65 คะแนน(S.D.=0.26) อยู่ในระดับระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภาพรวม เท่ากับ 3.99 คะแนน (S.D.= 0.17) อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 1.18-1.50) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเปิดเผยตนเองและปัญหา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วม นอกจากให้ความรู้และทักษะแล้ว ยังช่วยสร้างความตระหนักในคุณค่าของตนเอง ความเข้าใจในปัญหา และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผ่านกระบวนการที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของณีรนุช วงค์เจริญ [10] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอรสา นำชัยศรีค้า และสุภาพ ไทยแท้[11] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนพบว่าค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเท่ากับ 6.67 คะแนน (S.D.=1.80) อยู่ในระดับระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เท่ากับ 9.77 คะแนน(S.D.= 0.43) อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 1.66-1.86) สามารถอธิบายได้ว่าแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมไม่เพียงแต่เพิ่มความรู้และความมั่นใจ แต่ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของนาฎตยา ศรีสวัสดิ[12] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองมีคาคะแนนความรู ทัศนคติ สูงกว่ากอนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูก

ด้วยนมมารดาและภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองมีคาคะแนนความรู ทัศนคติ และการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตอพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองมีสัดสวนของทารกตัวเหลืองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น วิดีโอ แอปพลิเคชัน หรือสื่อออนไลน์ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงความรู้ได้สะดวกและต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

3. ควรดำเนินการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง โดยปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียมากยิ่งขึ้น เช่น การเพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียด หรือการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและสมรรถนะในการดูแลเด็กที่ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการสนับสนุนและติดตามผลพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองในระยะยาวหลังจากได้รับโปรแกรม เพื่อประเมินว่าผู้ปกครองสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งยังช่วยให้สามารถปรับปรุงโปรแกรมในอนาคตได้

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียและครอบครัว

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครอง เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับบริบท

3. ควรมีการศึกษาผลกระทบระยะยาวของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและผู้ปกครองและเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มีคุณค่า การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ และขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ และบุคลากร ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล การช่วยเหลือของท่านทำให้การวิจัยดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และคณะ.(2563). รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 28(2):27-39

2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.(2558). สถานการณ์ผู้ป่วยธาลัสซีเมียประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

3. ขนิษฐา พิศฉลาด, เกศมณี มูลปานันท์.(2556). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแล. พยาบาลสาร. 40(3):97-108.
4. Gibson C.H.(1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children.. Journal of Advanced Nursing. 21(6):1201–1210
5. มณีพร ภิญโญ.(2561). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. วัชราภรณ์ สิมศิริวัฒน์, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, นิสากร กรุงไกรเพชร.(2560). ผลการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการส่งเสริมการควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.25(2):94-104.
7. ธนาวรรณ แสนปัญญา, คณะ.(2564). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางกลุ่มผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 29(2):15-33.
8. โรงพยาบาลบ้านไผ่.(2566). ข้อมูลจากสารสนเทศโรงพยาบาลบ้านไผ่ ขอนแก่น: โรงพยาบาลบ้านไผ่.
9. นัยนา ธัญธาดาพันธ์, เรณุการ์ ทองค ารอด, บุญทิพย์ สิริธรังศรี.(2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(2):232-244.
10. ณีรนุช วงค์เจริญ.(2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,เชียงใหม่.
11. อรสา นำชัยศรีค้า, สุภาพ ไทยแท้.(2562). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่. วารสารเกื้อการุณย์. 26(2):78-92.
12. นาฎตยา ศรีสวัสดิ์, นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา.(2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 43(3):34-44.

รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอ่างทอง

Model of health literacy promotion among school age group leaders in the municipality Ang Thong province.

(Received: September 25,2024 ; Revised: October 7,2024 ; Accepted: October 8,2024)

กนกนุช ตรีสุคนธ์[1]
Kanoknuch Trisukhon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จำนวน 4 ด้าน ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ, องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ, องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แกนนำนักเรียน, รูปแบบ

Abstract

This study was quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 94 school-age group leaders from the municipality Ang Thong province. Data were collected using health literacy and health behavior assessment tools before and after the intervention. A paired sample t-test was used to analyze the data, with the statistical significance level set at 0.05.

Results: The post-intervention results showed a statistically significant improvement ($p < 0.05$) in four key areas compared to pre-intervention scores: 1) Skills in accessing health information and services, 2) Understanding health information, 3) Evaluating health information and services, 4) Applying health information and services and the health behavior of students from the National Health Promotion School improved significantly, with higher average scores post-intervention compared to pre-intervention.

Keyword : health literacy, student leaders, model

บทนำ

การทำให้เด็กทุกคนมีสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม เป็นปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กไทย ซึ่งในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อลดลง แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาในสังคมไทย รวมทั้ง การได้รับอิทธิพลของสื่อและวัฒนธรรมของต่างชาติส่งผลทำให้วิถีชีวิต (Life Style) ของเด็กไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลง ไปจากเดิม และอยู่บนพื้นฐานความเสี่ยงต่อสุขภาพ[1] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องพัฒนาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างสมเหตุผล มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสร้าง

[1] โรงพยาบาลอ่างทอง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง

เสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างองค์กร สร้างความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาหาทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สิ่งต่าง ๆเหล่านี้เป็นผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการเชิงรุก โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) มาเป็นกลยุทธ์หลักที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพประชาชนแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นทรัพยากรที่สำคัญ ที่ยังพบปัญหาสุขภาพ เช่น ฟันผุ เป็นเหา มีพยาธิ รวมทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น เป็นผลให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา นักเรียนมีความต้องการทางสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้นและที่สำคัญสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน จึงเป็นโอกาสที่ดีที่สุดในการสร้างสุขภาพแก่นักเรียน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ[2]

สำหรับประเทศไทย จากการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่า เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องสุขบัญญัติในระดับพอใช้(ร้อยละ 59.94) และระดับดีมาก (ร้อยละ 36.97) เพียงส่วนน้อยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ (ร้อยละ 3.09) และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก (ร้อยละ 45.08) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.72) มีเพียงส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (ร้อยละ 18.20) จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเติบโตเป็นวัยผู้ใหญ่[1] สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ธิหลวง และคณะฯ[3] ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนทั้ง 6 ด้าน คือด้านการบริโภคอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจรักษาสุขภาพและด้านการจัดการความเครียด มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งสามารถเรียงลำดับพฤติกรรมสุขภาพจากมากไปน้อยได้ดังนี้ พฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการตรวจ/รักษาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและ จัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะบูรณาการ เริ่มจากการสร้างทักษะอ่านออกเขียนได้ คิดเลขเป็น การใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานของการเรียนรู้ (functional literacy) จนไปถึงการพัฒนาความสามารถในการคิดวิเคราะห์ จับประเด็น และประยุกต์ความรู้ สู่การปฏิบัติจนเป็นสุขนิสัย ความสามารถในการตัดสินใจเชื่อ และเลือกบริโภคอย่างพอดีเหมาะสมกับวัย ตลอดจนการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความแตกฉานทางสุขภาวะ จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต

ดังนั้น ด้วยความสำคัญจากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง ขึ้น คลอบคลุมเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มวัยเรียนทีมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง

2. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-group Pretest-Posttest Design) ระยะเวลาในการทำการวิจัยคือ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือน กันยายน 2567 รวมระยะเวลาดำเนินการ 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 94 คน ประกอบด้วย วิทยาลัยนาฏศิลปะอ่างทอง จำนวน 23 คน โรงเรียนเทศบาล 1 วัดต้นสน จำนวน 23 คน โรงเรียนเทศบาล 2 วัดโล่ห์สุทธาวาส จำนวน 24 คน และโรงเรียนเทศบาล 3 วัดชัยมงคล จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง โดยการบรรยาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจและทักษะการนำไปใช้ โดยประยุกต์จากขวัญเมือง แก้วดำเกิง เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมินปี 2564

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน ซึ่งทุกข้อของแบบสอบถามมีผลการวิเคราะห์ IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) และต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 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) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum) สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองพิจารณา และได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัย เลขที่ ATGEC 72/2567

ผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษารายด้านองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง ดังต่อไปนี้

ก่อนดำเนินการของกลุ่มทดลอง พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงจากมากไปหาน้อย คือ องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 (S.D. =0.67) องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 (S.D. =0.56) องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 (S.D. =0.51) และ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 (S.D. =0.61) ตามลำดับ

หลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงจากมากไปหาน้อย คือ องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 (S.D. =0.59) องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (S.D. =0.64) องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (S.D. =0.58) และองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (S.D. =0.64) ตามลำดับ

สรุปผลของพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง ดังต่อไปนี้

ก่อนดำเนินการของกลุ่มทดลอง พบว่า พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 (S.D. =1.18) และนำมาแยกรายข้อโดยจำแนกตามค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงจากมากไปหาน้อย และพบว่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 (S.D. =1.18) รองลงมา คือ รับผิดชอบหน้าที่ในบ้าน เช่น ล้างจาน ทำความสะอาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. =1.24) และคลายเครียดด้วยการเล่นเกมออนไลน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. =1.15) ตามลำดับ

หลังดำเนินการของกลุ่มทดลอง พบว่า ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (S.D. =1.11) และนำมาแยกรายข้อโดยจำแนกตามค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงจากมากไปหาน้อย และพบว่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ หลังจากจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้นนักเรียนล้างมือด้วยสบู่หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 (S.D. =0.99) รองลงมา คือ คลายเครียดด้วยการเล่นเกมออนไลน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. =1.13) และกินอาหารเค็มหรือขนมกรุบกรอบ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (S.D. =0.95) ตามลำดับ

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ

กลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.58 คะแนน) และก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 คะแนน (S.D. = 0.61 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.23-1.57), ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.59 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 คะแนน (S.D. = 0.51 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.12-1.42), ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.64 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 คะแนน (S.D. = 0.56 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.76-1.07), ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.64 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 คะแนน (S.D. = 0.67 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.46-0.74) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ

ชื่อตัวแปร	n	$\overline{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95%CI	p-value
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ								
หลังดำเนินการ	94	4.18	0.58	16.28	1.40	93	1.23-1.57	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	2.78	0.61					
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ								
หลังดำเนินการ	94	4.30	0.59	16.97	1.27	93	1.12-1.42	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	3.03	0.51					
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ								
หลังดำเนินการ	94	4.18	0.64	11.46	0.91	93	0.76-1.07	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	3.26	0.56					
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ								
หลังดำเนินการ	94	4.17	0.64	8.31	0.60	93	0.46-0.74	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	3.57	0.67					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่<0.001

ผลพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ กลุ่มทดลอง พบว่ามีผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.55 คะแนน) และก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 คะแนน (S.D. = 0.34 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.65-0.82) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ

พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95%CI	p-value
หลังดำเนินการ	94	4.21	0.55	16.32	0.74	93	0.65-0.82	<0.001**
ก่อนดำเนินการ	94	3.16	0.34					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง และศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอ่างทอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ สามารถนำมาอภิปรายผลดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.58 คะแนน) และก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 คะแนน (S.D. = 0.61 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.23-1.57) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วุฒิพงษ์ ฆารวิพัฒน์[4] ทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า และ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3, ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.59 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 คะแนน (S.D. = 0.51 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 1.12-1.42) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ จินตนา จันทร์ดี และกิ่งดาว โพธิ์สุยะ[5] ทำการศึกษา ประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี คิดเป็นร้อยละ 72.10 ของคะแนนเต็ม ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับถูกต้องที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 94.87 ของคะแนนเต็ม พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก (M= 85.35, S.D.=4.33) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่า หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณรมีความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวม ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร และสามเณรมีรอบเอวลดลงกว่าก่อนการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามเณรควรได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสามเณรอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับ สุกัญญา คณะวาปี และ เกศินี สราญฤทธิชัย[6] ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 1.ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนแตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 2.7, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 1.3, p <0.001) 2.ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 3.2, p <0.001) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.23, p <0.001) 3.ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 7.2, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 2.9, p <0.001) 4.ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 9.1, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 3.1, p <0.001) 5.ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่างจากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.5, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 1.9, p <0.001) และ6.ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 10.0, p<0.001), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 5.0, p <0.001) กลุ่มทดลอง B มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน 1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 8.2, p <0.001) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 4.5, p <0.001) 2.พฤติกรรมการออกกำลังกาย แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.4, p <0.001)) และกลุ่มเปรียบเทียบ(mean diff : 4.4, p <0.001) และพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่ลดลงระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน (p =0.67) โดยสรุปผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้ ดังนั้น จึงควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในเด็กวัยเรียนกลุ่มอื่นๆ ได้, ผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.64 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 คะแนน (S.D. = 0.56 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.76-1.07) สอดคล้องกันกับการศึกษาของเป็นไปตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)[7] ที่มีแนวคิดว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าและเกิดประโยชน์กับตน โดยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceive benefits of action) คือ การที่รับรู้ว่าการกระทำ นั้นจะมีประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยที่คิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น8ทำให้นักเรียนเกิดความตระหนักถึงผลลัพธ์ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[8] ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนด

แรงจูงใจ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพประกอบกับการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเวลาที่กำหนด และผลการเปรียบเทียบองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.64 คะแนน) และก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 คะแนน (S.D. = 0.67 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.46-0.74) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วุฒิพงษ์ ฆารวิพัฒน์[4] ทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า และ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3

การเปรียบเทียบผลพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ สามารถนำมาอภิปรายได้ผล ดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.55 คะแนน) และก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 คะแนน (S.D. = 0.34 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.65-0.82) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา ทรงสายคัท และคณะ[9] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเชี่ยวโอสถ จังหวัดนครนายก พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = 0.001 และ 0.017 ตามลำดับ รวมถึงความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.88, SD.= 0.43) สรุปผล: ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนสุขศึกษาด้วยหนังสือนิทานนั้น สามารถส่งเสริมให้นักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะ: งานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและสอนเพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาสามารถปฏิบัติตนตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิราภรณ์ ขาวลอยฟ้า และอุไรวรรณ์ หาญวงศ์[10] ทำการศึกษา การพัฒนากิจกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า 1. กิจกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 2 ชั่วโมง รวม 20 ชั่วโมง คือ 1) รู้รักสะอาด ปราศจากโรค 2) ยิ้มสวย ฟันใส ใส่ใจดูแล 3) ล้างมือถูกต้อง ป้องกันไวรัส 4) กินอย่างมีประโยชน์ ไม่เป็นโทษต่อร่างกาย 5) งดสิ่งเสพติด ชีวิตปลอดภัย 6) ครอบครัว

ของฉัน รักกันหวานชื่น 7)ไม่ประมาท แคล้วคลาดอุบัติภัย 8) ออกกำลังกายวันละนิด จิตแจ่มใส 9) อารมณ์ดีเพราะมีความสุข 10) สังคมน่าอยู่ ทุกคนรู้หน้าที่ ทุกกิจกรรมเน้นการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมพร้อม 2) ขั้นปฏิบัติงานกลุ่ม 3) ขั้นประยุกต์ 1.ขั้นติดตามผล มีค่าความเหมาะสมของกิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรม อยู่ในระดับมาก และ 2. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ได้รับการจัดกิจกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ หลังการจัดกิจกรรมได้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในระดับดี และสอดคล้องกับวุฒิพงษ์ ฆารวิพัฒน์[4]ทำการศึกษา รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าและ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3 และสอดคล้องกับ สุนิสา ทรงสายคัท และคณะฯ[9] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเชี่ยวโอสถ จังหวัดนครนายก ผลการวิจัย: พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = 0.001 และ 0.017 ตามลำดับ รวมถึงความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.88, SD.= 0.43) สรุปผล: ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนสุขศึกษาด้วยหนังสือนิทานนั้น สามารถส่งเสริมให้นักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะ: งานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและสอนเพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาสามารถปฏิบัติตนตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้ และสอดคล้องกับนิรมล โทแก้ว[11] ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิถี บวร.ร. ในประชาชน
บ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\overline{X}$= 3.99, S.D.=0.472) และพฤติกรรมสุขภาพ ($\overline{X}$=3.93, S.D.=0.288) เพิ่มขึ้นจากเดิม ก่อนการพัฒนา คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\overline{X}$=2.82,S.D.=0.327) และพฤติกรรมสุขภาพ ($\overline{X}$=2.46, S.D.=0.198) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) และเกิดเป็นโมเดลชุมชนต้นแบบด้วยวิถีบวร.ร (บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน

1. ควรพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพที่หลากหลายและครอบคลุม เพื่อให้แกนนำกลุ่มวัยเรียนมีความเข้าใจในประเด็นสุขภาพที่สำคัญ เช่น การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพจิต การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี โดยควรใช้วิธีการที่เน้นการมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

2. ควรส่งเสริมการใช้สื่อและเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เช่น การใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้แกนนำกลุ่มวัยเรียนสามารถ

เข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผลความรู้ที่ได้รับผ่านเครื่องมือดิจิทัลเพื่อให้สามารถปรับปรุงการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานศึกษา ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับแกนนำกลุ่มวัยเรียนอย่างยั่งยืน รวมถึงการสนับสนุนให้แกนนำกลุ่มวัยเรียนมีโอกาสนำเสนอความรู้และทักษะที่ได้รับในกิจกรรมชุมชนหรือโรงเรียน เพื่อให้เกิดการเผยแพร่ความรู้สู่สังคมในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม หรือบุคลากรทุกท่าน รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แนวทางพัฒนาสู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2024 ก.ย. 21]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2563-F/IDC1_3/opdc_2563_IDC1-3_14.pdf
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561. นนทบุรี: กองสุขศึกษา; 2561.
3. เบญจพร ธิหลวง, วราภรณ์ ศิริสว่าง, รพีพร เทียมจันทร์. พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2024 ก.ย. 21]. เข้าถึงได้จาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/banditvijai/article/view/96577/75346
4. วุฒิพงษ์ ฆารวิพัฒน์. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียนโรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565;7(3):178-187. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/852/555
5. จินตนา จันทร์ดี, กิ่งดาว โพธิ์สุยะ. ประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):56-71. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/252484/174318
6. กัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(2):105-118. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/255706/176420
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Pearson; 2014.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Journal of Social Science & Medicine. 2008;67:2072-8.
9. สุนิสา ทรงสายคัท, รัตติพร โกสุวิน, ปะการัง ศรีมี, สันธาน จันทะมุด, กนกวรรณ ยงยุน, กัญชลิตา ทวอตเมตาแนนต์. ผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเชี่ยวโอสถ จังหวัดนครนายก. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1):216-217. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/249295/168893
10. วชิราภรณ์ ขาวลอยฟ้า, อุไรวรรณ์ หาญวงค์. การพัฒนากิจกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2565;22(4):295-308. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/dhammathas/article/view/258415/175135
11. นิรมล โทแก้ว. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิถี บวร.ร. ในประชาชนบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(1):61-72.

12. ประไพ กิตติบุญถวัลย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, ศักดิ์มงคล เชื้อทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม. 2565;22(4):71-84. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JMSD/article/view/256393/174194
13. บังอร กล่ำสุวรรณ, คณะ. การพัฒนารูปแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564;28(2):95-105.

การจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยต่อการเพิ่ม ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ของสถานศึกษาในตำบลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

Organizing safety promotion activities to increase knowledge, skills, and behavior in fire safety management among workers of educational institutions in Pa Phayom Subdistrict, Phatthalung Province

(Received: October 1,2024 ; Revised: October 8,2024 ; Accepted: October 14,2024)

ธิติมา ณ สงขลา[1] , สุธีร์ อินทร์รักษา[2]
Thitima na Songkhla[1] , Sutee Inraksa[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินระดับความรู้ ทักษะและการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานของสถานศึกษา (2) เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานของสถานศึกษา ก่อน-หลัง การจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 คน ทำการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามดำเนินการก่อนและหลัง การจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย

ผลการศึกษาทำให้ทราบระดับความรู้ ทักษะและการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและหลังจากจัดกิจกรรมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประเด็นที่เห็นถึงความแตกต่างที่ชัดเจน ได้แก่ การจัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในพื้นที่อาคารเรียน พื้นที่ทั่วไปในโรงเรียน การตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้งานของถังดับเพลิงเบื้องต้น การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การดับเพลิงที่ถูกต้อง การช่วยเหลือผู้ประสบภัยและการจัดทำแผนฉุกเฉิน

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความรู้, การจัดการความปลอดภัย, อัคคีภัย, การอพยพ, เหตุฉุกเฉิน

Abstract

This study was quasi-experimental research with the objectives to (1) assess the level of knowledge, skills, and fire safety management among employees of educational institutions and (2) compare the knowledge, skills, and fire safety management behavior among employees of educational institutions before and after organizing safety promotion activities. A sample of 51 people was surveyed, and data was collected using questionnaires administered before and after the safety promotion activities.

The study results revealed the level of knowledge, skills, and fire safety management in the group. Overall, the results were at a good level, and after the event, it was at a very good level. The comparison before and after the event was statistically significant at 0.05.level. Issues that show clear differences include organizing order in school buildings and general areas in schools, checking the readiness of fire extinguishers, reporting emergencies, correcting fire extinguishing, helping victims, and creating emergency plans.

Keywords: Knowledge enhancement, Safety management, Fire, Evacuation, Emergency

---

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ศูนย์วิจัยนวัตกรรมเคมีวัสดุเพื่อสิ่งแวดล้อม สาขาวิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมดิจิทัล มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

[2] อาจารย์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

Corresponding author Email: insutee@tsu.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การเกิดอัคคีภัยในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่าเกิดขึ้นสูงถึง 17,361 ครั้ง ตามพื้นที่เกิดอัคคีภัย ซึ่งส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บถึง 1,051 คน โดยเฉลี่ยต่อปีสูงถึง 210 คน และเสียชีวิต 305 คน เฉลี่ย 61 คน/ปี นอกจากนั้นยังพบว่า ทรัพย์สินเสียหายจากอัคคีภัยเกิดกับ บ้านเรือน/อาคาร/ที่พักมากที่สุด รวม 12,698 หลัง คิดเป็น 2,539 หลังต่อปี[1] ซึ่งจากสถานการณ์อัคคีภัยนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและทรัพย์สินของประชาชน สถานประกอบการและหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศไทย[2]

ในส่วนการจัดการความปลอดภัยด้านอัคคีภัยของสถานศึกษานั้น ควรจัดให้มีแผนอพยพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและมีเส้นทางอพยพอย่างน้อย 2 เส้นทางและฝึกซ้อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง[3] และส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย ให้กับนักเรียนด้วย[4] นอกจากนี้ การบริหารจัดการความปลอดภัยเกี่ยวกับการป้องกันอัคคีภัยนั้น ผู้บริหารต้องตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับมาตรการป้องกันและแก้ไข[5] การให้ความรู้และความตระหนักการป้องกันอัคคีภัยและฝึกซ้อมบุคลากรและนักเรียน[6,7,8] ลดความเสี่ยงในสถานศึกษา ด้านการบริหารระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย[9] และควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะ ประสบการณ และสมรรถนะด้านความปลอดภัย[10,11] นอกจากนี้ควรมี การจำลองสถานการณ์การอพยพหนีไฟให้เป็นตามตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับการป้องกัน และระงับอัคคีภัย พ.ศ. 2555[12] โดยในการส่งเสริมความรู้ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันอัคคีภัยนั้นควรส่งเสริมในด้านต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและตรวจสอบวัสดุ และอุปกรณ์ในการป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัย[13] และการส่งเสริมพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เช่นการดูแลปกป้องคุ้มครองการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยการสอนเกี่ยวกับความปลอดภัย และการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ การปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัย[4,14]

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูล และประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น ด้านความพร้อมในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ของสถานศึกษาในสังกัดของภาครัฐ ในตำบลป่าพะยอมทั้ง 4 แห่ง พบว่าโครงสร้างอาคารเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย เช่น อาคารสภาพเก่า เป็นอาคารไม้ มีแหล่งเชื้อเพลิงอย่างดีที่สามารถติดไฟ และเกิดการลุกลามได้อย่างรวดเร็ว ขาดอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมอัคคีภัย อุปกรณ์ดับเพลิงชนิดมือถือบางจุด การติดตั้งไม่ถูกต้องตามมาตรฐานกำหนด และอยู่ในสภาพที่ชำรุดไม่สามารถใช้งานได้จริงเมื่อเกิดไฟไหม้ ขาดการตรวจตราความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ที่มีอยู่ปัจจุบัน เนื่องจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่เคยฝึกการใช้อุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องปลอดภัยเมื่อเกิดเหตุขึ้นจริง จึงจำเป็นต้องให้ทราบและเรียนรู้วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องปลอดภัย และฝึกซ้อมให้เกิดความเคยชินจนสามารถช่วยเหลือตนเองจากการเกิดเหตุทั้งในสถานศึกษาและสถานที่อื่น ๆ ซึ่งอาจนำไปสู่การช่วยเหลือบุคคลอื่นและสังคมในอนาคต

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัย การเสริมสร้างความรู้ทักษะ และการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานของโรงเรียนหรือสถานศึกษาในตำบลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ลดโอกาสการเกิดเหตุการณ์หรือบรรเทาความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่จะนำมาสู่ผลต่อสุขภาพ และความปลอดภัย การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตของบุคคลกรที่เกี่ยวข้องในสถานศึกษา ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ประเมินค่าไม่ได้ทั้งต่อชีวิต ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อมและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความรู้ ทักษะและการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในผู้ปฏิบัติงานของสถานศึกษาตำบลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะและการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานของสถานศึกษาตำบลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ก่อน-หลัง กิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) และเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) เกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในผู้ปฏิบัติงานของสถานศึกษาในสังกัดของรัฐบาลในตำบลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 51 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ปฏิบัติงาน ของสถานศึกษาสังกัดของรัฐบาลในตำบลป่าพะยอมจำนวน 4 แห่ง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ระหว่างการศึกษาในภาคการศึกษาปกติที่ 1/2564 มีอายุงานไม่น้อยกว่า 1 เดือน และเกณฑ์การคัดออกคือผู้ปฏิบัติงานที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จัดทำขึ้น ไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมและความชัดเจนในเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย วิศวกรรมความปลอดภัยหรือวิศวกรรมอัคคีภัย จำนวน 3 ท่าน หลังจากผ่านผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยหาค่า Scale-level CVI (S-CVI) ผลการคำนวนแบบสอบถามในบุคลากรเท่ากับ 0.97 และทดสอบทำแบบสอบถาม 30 คนแล้วจึงหาค่า ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92 ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.70-1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

เครื่องมือในการศึกษาและการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยเฉพาะ จากการรวบรวมและทบทวนวรรณกรรมอ้างอิงกฎหมาย มาตรฐานและคู่มือเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยประกอบด้วยโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและทักษะด้านการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระยะเวลาทำงานในสถานศึกษา การอบรมเรื่องการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย การศึกษาจากแหล่งอื่นเกี่ยวกับการจัดความปลอดภัยจากอัคคีภัย และการฝึกซ้อมแผนการระงับเหตุเพลิงไหม้และการอพยพหนีไฟ และประเมิน ปฏิบัติได้ = 1 และปฏิบัติไม่ได้ = 0

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัย โดยแบ่งออกได้ 3 ด้านคือ ด้านการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย จำนวน 5 ข้อ ด้านระงับอัคคีภัย จำนวน 10 ข้อ และด้านการอพยพหนีไฟ จำนวน 10 ข้อ และทั้ง 3 ด้านจะประเมิน ใช่ = 1 และ ไม่ใช่ = 0 การแปลผลระดับความรู้คือ ดีมาก = 81-100, ดี = 61-80, ปานกลาง = 41-60, พอใช้ = 21-40 และควรปรับปรุง = 0-20

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย มีคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยการให้คะแนนดังนี้คือ ปฏิบัติประจำ = 5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 ปฏิบัติบางครั้ง = 3 ปฏิบัตินานๆครั้ง = 2 และไม่เคยปฏิบัติเลย = 1 การแปลผลค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับดีมาก(4.21 - 5.00), ระดับดี (3.41 - 4.20), ระดับปานกลาง (2.61 - 3.40), ระดับพอใช้ (1.81 - 2.60) และระดับควรปรับปรุง (1.00 - 1.80)

การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับขั้นตอนที่ 1 และ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ ทักษะและการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมฯ โดยใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาผู้วิจัยเข้ารับการพิจารณา จากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยทักษิณเลขที่ COA No.TSU 2021_240 REC No.0335

ผลการศึกษา

บุคลากรของสถานศึกษา ในตำบลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ประกอบไปด้วย 4 แห่ง ได้แก่ 1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านป่าพะยอม 2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไสกุน 3) โรงเรียนอนุบาลป่าพะยอม และ 4) โรงเรียนบ้านไสกุน ที่ทำการศึกษาความรู้ พฤติกรรมเกี่ยวกับ การจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยรวมทั้งสิ้น 51 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.32) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 43.14) อายุเฉลี่ย 40 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.04) เป็นตำแหน่งครู/อาจารย์ (ร้อยละ 84.31) มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (72.55) เกือบครึ่งมีระยะเวลาทำงานในสถานศึกษา 1-5 ปี (ร้อยละ 49.02) เฉลี่ย 7.0±8.80 ปี มากกว่าครึ่งไม่เคยอบรมเรื่องการจัดความปลอดภัยจากอัคคีภัย (ร้อยละ 51.98) เช่น การดับเพลิง การอพยพหนีไฟ การป้องกันไฟไหม้ นอกจากนี้ กลุ่มบุคลากรของสถานศึกษายังไม่เคยได้รับการฝึกซ้อมแผนการระงับเหตุเพลิงไหม้และการอพยพหนีไฟในรอบ 1 ปี (ร้อยละ 100)

ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษา ความรู้เกี่ยวกับ ความปลอดภัยจากอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันและควบคุมอัคคีภัย (ไฟไหม้) 2) การระงับอัคคีภัย และ 3) การอพยพหนีไฟ ผลการศึกษาก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัย โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากรในสถานศึกษามีระดับความรู้ดี และหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากร ในสถานศึกษามีระดับความรู้ดีมาก เมื่อเปรียบเทียบความต่างของก่อนและหลังจัดกิจกรรมส่งเสริมพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p< 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษา (n = 51)

รายการ	ก่อน			หลัง			t-value	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)		ระดับ	จำนวน (ร้อยละ)		ระดับ		
	ใช่	ไม่ใช่		Yes	No			
1. การป้องกันและควบคุมอัคคีภัย (ไฟไหม้)	38.6(75.70)	12.4(24.30)	G	42.2(83.54)	8.8(86.20)	VG	9.82	<0.001*
2. การระงับอัคคีภัย	38.3(75.11)	12.7(24.89)	G	47.9(93.92)	3.1(6.08)	VG	5.51	<0.001*
3. การอพยพหนีไฟ	41.1(80.59)	9.9(19.41)	VG	47.4(92.93)	3.6(7.07)	VG	6.46	<0.001*
รวม			**G**			**VG**	**9.23**	**<0.001***

หมายเหตุ: Sig* 95%CI, p<0.05**, แปลผลระดับ;** ดีมาก (VG), ดี (G), ปานกลาง (M), พอใช้ (P), ควรปรับปรุง (VP)

ทักษะด้านการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษา ทักษะด้านการป้องกัน และควบคุมอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษาก่อน และหลังการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการ

จัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย โดยภาพรวมพบว่าก่อนการจัดกิจกรรม ส่งเสริมบุคลากรในสถานศึกษามีระดับทักษะดี (0.65±0.46) และหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากรในสถานศึกษา มีระดับทักษะดีมาก (0.88±0.31) และเมื่อเปรียบเทียบความต่างของก่อนและหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

เมื่อพิจารณา ระดับทักษะด้านการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษา จำแนกก่อนจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากร ยังมีทักษะปฏิบัติที่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) การตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้งานของถังดับเพลิงเบื้องต้น 2) การใช้ถังดับเพลิงชนิดผงเคมีแห้งดับเพลิงขั้นต้น 3) การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์การเกิดเพลิงไหม้และ 4) การช่วยเหลือหรือเคลื่อนย้ายผู้ประสบเหตุการณ์ การเกิดเพลิงไหม้ และหลังจัดกิจกรรมส่งเสริม ส่งผลให้กิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทักษะด้านการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยเปรียบเทียบก่อน-หลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมของบุคลากรในสถานศึกษา (n=51)

รายการ	Before (n=51)			After (n=51)			t	p-value
	Amount (percent)		Level	Amount (percent)		Level		
	Practical	Impractical		Practical	Impractical			
1. การประเมินความเสี่ยงอันตรายของการเกิดอัคคีภัยภายในโรงเรียน	36(70.6)	15(29.4)	G	45(88.2)	6(11.8)	VG	2.27	0.028*
2. การสังเกตหาสาเหตุของการเกิดอัคคีภัยภายในโรงเรียน	40(78.4)	11(21.6)	G	46(90.2)	5(9.8)	VG	1.94	0.057
3. การตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้งานของถังดับเพลิงเบื้องต้น (ถังแดง)	25(49.0)	26(51.0)	M	42(82.4)	9(17.6)	VG	3.82	<0.001*
4. การแจ้งเหตุเพลิงไหม้กรณีเป็นผู้พบเห็นเหตุการณ์ไฟไหม้ให้ผู้รับผิดชอบทราบ	44(86.3)	7(13.7)	VG	48(94.1)	3(5.9)	VG	1.27	0.209
5. การใช้สัญญาณแจ้งเหตุฉุกเฉิน (หวอ/กระดิ่ง/ออด/ระฆัง ฯลฯ	36(70.6)	15(29.4)	G	48(94.1)	3(5.9)	VG	3.27	0.002*
6. การใช้ถังดับเพลิงชนิดผงเคมีแห้งดับเพลิงขั้นต้น	22(43.1)	29(56.9)	M	39(76.5)	12(23.5)	G	4.04	<0.001*
7. การอพยพหนีไฟออกจากอาคาร/พื้นที่ไปยังจุดรวมพลที่โรงเรียนกำหนด	37(72.5)	14(27.5)	G	48(94.1)	3(5.9)	VG	3.06	0.004*
8. การสังเกตทิศทางลม ควันไฟเพื่อใช้ในการอพยพหนีไฟไปยังจุดที่ปลอดภัย	36(70.6)	15(29.4)	G	47(92.2)	4(7.8)	VG	2.84	0.006*
9. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์การเกิดเพลิงไหม้	27(52.9)	24(47.1)	M	45(88.2)	6(11.8)	VG	4.82	<0.001*

ตารางที่ 2 ทักษะด้านการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยเปรียบเทียบก่อน-หลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมของบุคลากรในสถานศึกษา (n=51)

รายการ	Before (n=51)			After (n=51)			t	p-value
	Amount (percent)		Level	Amount (percent)		Level		
	Practical	Impractical		Practical	Impractical			
10. การช่วยเหลือหรือเคลื่อนย้ายผู้ประสบเหตุการณ์การเกิดเพลิงไหม้	27(52.9)	24(47.1)	M	42(82.4)	9(17.6)	VG	3.44	0.001*
รวม			**G**			**VG**	**4.73**	**<0.001***

หมายเหตุ: Sig* 95%CI, p<0.05**, แปลผลระดับ;** ดีมาก (VG), ดี (G), ปานกลาง (M), พอใช้ (P), ควรปรับปรุง (VP)

พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษา พฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษา ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเสริมสร้างเกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัยโดยภาพรวมพบว่าก่อนการจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากรในสถานศึกษา มีระดับพฤติกรรมดี (3.67±1.49) และหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากรในสถานศึกษา มีระดับพฤติกรรมดีมาก (4.50±0.82) และเมื่อเปรียบเทียบความต่างของก่อนและหลังจัดกิจกรรมส่งเสริมพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p< 0.05

เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษาจำแนกก่อนจัดกิจกรรมส่งเสริมพบว่าบุคลากรยังมีพฤติกรรมที่ยังอยู่ในระดับปานกลาง คือ การตรวจสอบถังดับเพลิงเบื้องต้น ในจุดที่อยู่ใกล้ห้องเรียนหรือพื้นที่ใกล้เคียง และพบว่าภายหลังจากจัดกิจกรรมส่งเสริมให้แก่บุคลากรในสถานศึกษาจะเห็นได้ว่าระดับพฤติกรรมเปลี่ยนไป อยู่ในระดับดีอย่างมีนัยสำคัญ p < 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษา (n=51)

รายการ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$ ± SD	ระดับ	$\bar{X}$ ± SD	ระดับ		
1. ท่านปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยเกี่ยวกับการป้องกันอัคคีภัยของโรงเรียนอย่างเคร่งครัด เช่น ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามทำให้เกิดความร้อน/ประกายไฟ	4.24±1.53	VG	4.61±0.87	VG	1.51	0.136
2. ท่านสังเกตจุดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยภายในโรงเรียน	3.67±1.21	G	4.43±0.80	VG	3.34	0.002*
3. ท่านแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้อง คุณครู/อาจารย์เมื่อพบจุดที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยในโรงเรียน	3.63±1.50	G	4.29±1.13	VG	2.48	0.016*
4. ท่านรักษาความสะอาด จัดวางสิ่งของเป็นระเบียบไม่ก่อให้เกิดแหล่งเชื้อเพลิงได้ง่าย	4.14±1.21	G	4.65±0.79	VG	2.40	0.020*
5. ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัยเบื้องต้นด้วยตนเอง	3.55±1.27	G	4.31±0.83	VG	3.63	0.001*
6. ท่านให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมหรืออบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัย	4.02±1.40	G	4.71±0.61	VG	3.29	0.002*

ตารางที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยของบุคลากรในสถานศึกษา (n=51)

รายการ	ก่อน	ระดับ	หลัง	ระดับ	t	p-value
	$\bar{X}$ ± SD		$\bar{X}$ ± SD			
7. ท่านสอบถามผู้บริหารโรงเรียน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง/เพื่อนหรือคนใกล้ชิด เมื่อไม่เข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบหรือความปลอดภัยจากอัคคีภัย	3.47±1.34	G	4.43±0.92	VG	4.54	<0.001*
8. เมื่อท่านพบเห็นการกระทำที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย จะรีบเตือนหรือแจ้งผู้บริหารโรงเรียน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง/ผู้ที่เกี่ยวข้อง	3.88±1.42	G	4.57±0.72	VG	3.12	0.003*
9. ท่านตรวจสอบถังดับเพลิงเบื้องต้นในจุดที่อยู่ใกล้ห้องเรียนหรือพื้นที่ใกล้เคียงด้วยตนเอง	3.12±1.59	M	4.18±1.03	G	4.29	<0.001*
10. เมื่อท่านสังเกตเห็นความผิดปกติของถังดับเพลิง ไฟฉุกเฉินท่านจะแจ้งผู้บริหารโรงเรียน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง/ ผู้ที่เกี่ยวข้องทันที	3.47±1.56	G	4.55±0.73	VG	4.54	<0.001*
11. เมื่อท่านพบเห็นเหตุการณ์ไฟไหม้เล็กน้อย จะรีบทำการดับด้วยตนเอง	3.51±1.64	G	4.37±0.93	VG	3.24	0.002*
12. เมื่อท่านพบเห็นสิ่งของวางขวางประตู ทางเดิน ทางออกหรือทางหนีไฟ จะทำการออกออกด้วยตนเองหรือแจ้งจะแจ้งผู้บริหารโรงเรียน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง/ผู้ที่เกี่ยวข้องทันที	3.71±1.55	G	4.51±0.83	VG	3.20	0.002*
13. ท่านจะสังเกตเส้นทางออก ทางหนีไฟอพยพไปยังจุดรวมพลหรือจุดที่ปลอดภัยในโรงเรียน	3.65±1.63	G	4.67±0.65	VG	3.84	<0.001*
14. เมื่อท่านได้ยินเสียงสัญญาณแจ้งเตือนอันตรายหรือเสียงดังผิดปกติจะรีบอพยพไปจุดรวมพลหรือจุดปลอดภัยที่โรงเรียนกำหนด	3.61±1.72	G	4.63±0.72	VG	3.72	<0.001*
15. ท่านจะแจ้งให้ผู้ปกครองทราบถึงจุดรวมพลหรือจุดที่ปลอดภัยที่โรงเรียนกำหนด	3.45±1.72	G	4.61±0.80	VG	4.12	<0.001*
รวม	**3.67±1.49**	**G**	**4.50±0.82**	**VG**	**4.12**	**<0.001***

หมายเหตุ: Sig* 95%CI, p<0.05**, แปลผลระดับ;** ดีมาก (VG), ดี (G), ปานกลาง (M), พอใช้ (P), ควรปรับปรุง (VP)

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัย ของผู้ปฏิบัติงานในสถานศึกษา พบว่าก่อนการจัดกิจกรรมส่งเสริมมีระดับความรู้ในระดับดี และหลังการจัดกิจกรรมบุคลากร มีระดับความรู้ดีมากจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าก่อนจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากรมีระดับความรู้ดี เนื่องจากบุคลากรเกือบครึ่งได้ผ่านการศึกษาจากแหล่งอื่นมาเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดความปลอดภัยจากอัคคีภัย เช่น การดับเพลิง การอพยพหนีไฟ การป้องกันไฟไหม้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัย[15] การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับ เตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัย ในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา ที่ส่งเสริมความรู้และเตรียมความพร้อมสำหรับความปลอดภัยในการทำงาน และสอดคล้องกับรายงานวิจัย[16] ที่ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยด้านอัคคีภัย ของอาคารอยู่อาศัยประเภทอาคารสูง ในกรุงเทพมหานคร โดยพบว่าควรมีการส่งบริหารจัดการความปลอดภัย ด้านอัคคีภัยอาคารสูงที่ดีและสอดคล้องกับรายงาน[17] ความปลอดภัยจากอัคคีภัยในอาคารสูง ที่นำเสนอว่าผู้ใช้อาคารควรศึกษามาตรการเกี่ยวกับ ความปลอดภัยในอาคาร รวมถึงการซ้อมการอพยพหนีไฟอีกด้วย การเปรียบเทียบความต่างของกิจกรรมส่งเสริมก่อนและหลังพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ทักษะและการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย พบว่าก่อนการจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากรใน

สถานศึกษา มีระดับทักษะดี (0.65±0.46) และหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมบุคลากรในสถานศึกษา มีระดับทักษะดีมาก (0.88±0.31) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และเมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับ ความปลอดภัยจากอัคคีภัยของบุคลากรก่อนและหลัง การจัดกิจกรรม พบว่าก่อนการจัดกิจกรรม มีระดับพฤติกรรมดี (3.67±1.49) และหลังการจัดกิจกรรมมีระดับพฤติกรรมดีมาก (4.50±0.82) ซึ่งพฤติกรรมการตรวจสอบถังดับเพลิงเบื้องต้น ด้วยตนเองสามารถเกิดขึ้นได้ดีหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริม เนื่องจากบุคคลกรผ่านการอบรมเกี่ยวกับ การตรวจสอบถังดับเพลิงอย่างถูกต้อง การจัดทำแผนเตรียมพร้อมรับเหตุฉุกเฉินของสถานศึกษาเกี่ยวกับแผนเตรียมพร้อมก่อนเกิดเหตุอัคคีภัยให้มีการตรวจสอบถังดับเพลิงในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตาม สถานศึกษาควรมีการมอบหมาย หรือกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อบุคคลกรเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืนเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน โดยสอดคล้องกับรายงานวิจัย[18] ที่ศึกษาทัศนคติความปลอดภัย การรับรู้การปฏิบัติตามกฎหมาย และพฤติกรรมความปลอดภัย ของพนักงาน ในเขตนิคมอุตสาหกรรมปิ่นทอง จังหวัด ชลบุรี พบว่าพนักงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในภาพรวม (4.30±0.19) การเปรียบเทียบความต่างของก่อน และหลังจัดกิจกรรมพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ดังนั้นกิจกรรมที่ดำเนินการจัดขึ้นเพื่อเสริมสร้างความรู้ทักษะและการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานของสถานศึกษาในตำบลป่าพะยอม ที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาการของระดับความรู้ทักษะ พฤติกรรมและการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย ประกอบด้วย 1) การจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย 2) จัดทำแผนเตรียมพร้อมในการป้องกัน และปรับปรุงป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ และ 3) อบรมเชิงปฏิบัติการ การดับเพลิงขั้นต้นและการฝึกซ้อมการอพยพหนีไฟ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ได้ดำเนินการ บนพื้นฐานจากของผลการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น การตรวจสอบทั้งสภาพแวดล้อมในสถานศึกษา การประเมินถึงระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบัน ที่พบว่ายังอยู่ในระดับควรปรับปรุง พอใช้ถึงปานกลางดังนี้ กลุ่มบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ยังขาดการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัย เช่น การดับเพลิง การอพยพหนีไฟ การป้องกันไฟไหม้ การขาดการฝึกซ้อมแผนการระงับเหตุเพลิงไหม้และการอพยพหนีไฟ การใช้ถังดับเพลิงขั้นต้น อีกทั้งความรู้และทักษะที่ยังขาด ได้แก่ การจัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในพื้นที่อาคารเรียน พื้นที่ทั่วไปในโรงเรียน การปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุเพลิงไหม้ การแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดับเพลิงที่ถูกต้อง การตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้งาน ของถังดับเพลิงเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์การเกิดเพลิงไหม้ และการช่วยเหลือหรือเคลื่อนย้ายผู้ประสบเหตุการณ์การเกิดเพลิงไหม้

ข้อเสนอแนะ

1. สถานศึกษาควรทำการประเมินความเสี่ยงและตรวจสอบความปลอดภัย เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. สถานศึกษาควรส่งเสริมทักษะ ของผู้ปฏิบัติงาน ด้านการตรวจสอบถังดับเพลิงเบื้องต้นในจุดที่อยู่ใกล้ห้องเรียนหรือพื้นที่ใกล้เคียง

เอกสารอ้างอิง

1.ศูนย์ข้อมูลสาธารณภัย.(2567). สถิติรายปีอัคคีภัย [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก : https://datacenter.disaster.go.th/datacenter/cms?id=8528

2. ณ.พงษ์ สุขสงวน, เลิศเลขา ศรีรัตนะ, กฤษดา พิศลยบุตร, วรานนท์ คงสง, นันท์นภัสร อินยิ้ม, บุญธรรม หาญ พาณิชย์ และโกนิฏฐ์ ศรีทอง.(2566). การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะที่จำเป็นของผู้ตรวจสอบระบบป้องกันอัคคีภัย. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม 1: 42-56.

3.สุธาสินี ไหมทอง, อำนาจ ผดุงศิลป์ และประศาสน์ จันทราทิพย์.(2559). การศึกษาการจัดการการอพยพหนีไฟในอาคารโรงเรียนอนุบาล: กรณีศึกษา โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยรังสิต. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. 1: 949-959.

4.เปมิกา ไทยชัยภูมิ.(2561). การศึกษาบทบาทครูในการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยของเด็กวัยอนุบาลในโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพ ฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

5.กัมปนาท นาคบัว.(2565). การศึกษาแนวทางการดำเนินงานรักษาความปลอดภัยของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

6.พระพร มุขยวงศา และวรวรรณ เหมชะญาติ.(2566). ความคิดเห็นของครูเกี่ยวกับการส่งเสริมความปลอดภัยใน โรงเรียน สำหรับเด็กวัยอนุบาล. วารสารการจัดการทางการศึกษาปฐมวัย. 1:18-31.

7.อมรพงศ์ พันธ์โภชน์ และจรุณี เก้าเอี้ยน.(2558). การบริหารสภาพแวดล้อมในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานของกลุ่มลำภู-บางนาค สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานราธิวาส เขต 1. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 1: 34-45.

8.ทศพล เครือวงศ์วานิช, ณัฐธยาน์ ชุมวงษ์ และจิตราวดี รุ่งอินทร์ กันกา.(2562). การจัดทำแผนเตรียมความพรอมในการปองกันอัคคีภัยและการอพยพสำหรับโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ. การประชุมวิชาการสำหรับนักศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 2; 7 มิถุนายน 2562; คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพ ฯ, ไทย.

9.กนกลักษณ์ อรรคมุต และธดา สิทธิ์ธาดา.(2564). แนวทางการบริหารสถานศึกษาปลอดภัย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1. วารสารการบริหารและนิเทศการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 1: 102-107.

10.อนุสรณ์ เสาร์คำ.(2567). การบริหารงานส่งเสริมความปลอดภัยในสถานศึกษาโรงเรียนในอำเภอกัลยาณิวัฒนา สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 6. วารสาร มจร.หริภุญชัยปริทรรศน์. 2: 119-132.

11.รชตภรณ์ ขัยประภา และสายฝน แสนใจพรม.(2566). แนวทางการบริหารจัดการความปลอดภัยในสถานศึกษาโรงเรียนสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 2. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่. 1: 91-108.

12.พสชนัน ศรีโพธิ์ทอง และวสุรัตน์ บุญเพ็ง.(2564). การศึกษาการอพยพหนีไฟในสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิโดยใช้ โปรแกรมทางพลศาสตร์อัคคีภัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยปทุมธานี. 1: 33-47.

13.ณัฐวุฒิฑ์ จำอยู่.(2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2: 22-29.

14.นวพร สุขศรี.(2560). การรับรู้การจัดการความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน: กรณี ศึกษาบริษัท ฯ ผลิตยางรถยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต].ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพ.

15.พิมพิไล ใจตรง, วันเพ็ญ ทรงคำ และกัลยาณี ตันตรานนท์.(2566). การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2: 238-254.

16.สัณห์จุฑา วิชชาวุธ.(2564). รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยด้านอัคคีภัยของอาคารอยู่อาศัยประเภทอาคารสูง ในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 1: 1-13.

17.ทิพวรรณ บุณย์เพิ่ม.(2554). ความปลอดภัยจากอัคคีภัยในอาคารสูง. วารสารการจัดการสมัยใหม่. 2: 1-9.

18.สรญา พุทธขิน, พรรัตน์ แสดงหาญ และอภิญญา อิงอาจ.(2558). ทัศนคติความปลอดภัย การรับรู้การปฏิบัติตามกฎหมาย และพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานในเขตนิคมอุตสาหกรรมปิ่นทอง จังหวัดชลบุรี.วารสารการจัดการธุรกิจมหาวิทยาลัยบูรพา. 2: 50-68.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

Development of road accident prevention models Ubolratana District KhonKaen Province

(Received: October 9,2024 ; Revised: October 13,2024 ; Accepted: October 14,2024)

บังอร แซ่อั้ง[1] ธวัชชัย คำป้อง[2] แววตา สุริยันต์[3]
Bangorn Saeang[1] Thawatchai Kampong[2]Waewta Suriyan[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ตำบล ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปี พ.ศ. 2562-2566 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยผู้บาดเจ็บมากสุดเป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี พาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากสุดคือ รถจักรยานยนต์ เมื่อสังเคราะห์ข้อมูลผู้เสียชีวิต ปี 2566 ตาม Haddon's Matrix ปัจจัยสำคัญด้านบุคคล ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุ ดื่มแอลกอฮอล์ มีโรคประจำตัว ไม่สวมหมวกนิรภัย ปัจจัยด้านพาหนะ ได้แก่ รถจักรยานยนต์ปรับแต่งและจักรยานยนต์พ่วงข้าง ไม่มีทำ พ.ร.บ. ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสงสว่าง สภาพชำรุด ทางโค้ง ลาดชัน เปียก หลังดำเนินการมีการดำเนินงานในด้านจัดทำแผนงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และดำเนินงานต่อเนื่อง จำนวนหน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินการ การรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตของตำบล การสำรวจจุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ มาตรการชุมชน การสอบสวนการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชนหน่วยงาน สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยจำนวนการบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ABSTRACT

This study is an action research with the objective of studying the operational model for road accident prevention in Ubonrat District, Khon Kaen Province. Data were collected by road accident injury or death questionnaire from the Injury Prevention Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health[2], and the road accident injury or death prevention operation questionnaire. The sample group consisted of the district and sub-district road safety operation center committee, community leaders, sub-district health promotion hospital officers, and public health volunteers. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, presented with frequency, percentage, and paired t-test.

The research results found that the situation of injuries and deaths from road accidents in Ubonratana District, Khon Kaen Province in 2019-2023 was trending up. The most injured people were under 20 years old. The vehicles that caused the most accidents were motorcycles[3]. In 2023, when analyzed data of death case according to Haddon's Matrix. The important personal factors included being elderly, drinking alcohol, having congenital diseases,

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
[2] ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมือดแอ่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

and not wearing a helmet. The Vehicle factors included modified motorcycles and sidecars without compulsory insurance. The Road and environmental factors included lighting, broken road, curves, steep slopes, and wetness. After the operation found that there was an operation in terms of creating a plan to prevent injuries and deaths from road accidents and continued operation. The number of participating institute in the operation, collecting data on injuries and deaths in the sub-district, surveying risk points for injuries and deaths, public relations campaigns, community measures, investigation of injuries and deaths from traffic accidents in the event of an incident in the area, and monitoring accidents in the agency community were significantly higher than before the operation at a statistical level of 0.05, with the number of injuries and deaths from road accidents decreasing.

Key word : Model development, road accident prevention

บทนำ

การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญส่งผลต่อความสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน และเศรษฐกิจที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ สมัชชาสหประชาชาติได้ประกาศเจตนารมณ์ในปฏิญญามอสโกให้ปี พ.ศ.2554–2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety)[4] ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกได้ร่วมขับเคลื่อนวาระความปลอดภัยทางถนนของโลกโดยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2553 กำหนดให้ “ปี พ.ศ. 2554–2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” เป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของคนไทยลงครึ่งหนึ่ง หรือต่ำกว่า 10.00 ต่อประชากรแสนคน และได้จัดทำ Global Plan of Action for Road Safety 2021-2030 (พ.ศ. 2564-2573) ภายใต้ทศวรรษแห่งการลงมือทำเพื่อถนนที่ปลอดภัย หรือ Decade of Action for Road Safety 2021–2030 ซึ่งเป้าหมายจะต้องลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนลงให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2573 (SDG Move, 2565)[5] จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2558 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี และอัตราผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 20-50 ล้านคนในแต่ละปี โดยพ.ศ. 2553 รายงานการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย 26,312 ราย (38.07 ต่อประชากรแสนคน) และ พ.ศ. 2555 เสียชีวิต 24,237 ราย (36.20 ต่อประชากรแสนคน)[4] และจากรายงานมรณบัตรของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า อัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2552-2558 ของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 14.95 ในปี พ.ศ.2552 เป็น 19.51 ต่อประชากรแสนคน[6] ในปี พ.ศ.2558 สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 472 ราย (26.33 ต่อประชากรแสนคน)[7] อำเภออุบลรัตน์ แม้จะเป็นอำเภอสีเขียว (เสี่ยงน้อย) แต่จากสถิติการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ.2561-2566 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน1, 3, 2, 2, 5 และ 9 ราย ตามลำดับ เท่ากับ 2.2, 6.69, 4.46, 4.49, 11.27, ละ 20.38 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3] จะเห็นว่าสถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภออุบลรัตน์นั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ศปถ.อำเภออุบลรัตน์ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ แต่การแสดงบทบาทยังไม่ชัดเจน การดำเนินงานมุ่งเน้นที่การแก้ไขผู้ใช้รถ ใช้ถนนเป็นหลัก ยังขาดการมองและแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และชุมชน

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภออุบลรัตน์ และมีความเร่งด่วนต้องดำเนินการแก้ไขโดยต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง จริงจังจากทุกภาคส่วน ถึงแม้ที่ผ่านมากลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการ ศปถ. อำเภอ จะดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่อาจมีบางพื้นที่ บางหน่วยงานที่ยังขาดการนำไปปฏิบัติ และการขยายผลลงสู่ชุมชนรวมถึงประชาชนบางส่วนยัง

ขาดความตระหนัก รวมทั้งมาตรการการดำเนินงานในโรงเรียน สถานประกอบการ ส่วนราชการ และมาตรการชุมชนด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนยังไม่ชัดเจน จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา ระหว่าง ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. ผู้นำชุมชน ภาคสาธารณสุข ภาคการศึกษา ภาคเอกชน อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมวางแผน การปฏิบัติการตามแผน การสังเกต และการสะท้อนกลับเพื่อประเมินผลและปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงาน ตามแนวคิดระบบความปลอดภัยทางถนน (Safe System Approach)[5] เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่อื่น มุ่งสู่ ชุมชน สังคม ประเทศไทย “Vision Zero” ตายเป็นศูนย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อประเมินรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภออุบลรัตน์จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปีงบประมาณ 2562-2566 และสังเคราะห์รายงานสอบสวนการเสียชีวิตทุกรายในปี 2566 โดยใช้แบบสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[2] การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สังเคราะห์รายงานสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2566 จำนวน 9 ราย วิเคราะห์ตาม Haddon’s Matrix[4] จากนั้นจัดทำแผนการการขับเคลื่อนโดย ศปถ.อำเภอ ผ่านระบบสุขภาพอำเภอซึ่งครอบคลุมทุกภาคส่วน 2)การปฏิบัติการ(Act:A) การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนตามแผน 3) การสังเกตการณ์ (Observe:O) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ตามแผนปฏิบัติการ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน ประชุมสรุปผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect:R)[1] เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา และประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผล ทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต เดือน มิถุนายน-กันยายน 2567 การสะท้อนข้อมูลกลับ ผ่านที่ประชุม ศปถ.อำเภอ และระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการร่วมคณะอนุกรรมการด้านการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิต ร่วมในการชี้แจงผลการสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทุกรายและมีการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประเมินผลจากจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เปรียบเทียบ เดือน มิถุนายน-กันยายน 2567 กับ ปี 2564-2566 และแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน เป็น 150, 904, 714, 373 และ 655 ตามลำดับ เท่ากับ 6.69, 4.46, 4.49, 11.27, และ 20.38 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีสัดส่วนของเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน ร้อยละ 50.67, 30.90, 31.65, 30.03 และ 33.13 ตามลำดับ และส่วนใหญ่พาหนะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนคือจักรยานยนต์ ร้อยละ 82.67, 49.12, 82.77, 83.11 และ 87.33 ตามลำดับ[3]

2. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สังเคราะห์รายงานสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2566 จำนวน 9 ราย วิเคราะห์ตาม Haddon's Matrix พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45 มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ ร้อยละ 22 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 55.6 มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ ร้อยละ 33.3 และเป็นคนนอกพื้นที่ไม่ชินเส้นทาง ร้อยละ 11.1 ปัจจัยด้านยานพาหนะ ประเภทยานพาหนะเป็นรถจักรยานยนต์ และจักรยานยนต์พ่วงข้าง ไม่มีการทำ พ.ร.บ. จักรยานยนต์มีการปรับแต่งสภาพ ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ถนนไม่มีแสงสว่างริมทาง สภาพชำรุดเป็นคลื่น หลุมบ่อ ถนนมีลักษณะโค้ง ทางเอียง/ลาดชัน ถนนเปียก สะท้อนข้อมูลกลับเพื่อสร้าง "เจ้าภาพ" ในการประชุม ศปถ.อำเภอ สัญจร 2 โซน ได้แก่ 1)เทศบาลตำบลนาคำ อบต.บ้านดง และ อบต.ศรีสุขสำราญ 2)เทศบาลตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ โคกสูง และ อบต.ทุ่งโป่ง จากนั้นจัดทำแผนการขับเคลื่อนโดย ศปถ.อำเภอผ่านระบบสุขภาพอำเภอซึ่งครอบคลุมทุกภาคส่วน 2) การปฏิบัติการ (Act: A) การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดย 2.1) การประชุม ศปถ.อำเภอ สัญจร 2 โซน เพื่อหามาตรการตามบริบท และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2.2) คืนข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิต ระหว่างปีงบประมาณ 2562-2566 2.3)การพัฒนาศักยภาพคณะอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอ เพื่อให้แสดงบทบาทตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2554 การสอบสวนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 2.4) จัดทำ "นโยบายชุมชน/กติกา" เรื่อง หมวก เมา เร็ว การตั้งด่านชุมชน ด่านครอบครัว และ 2.5) การประชุมถอดบทเรียนการจัดการความปลอดภัยทางถนน อำเภออุบลรัตน์ 3) การสังเกตการณ์ (Observe:O) การติดตามประเมินผล การประชุม ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. การสอบสวน การสะท้อนข้อมูลกลับ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และเสียชีวิต เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ตามแผนปฏิบัติการ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน ประชุมสรุปผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา และประเมินผลการพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

3. ผลการประเมินรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

3.1 ประเมินผลจากจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เดือน มิถุนายน - กันยายน 2567 เมื่อเทียบกับ ปี 2564-2566 พบว่า

จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ และจำนวนผู้บาดเจ็บ ปี 2567 ลดลงกว่า ปี 2566 แต่มีจำนวนมากกว่าปี 2564 และปี 2565 ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตคงที่ในปี 2565-2567[3] ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถิติจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น เดือนมิถุนายน-กันยายน ปีงบประมาณ 2564-2567

ปีงบประมาณ	การเกิดอุบัติเหตุ (ครั้ง)	การบาดเจ็บ (คน)	การเสียชีวิต (คน)	อัตราตายต่อประชากรแสนคน
2564	226	226	0	0
2565	415	414	1	2.36
2566	715	714	1	2.26
2567	641	640	1	2.25

3.2 การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์

3.2.1 ข้อมูลของผู้ดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 141 คน ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 54.6 รองลงมาคือ คณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ ร้อยละ 20.6 อยู่ในพื้นที่ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ร้อยละ 27.0 รองลงมาคือตำบลบ้านดง ร้อยละ 18.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 40.4 รองลงมาคือ 41-50 ปี ร้อยละ 27.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.8 รองลงมาจบปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 27.0

3.2.2 ผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของหน่วยงานก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าหลังดำเนินการมีการดำเนินงานในด้านจัดทำแผนงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และดำเนินงานต่อเนื่อง จำนวนหน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินการ การรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตของตำบล การสำรวจจุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ มาตรการชุมชน การสอบสวนการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชนหน่วยงาน สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของหน่วยงาน

กิจกรรม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. หน่วยงานของท่านมีแผนงาน/แผนปฏิบัติการ/โครงการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	112	79.4	140	99.3	24.30	0.000*
2. แผนปฏิบัติการ/โครงการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	89	63.1	108	76.6	5.31	0.021*
3. จำนวนหน่วยงานที่เข้ามาร่วมดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน						
3.1 มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 หน่วยงาน	81	57.4	64	45.4	6.96	0.008*
3.2 มีตั้งแต่ 5 หน่วยงานขึ้นไป	60	42.6	77	54.6		
4. มีการรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตของตำบล	113	80.1	139	98.6	22.32	0.000*
5. มีการนำเสนอข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตของตำบล ในที่ประชุมของอปท./ อบต.	101	71.6	102	72.3	0.00	1.000

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของหน่วยงาน

กิจกรรม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
6. มีการสำรวจจุดสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต	114	80.9	131	92.9	8.26	0.004*
7. มีการจัดทำแผนที่จุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต	98	69.5	104	73.8	0.48	0.488
8. มีการจัดการ/แก้ไขจุดสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต	107	75.9	109	77.3	0.02	0.880
9. มีการให้ความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจรและการป้องกันในชุมชน	117	83.0	118	83.7	0.00	1.000
10. มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เช่น ใช้หมวกนิรภัย/ คาดเข็มขัดนิรภัย/ การใช้ความเร็วในชุมชน	119	84.4	141	100.0	NA	0.000*
11. มีมาตรการชุมชน/ ธรรมนูญการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน	81	57.4	123	87.2	24.72	0.000*
12. มีการสอบสวนการบาดเจ็บ หรือการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่	113	80.1	127	90.1	NA	0.000*
13. การเฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชนหน่วยงาน หรือองค์กร (ด่าน 363 วัน, ด่านชุมชน, ด่านครอบครัว)						
13.1 มีการจัดตั้งด่านน้อยกว่า 2 ด่าน	107	75.9	78	55.3	21.19	0.000*
13.2 มีการจัดตั้งด่านตั้งแต่ 2 ด่านขึ้นไป	34	24.1	63	44.7		

3.2.3 ด้านความคิดเห็นการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่า

1) ทิศทางการดำเนินงานเพื่อให้ภาพรวมอำเภอลดลง ความคิดเห็นด้านบุคคลมากสุด ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัย ลดความเร็วในการขับขี่ ปฏิบัติตามกฎจราจร และเมาไม่ขับ ความคิดเห็นด้านพาหนะมากสุด ได้แก่ ยานพาหนะต้องมีสัญญาณไฟชัดเจนและสว่าง ไม่จอดรถข้างถนนในที่ห้ามจอด รถไถ รถจักรยานยนต์พ่วงข้าง ควรมีป้ายสะท้อนแสง ความคิดเห็นด้านถนนและสิ่งแวดล้อมมากสุด ได้แก่ ไฟสว่างตามถนน ทางแยก และจุดอันตราย ป้ายจราจรอย่างชัดเจน มีสัญลักษณ์บอกจุดเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ มีป้ายจำกัดความเร็ว ความคิดเห็นด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ โดยให้มีตั้งด่าน/ จุดตรวจ แต่ละตำบล ตรวจเตือนให้สวมหมวกกันน็อก ความเร็ว และการดื่มแอลกอฮอล์ ควรมีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง เพิ่มการประชาสัมพันธ์ การคืนข้อมูล จัดอบรมหลักหรือกฎจราจรขึ้นภายในหมู่บ้าน ให้ความรู้แก่นักเรียน

2) วิธีการโน้มน้าวหรือเชิญชวนให้ประชาชนในหมู่บ้านใช้หมวกนิรภัย คาดเข็มขัดนิรภัย การใช้ความเร็วในชุมชน ความคิดเห็นมากที่สุด ได้แก่ การรณรงค์ในชุมชน การทำประชาคมในชุมชนเพื่อกำหนดมาตรการร่วมกัน การประชาสัมพันธ์ต่อเนื่อง จัดอบรมให้ความรู้ในชุมชน มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ปรับจริงจังต่อเนื่อง

3) การจัดทำแผนป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน

3.1) ลักษณะแผนงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ความคิดเห็นมากสุด ได้แก่ ควบคุมโดยครอบครัวอันดับแรก ผู้นำปกครองทำเป็นตัวอย่าง โรงเรียนมีมาตรการ การประชาสัมพันธ์ การใช้สื่อหอกระจายข่าวอย่างต่อเนื่องในชุมชน การจัดอบรมให้ความรู้ให้แก่เด็กและเยาวชนหรือประชาชนผู้ขับขี่ในพื้นที่ชุมชน หมู่บ้าน โรงเรียน มาตรการในการลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนกฎ

จราจรอย่างชัดเจน การตั้งกฎ ข้อห้ามในหมู่บ้าน มาตรการในโรงเรียน

4) ปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็นมากสุด ได้แก่ ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง พ่อแม่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือ ขาดแผน/แนวทางป้องกันในระดับตำบล และขาดงบสนับสนุนในการแก้ปัญหา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องขาดความสนใจ การสื่อสารระหว่างหน่วยงานกับชุมชน

5) ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นมากสุด ได้แก่ การตั้งด่านในพื้นที่ ซ่อมถนน ติดตั้งไฟส่งสว่างจุดเสี่ยง เฝ้าระวังจุดที่เคยเกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ ตั้งเป็นกฎในหมู่บ้าน มีการบังคับใช้กฎหมายจริงจัง มีการจัดอบรมให้ความรู้ในโรงเรียน ในชุมชน ติดต่อประสานงานกับหน่วยที่รับผิดชอบที่มีงบสนับสนุน

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 108 ราย ในปีงบประมาณ 2561 เป็น 655 ราย ในปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 506.48 เมื่อพิจารณาจำนวนผู้เสียชีวิตพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1, 3, 2, 2, 5 และ 9 ราย ตามลำดับ เท่ากับ 2.2, 6.69, 4.46, 4.49, 11.27, และ 20.38 ต่อประชากรแสนคน พาหนะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนสูงสุดคือ จักรยานยนต์ กลุ่มเสี่ยงคือเยาวชนอายุน้อยกว่า 20 ปี[3] สอดคล้องกับสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค[7]

2. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน(Plan:P) มีการสังเคราะห์รายงานสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2566 จำนวน 9 ราย วิเคราะห์ตาม Haddon's Matrix และคืนข้อมูลกลับเพื่อสร้าง "เจ้าภาพ" ในการประชุม ศปถ.อำเภอสัญจร 2 โซน ได้แก่ โซนที่ 1 ประกอบด้วย เทศบาลตำบลนาคำ อบต.บ้านดง และ อบต.ศรีสุขสำราญ โซนที่ 2 ประกอบด้วย เทศบาลตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ เทศบาลตำบลโคกสูง และ อบต.ทุ่งโป่ง จากนั้นจัดทำแผนการขับเคลื่อนโดย ศปถ.อำเภอ ผ่านระบบสุขภาพอำเภอ(พชอ) ซึ่งครอบคลุมทุกภาคส่วน ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act:A) การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดย 2.1) การประชุม ศปถ.อำเภอ สัญจร 2 โซน เพื่อหามาตรการตามบริบท และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2.2) คืนข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตระหว่างปีงบประมาณ 2562-2566 2.3) การพัฒนาศักยภาพคณะอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอ เพื่อให้แสดงบทบาทตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2554 ประเด็น การสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จัดโดยโรงพยาบาลขอนแก่น 2.4) จัดทำ "นโยบายชุมชน/กติกา" เรื่อง หมวก เมา เร็ว การตั้งด่านชุมชน ด่านครอบครัว นำสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน โดยทีม ศปถ.อปท. และ 2.5) การประชุมถอดบทเรียนการจัดการความปลอดภัยทางถนน อำเภออุบลรัตน์ ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe:O) การติดตามประเมินผลการประชุม ศปถ.อำเภอ ศปถ.อปท. การสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน การสะท้อนข้อมูลกลับ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บและเสียชีวิต เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ตามแผนปฏิบัติการ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา และประเมินผลการพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

3. ประเมินรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

3.1 จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เดือน มิถุนายน - กันยายน 2567 เมื่อเทียบกับ ปี 2564-2566 พบว่า จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ และจำนวนผู้บาดเจ็บ ปี 2567 ลดลงกว่า ปี 2566 แต่มีจำนวนมากกว่าปี 2564 และปี 2565 ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตคงที่ในปี 2565-2567 เนื่องมาจากในปี 2564-2565 มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 กิจกรรมทางกายในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมถึงการสัญจรทางถนนลดลงตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing)[8]

3.2 จากผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังดำเนินการมีการดำเนินงานในด้านจัดทำแผนงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และดำเนินงานต่อเนื่อง จำนวนหน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินการ การรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตของตำบล การสำรวจจุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ มาตรการชุมชน การสอบสวนการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชนหน่วยงาน สูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยมีจำนวนครั้งและการบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อารุณรัตนศ์ อรุณนุมาศ และวิสิทธ์ มารินทร์[9] ที่พบว่า ภายหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน ภายใต้กรอบ 10 กิจกรรมตามแนวคิด One Health ที่ส่งเสริมสนับสนุนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ดังนั้นแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานทุกระดับในการบูรณาการแผนปฏิบัติการและขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ร่วมคิดหามาตรการป้องกันร่วมกันตั้งแต่การสอบสวน การรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตระดับตำบล การสำรวจและแก้ไขจุดเสี่ยง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการเฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชน ตั้งแต่ระดับครอบครัว การตั้งด่านปกติ และช่วงเทศกาล การออกแบบมาตรการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนได้ตรงจุดและต่อเนื่องยั่งยืน สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554-2563”[5] ส่งผลให้การบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสร้างทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนนให้กับเยาวชนโดยเริ่มตั้งแต่วัยเรียน และผู้ปกครองก็ควรทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กและเยาวชน

1.2 ควรมีมาตรการที่ชัดเจนในการยกระดับความปลอดภัยทางถนน มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในชุมชน ให้ทุกคนตระหนักถึงความรุนแรง และความสูญเสียที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน

1.3 ควรดำเนินมาตรการชุมชนควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งกฎหมายจราจร และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

2. ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

2.1 ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในระดับตำบล

2.2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ควรจะมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว และช่วยให้การดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นไปอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Kemmis S, Mc Taggart R.(1982). The Action Research Planner. Deakin University Press: Victoria.
2. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566) .แบบสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/dip/pagecontent.php?page=795&dept=dip
3. โรงพยาบาลอุบลรัตน์. (2566). รายงานจำนวนครั้งการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภออุบลรัตน์. เอกสารอัดสำเนา
4. องค์การอนามัยโลก. (2559). รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ:บริษัทสแกนด์มีเดีย คอร์ปอเรชั่น จำกัด.
5. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2554). แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2554-2563. กรุงเทพมหานคร: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนตอประชากรแสนคน ป พ.ศ. 2556-2558 จำแนกรายจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึง เมื่อ 26 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://thaincd.com/document/file/info/injured/dataInjury%2056-58(12-09-16).pdf
7. ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ. (2566). ระบบบูรณาการการเสียชีวิต (3 ฐาน) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://dip.ddc.moph.go.th/new/
8. กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). 6 วิธีเว้นระยะห่างทางสังคมป้องกัน COVID-19. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledge/categories/covid19/
9. อารุณรัตนศ์ อรุณนุมาศ และวิสิทธ์ มารินทร์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2563; 1:82-93.

รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

Implement Model of the Quality Criteria in Public Sector Management Quality Award Performance of Health Officer in Khok Pro Chai Distric Khon Kaen Province.

(Received: October 9,2024 ; Revised: October 13,2024 ; Accepted: October 14,2024)

ลักษณาพรรณ แก้วมูลมุข[1]
Laksanaphan Kaeomunmuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รายหมวด ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและแบบบันทึกการมีส่วนร่วม สนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบประเมินตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน สถิติอนุมาน Paired t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.05 (S.D.=0.50) หลังการร่วมการดำเนิน งานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (S.D.=0.45) ซึ่งหลังจากที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐเข้าร่วมและมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพการบริการจัด การภาครัฐทำให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย การมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการประเมินคะแนนตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ ก่อนการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ ได้คะแนนด้านกระบวนการทำงาน 2.4 คะแนน ด้านประสิทธิผลการ ปฏิบัติการ 2.5 คะแนน ภาพรวม 2.6 คะแนน หลังการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า ได้คะแนนด้าน กระบวนการทำงาน 4.5 คะแนน ประสิทธิผลการปฏิบัติการ 4.3 คะแนน ภาพรวม 4.4 คะแนน ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ คือ 1) นโยบาย โดยผู้บริหาร 2) การมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน โดยผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้บริหารสามารถนำไปการวางแผนปรับปรุงพัฒนาการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพให้การบริการประชาชนทันสมัย รวดเร็วและเข้าถึงในทุกระดับ

คำสำคัญ: งานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ, รูปแบบการพัฒนา

ABSTRACT

This action research aimed to study an operating model based on Public Sector Management Quality Award (PMQA) criteria Health Officer in Khok Pro Chai Distric Khon Kaen Province. The sample group were stakeholders and those who were involved in the study in the operating model. A total of 40 samples was obtained using a purposive sampling technique. The included samples were 1 executive. Quantitative data were collected by using a questionnaire, a participatory assessment form, and PMQA criteria, while focus groups, workshops, and meetings were used to collect qualitative data. Data collected between July 1st,

[1] กลุ่มงานบริหาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

2024 - September 30st ,2024. Demographic data were quantitatively analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation (SD) and Paired t-test, a type of inferential statistics, was employed to compare a pre-and post-intervention, and content analysis was used for analyzing the qualitative data.

Results suggested that before implementing the PMQA strategy of Health Officer in Khok Pro Chai Distric, the mean participation score was rated at a medium level of 2.05 (S.D.=0.50), while the mean participation score after the intervention was 2.90, represented a high level (SD=0.45). After the PMQA committee had participated and played a role in the PMQA, Health Officer in Khok Pro Chai Distric had a higher level of the participation with statistical significance at 0.05 level and gained higher self-assessment scores, based on the PMQA criteria, of section 6, focusing on operating systems. In other words, before implementing the PMQA concept, the operation score regarding “work processes” was rated at 2.8 points, and the score of “operational effectiveness” was 2.6 points (overall 2.7 points). After the implementation, these scores increased to 4.5 points, and 4.3 points, respectively (overall, 4.4 points). Additionally, after the PMQA Committee participated and played a role in improving the quality of public sector management, the assessment scores of the operations based on the PMQA criteria of Health Officer in Khok Pro Chai Distric had increased. Factors for the success of the implementation based on the PMQA strategy of Health Officer in Khok Pro Chai Distric included: 1) strong emphasis on the PMQA operation of the executives, 2) having participation and integrate of work, The results of this research the manager can be used planning of resource and support the performance of Public Sector Management Quality Award of sub-district health promoting hospital director in Khon Kaen province.

Keyword: Public Sector Management Quality Award, Implement Model

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามพระราชบัญญัติระเบียบการบริหารราชการแผ่นดิน ฉบับที่ 5 พ.ศ.2545 มาตรา 3 /1 บัญญัติไว้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ส่วนราชการต้องใช้วิธีบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยผู้ปฏิบัติต้องคำนึงถึงความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมของประชาชน การตรวจสอบ ประเมินผลตามภารกิจ และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 12 กำหนดไว้ว่า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีกำหนดเป็นมาตรการกำกับการปฏิบัติราชการ มีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรหรือใช้วิธีการอื่น ๆ เพื่อแสดงถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ และมาตรา 45 กำหนดไว้ให้ส่วนราชการมีคณะผู้ประเมินอิสระเพื่อประเมินผลการปฏิบัติราชการในเรื่องผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ คุณภาพบริการ ความพึงพอใจผู้มารับบริการ ภารกิจที่มีความคุ้มค่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีนโยบายในการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องจึงได้นำเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มาใช้ในการพัฒนาองค์กรเรื่อยมา ในปี 2566 เป็นตัวชี้วัดที่ 51 คือ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริหารด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด PMQA Plus[1]

เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบด้วย 7 หมวด คือ การนำ

องค์กร การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ การมุ่งเน้นบุคลากร การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ ผลลัพธ์การดำเนินการโดยมีกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการให้องค์กรภาครัฐมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีขึ้น โดยมีเป้าหมาย ให้เกิด ประโยชน์สูงสุดคือประชาชน วัตถุประสงค์ในการยกระดับคุณภาพการทำงานของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสู่มาตรฐานสากล[2] ในรูปแบบการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้ประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ร่วมกับความพยายามในการทำงาน Schermerhorn,Hunt, &Osborn[3]

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย ได้มีเริ่มนำเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาใช้ในหน่วยงาน ปี 2562 โดยเริ่มดำเนินการปีละ 1 หมวดและเพิ่มหมวดที่ต้องดำเนินการทุกปี และในปี 2565 ดำเนินงานครบหมวด 1 - 7 ตามโยบายเพื่อการพัฒนาระบบคุณภาพร่วมกันเพื่อยกระดับมาตรฐานการบริหารและบริการ เชื่อมโยงทุกมาตรฐาน ให้เกิดความยั่งยืนโดยใช้ต้นทุนเดิมมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสรุปผลการติดตามนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2566 การดำเนินงานด้านสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ร้อยละ 87 ตัวชี้วัด ระดับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับ 5 แต่พบปัญหาขอบเขตผลลัพธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์บางตัวชี้วัดยังไม่บรรลุเกณฑ์ ขาดการบูรณาการอย่างต่อเนื่อง[4] และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ในหลายอย่าง อาทิเช่น บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นโจทย์ที่ท้าทายและให้นโยบายการดำเนินงานแบบบูรณาการจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนการทำงานและวิธีการรูปแบบโดยใช้หลักการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐ มาเป็นแนวทางดำเนินงานมาประยุกต์กับระบบบริหารจัดการของหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ว่าด้วยการพัฒนาองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง จากการประกาศนโยบายดังกล่าวทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนและพัฒนาการทำงานและการเรียนรู้เพื่อให้ทราบรายละเอียดลักษณะงาน ภารกิจงานให้ชัดเจน มีความเข้าใจ และมีทักษะการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ ซึ่งหากผู้ปฏิบัติงานมีรูปแบบการดำเนินงานที่ดี ก็จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐขององค์กรที่ดีขึ้นด้วย

จากความเป็นมาดังกล่าวข้างต้นจึงนำไปสู่ประเด็นปัญหาการวิจัย เพื่อให้ส่วนราชการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการบริการประชาชนที่ทันสมัย รวดเร็วและเข้าถึงในทุกระดับ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้างนวัตกรรมการบริการที่สร้างความแตกต่างและตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่ม และความต้องการเฉพาะบุคคลซึ่งสามารถออกแบบได้ (Personalized Service) วางแผนเชิงรุกในการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งปัจจุบันและอนาคต มีกระบวนการแก้ไขข้อร้องเรียนที่รวดเร็ว และสร้างสรรโดยปฏิบัติงานบนพื้นฐานของข้อมูลความต้องการของประชาชน ส่งผลต่อความพึงพอใจ สร้างความร่วมมือของกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานโดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาบริบท วางแผนการพัฒนา ลงมือปฏิบัติ สังเกตการพัฒนา และสะท้อนผลงาน โดยข้อมูลที่

ได้จากการศึกษาคาดว่าจะเป็นประโยชน์กับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ และเป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่ตรงกับความต้องการเหมาะสมกับบริบทต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แนวคิดของเคมมิลและแม็กแท็กการ์ท[5] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1.การวางแผน 2.ขั้นปฏิบัติการ 3.สังเกตผลการปฏิบัติ 4.สะท้อนผลการปฏิบัติ โดยดำเนินงานตามกรอบกิจกรรม 7 หมวด ดังนี้ การนำองค์การ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้การมุ่งเน้นบุคลากร การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และผลลัพธ์การดำเนินการ ในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย ระหว่าง เดือน กรกฎาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Steering Committee) จำนวน 24 คน และคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Working Team) รายหมวด ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จำนวน 160 คน รวมประชากรทั้งสิ้น 184 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Steering Committee) และตัวแทนคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Working Team) ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในอำเภอโคก โพธิ์ไชย จำนวน 40 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย

2. แบบเก็บข้อมูลลักษณะสำคัญขององค์กร ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย

3. แบบประเมินคะแนนคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งได้ 2 ขั้นตอน

ขั้นเตรียมการ ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือ ถึงตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Steering Committee) และตัวแทนคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Working Team) ประกอบด้วย ผู้แทน

หน่วยงานภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดและวิธีการในการดำเนินงานวิจัย และขอความความเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่

ขั้นดำเนินการ รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิลและแม็กแท็กการ์ท[5] เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2)) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ซึ่งมีกระบวนการดำเนิน ๒ รอบ โดยดำเนินงานดังนี้

1. ประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงแนวทางและวิธีการดำเนินงาน

2. ผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการมีส่วนร่วม

3. เก็บรวมรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินแบบสัมภาษณ์ บันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม

4. ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ ก่อนและหลังการวิจัย

5. จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลและคืนข้อมูล

6. ตรวจสอบความครบถ้วนความถูกต้องคของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน สถิติอนุมานPaired t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 1 กรฎาคม 2567 เลขที่ COE 030/2567 REC 021/2567

ผลการวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชยเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ผลการศึกษาบริบทการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ย 42.5 ปี (S.D.-9.5) ซึ่ง มีอายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 50.0 การศึกษาอยู่ใน ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.0 บริบทการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ จากการวิเคราะห์ห่วงโซ่แห่งภาระกิจหลักและพบปัญหา เช่น การดำเนินงานด้านส่งเสริมและคัดกรองตามกลุ่มวัยยังไม่บรรลุตามแผน

2. ผลการศึกษาลักษณะสำคัญและกระบวนการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย เป็นส่วนราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชานายอำเภอโคกโพธิ์ไชยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีพันธกิจหรือหน้าที่ตามกฎหมาย ดังนี้ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 3) กำกับ ดูแล

ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายมีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่อำเภอและ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับ มอบหมาย มีการวิเคราะห์และประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในหมวดการมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ

3. ผลการศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

3.1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย

3.1.1 มีการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย สรุปผลงานภาพรวม ลักษณะสำคัญขององค์กร วิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน

3.1.2 การจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน 40 คน ได้รูปแบบการพัฒนางานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดังต่อไปนี้

3.1.3 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐภาพรวม พบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการวิจัย แสดงว่าในระยะก่อนและหลังการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.007)

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชยมีดังนี้

1. นโยบาย โดยผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการ

องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้าง คือ โครงสร้างการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย โดยผู้บริหารกำหนดนโยบาย ทิศทาง ค่านิยม แผนงงาน ตลอดจนการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอโคกโพธิ์ไชย

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการรายงาน คือส่งทางเวปไซต์ http://opde.moph.go.th/ และทางผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

องค์ประกอบที่ 3 การปฏิบัติ คือ มีแผนงานโครงการเป็นตัวกำกับให้มีการดำเนินการด้านคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย

องค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วม คือ มีการทำงานกับส่วนที่เกี่ยวข้องการดำเนินการตามนโยบายด้านต่าง ๆ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการ คป.คม. คณะกรรมการ คป.สอ. คณะกรรมการชมรม อสม.

องค์ประกอบที่ 5 การวางระบบการประเมินติดตามผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรม

แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอโคกโพธิ์ไชย

2. การมีส่วนร่วม มีการกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกันและมีส่วนร่วมทุกส่วนในการให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมจัดทำแผน ร่วมปฏิบัติ และมีการบูรณาการงานต่าง ๆ

สรุปและอภิปรายผล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชยมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินการวิเคราะห์ และประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในหมวดการมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ โดย มีวิธีการจัดการและปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการปฏิบัติการเพื่อบริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทำให้ส่วนราชการประสบความสำเร็จ หาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโดยให้ทุกเครือข่ายมีส่วนร่วม มีถอดบทเรียน และคืนข้อมูล เพื่อพัฒนางานอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริมาพร นาศพัฒน์[6] พบว่า ดำเนินการวิเคราะห์ และประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีวิธีการในการออกแบบจัดการและปรับปรุงผลผลิตและ การบริการกระบวนการทำงานรวมทั้งปรับปรุงประสิทธิผล ของระบบการปฏิบัติการเพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทำให้ส่วนราชการประสบ ความสำเร็จและยั่งยืน ได้ประชุมหาแนวทาง วิธีการ การ ดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ควรมีการแต่งตั้ง คณะกรรมการโดยให้ทุกกลุ่มงานมีส่วนร่วม มีการประชุม ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนการดำเนินงาน และคืนข้อมูล โดยมีความต้องการ หรือความคาดหวังในการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระยะเร่งด่วนคือ บุคลากรมีความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการพัฒนา องค์กร ระยะยาวคือ ต้องการให้การพัฒนามีระบบการ ประเมิน กำกับ ติดตามงาน คืนข้อมูลแก่ผู้บริหารและ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานอย่างเป็นระบบ

การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย จากการวิจัย พบว่า บุคลากรและคณะกรรมการทุกท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมากขึ้น มีการเข้าร่วมงานอย่างต่อเนื่อง เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในทุกประเด็น ภาพรวมการมีส่วนร่วมก่อนการดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.05 (S.D.=0.45)และหลังการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชยภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.90 (S.D.=0.50)จากการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐเข้ามาร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ ทำให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชยเกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการเก็บข้อมูลจากการสังเกตการประชุม และสัมภาษณ์ พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้ร่วมกันดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย คล้ายกับการศึกษาของ ลำพูน ฉวีรักษ์ พบว่า ระดับการบริหารจัดการคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีส่วนร่วมหลังปรับปรุงคุณภาพดีขึ้น ปัจจัยความสำเร็จคือทีมงาน ภาวะผู้นำ การสร้างองค์ความรู้การกระจายอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้การปรับปรุงงานสามารถทำได้ตรงจุดมีการตอบสนองที่ส่งผลต่อความพึงพอใจทั้งนี้การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นเพื่อยก ระดับคุณภาพ ปัจจัยที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จได้ประก ด้วย 1) นโยบาย ผู้บริหารให้ความสำคัญ 2) ส่วนร่วม มีเป้าหมายร่วมกันและมีส่วนร่วมในการพัฒนา และ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย ผู้บริหารจะต้อง มอบเป็นนโยบายความสำคัญ มีโครงสร้างการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยมีการ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และคณะทำงาน Dream Team PMQA ซึ่งมี ตัวแทนจากทุกภาคส่วน เพื่อเป็นทีมนำในการขับเคลื่อนการดำเนิน งานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยการมี ส่วน

ร่วม มีเป้าหมายร่วมกันและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ การจัดทำแผน การปฏิบัติและมีการบูรณาการการทำงานร่วมกับงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีรูแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชยให้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด[7]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรให้ความสำคัญกับการวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชยควรมีการศึกษาการดำเนินงานตามเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในหมวดอื่น เพื่อหารูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของหน่วยงานในด้านอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ ดร.กมล ศรีล้อม และคุณมนัญชัย รูปต่ำ ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา อบรมสั่งสอนให้ความรู้ และขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย เพื่อนร่วมงานในสังกัดทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่ง และทุกท่านที่มิได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำการวิจัยฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2565).แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (2566-2670) : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2562)เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯวิชั่น พริ้นท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด.
3. Schermerhorn, R., Hunt, G.,and Osborn, N. (2003). Organizational behavior. New York: John Wiley & Sons.
4. นิเทศงานและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. (2566). สรุปผลการนิเทศงาน สาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ CUP โคกโพธิ์ไชย ประจำปีงบประมาณ 2566. : CUP โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น
5. Kemmis, S & Mc Taggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
6. สิริมาพร นาศพัฒน์และคณะ.(2564). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.วารสาร สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 28(2), 85-94

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก

Effects of self-management program among patients with chronic kidney disease stage 3 and 4 with diabetes mellitus and hypertension on self-management behaviours and clinical outcomes.

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

นงค์นุช คุณะโคตร[1]
Nongnuch Kunakote[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของประชากรที่กำหนด เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้โรคไตเรื้อรัง และ 2) แบบประเมินการจัดการตนเอง ศึกษาในระหว่างเดือน ธันวาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบโดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาค่า t (t-test) ชนิด Independent t-test, Paired t-test

ผลการวิจัย : พบว่า 1) ความรู้โรคไตเรื้อรังและ พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (HbA1C) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิคของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนั้นหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (HbA1C) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) 4) ครีอีตินินและอัตราการกรองของไตหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4, การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This study was a quasi-experimental research aimed to study the effect of a self-management program on self-management behavior and clinical outcomes in patients with chronic kidney disease stages 3and with diabetes and hypertension. The sample consisted of 30 patients with chronic kidney disease stages 3 and 4 who were treated at the Kidney Deterioration Clinic, Outpatient Department. Simple random sampling was used to select the sample groups according to the characteristics of the specified population, consisting of 15 people in each experimental and control groups. The instruments used for data collection consisted of 1) a chronic kidney disease knowledge assessment form and 2) a self-management assessment form. The study was conducted during the months of December 2021 To December 2023, the total period was 6 months. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The comparison was done using inferential statistics to find the t-test (Independent t-test, Paired t-test).

[1] พย.ม.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Results of the study : It was found that knowledge and self-management behavior of the sample group After receiving the self-management program, the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .05$). 3) Clinical results showed that the blood sugar level (HbA1C) and systolic blood pressure level of the experimental group after receiving the self-management program were significantly better than before the experiment ($p < .05$). However, the diastolic blood pressure level before and after the experiment was not significantly different ($p > .05$). In addition, after receiving the self-management program, the experimental group had a mean blood sugar level (HbA1C) that was significantly better than the control group ($p < .05$). However, the mean systolic blood pressure level and the mean diastolic blood pressure level between the control and the experimental groups were not significantly different ($p > .05$). 4) Creatinine and glomerular filtration rate after receiving the self-management program of the experimental group were significantly better than before the experiment and better than the control group ($p < .05$)

Keywords : chronic kidney disease, chronic kidney disease stages 3 and 4, self-management, self-management behavior, clinical results

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศชาติด้วย[1] ในประเทศไทยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง[2] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา ปัจจุบันการรักษาที่ดีที่สุดคือการชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงเท่านั้น[3] โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (HbA1C) < 7% ระดับความดันโลหิต < 130/80 mmHg หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจากการรับประทานยาสมุนไพร ยาแก้ปวดชนิด ยาต้านการอักเสบกลุ่ม NSAIDs[4-5] เป็นต้น

คลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จำนวน 930, 909 และ 1,032 รายตามลำดับ ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยากินแก้ปวดที่ซื้อเอง กินยาสมุนไพรเพื่อลดอาการปวด การปรุงรสอาหารที่ไม่จำกัดความเค็ม รับประทานผลที่มีรสหวานหรือผลไม้ตามฤดูกาลโดยไม่ควบคุมปริมาณน้ำตาล และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยมี ทั้งการให้ความรู้ในคลินิกแต่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้น้อย เกิดการท่องจำมากกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง ขาดการประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้สิ่งที่สอนและคำแนะนำ อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้ป่วย ไม่สามารถนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และการจัดกิจกรรมครั้งเดียวและไม่ได้รับการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเอง ดังนั้นการจัดการตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่สามารถกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลเกิดการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมาย[6] จึงถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน[7] ที่ติดตามค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงใกล้เคียงกับระดับความดันโลหิตปกติได้ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง[8] พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะในการปฏิบัติการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคได้ และการศึกษาของกันตาภารัตน์ อ้วนศรีเมือง (2556)[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเอและดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.5$) รวมทั้งค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (HbA1C) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้มีการศึกษาเรื่อง Self-management in chronic kidney disease[9] พบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาใช้เป็นแนวทางในการชะลอความเสื่อมของไต ได้ประโยชน์เพราะผู้ป่วยสามารถ เกิดกระบวนการคิดการตัดสินใจตั้งเป้าหมาย กำกับตนเอง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยโรคไตได้เป็นอย่างดี[10] Self-management programmes in Stages 1 –4 chronickidney disease: A literature review ศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 โปรแกรมการจัดการตนเองจะประกอบด้วย การให้ความรู้แบบรายบุคคล การติดตามด้วยโทรศัพท์ ซึ่งทีมในการดูแลมีดังนี้ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกำหนดอาหาร/นักโภชนากร เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด และติดตามประเมินผลการจัดการตนเองในเดือนที่ 6 หลังให้กิจกรรม พบว่าสามารถจัดการตนเองและชะลอไตเสื่อมได้ ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างเข้มงวดด้วย และวัดประเมินผลเรื่องคุณภาพชีวิตและทักษะการจัดการตนเอง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตร่วมด้วย มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองที่ดีขึ้น เป้าหมาย เพื่อชะลอความเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 5

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วยต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วม ต่อความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Methakanjanasak (2005)[11] มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งผู้ป่วยใช้ทักษะทั้ง 4 ด้านนี้แล้ว จะทำให้มีความรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และมีการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสม โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 24 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดทักษะและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้ 2) การรู้จักตนเอง 3) การสร้างแรงจูงใจ 4) การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง และ 5) การส่งเสริมและสนับสนุนให้กระทำการดูแลตนเองต่อเนื่องเป็นระยะ โดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และส่งข้อความทางระบบไลน์แอปพลิเคชั่น ระยะเวลา 6 เดือน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสุ่มอย่างมีระบบ สองกลุ่ม โดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง

(Experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุม (Control group) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2564 – ธันวาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากรดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าจากการศึกษา (inclusion criteria)

1. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
2. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4 โดยมีโรคร่วมคือเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง
4. เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
5. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอด
2. แสดงความต้องการออกจากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง : การคำนวณขนาดตัวอย่างได้จากวิธีการคำนวณการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันของ Schiesselman ,1973

สูตรคำนวณ $$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)2\sigma^2}{\delta}$$

n คือ ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

σ^2 คือ ความแปรปรวนของตัวแปรตาม

δ คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างสองกลุ่ม ($\mu_1 - \mu_2$)ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและยอมรับได้ทางคลินิก

$Z\alpha$ คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่สอดคล้องกับ (Type I Error) ที่กำหนด

Z_β คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่สอดคล้องกับ β (Type II Error) ที่กำหนด

ซึ่งงานวิจัย เป็นการทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ สุรดา โพธิ์ตาทอง (2554)[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน ซึ่งประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกคือระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) SBP, DBP, microalbluminuria ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวชี้วัดทางคลินิกด้าน Diastolic blood pressure เท่ากับ 9.19 ผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างสองกลุ่มเท่ากับ 10 .0 คะแนน ถ้ากำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติการทดสอบเท่ากับ 5% และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 90% จะต้องใช้จำนวนตัวอย่างในการทดลองเท่ากับ

แทนค่า $$n = \frac{(1.645+1.282)^2\ 2(9.19)^2}{(10.0)^2}$$

$$n = 14.57$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14.57 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ (1) โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ทักษะทั้ง 4 ด้าน ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Methakanjanasak (2005)[12] และโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้โปรแกรมจากงานวิจัยของ รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และ วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. (2561)[13] ควบคู่กับคู่มือการสอนสำหรับผู้วิจัย ได้แก่ แผนการสอนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีสื่อประกอบการสอน ได้แก่ แผ่นภาพพลิกเรื่อง กินอย่างไรเมื่อไตเสื่อม ตัวอย่างอาหารสำเร็จรูป (food model) แสดงชนิด ปริมาณอาหาร และสัดส่วนอาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง (2) คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยเนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีภาพประกอบคำบรรยายเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น และให้กลุ่มตัวอย่างด้วยเพื่อทบทวนและปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และ (3) แบบบันทึกการจัดการตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกแต่ละวัน เพื่อใช้ติดตามการปฏิบัติตัว และเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ผล

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) แบบประเมินความรู้โรคไตเรื้อรัง 3) แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคไต พัฒนาโดย รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.90 ค่า CVI เท่ากับ 0.96 4) แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พัฒนาโดย รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Methakanjanasak (2005) ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.90 ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และ 5) แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ค่าอัตราการกรองของไต และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก แบ่งเป็นสองกลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองจากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเอง ก่อนทำการเก็บข้อมูลและอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด

2. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ ระยะเวลา 24 สัปดาห์ คือพบแพทย์ เจาะเลือดตามแนวมาตรฐาน พยาบาลซักประวัติและให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และรับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยา

3. สัปดาห์ที่ 24 เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการทดลองจากแบบสัมภาษณ์การจัดการตนเอง และแจกคู่มือการจัดการตนเองเพื่อเป็นแนวทางการดูแลตนเองก่อนยุติการศึกษา

กลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลา 24 สัปดาห์ ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม

2. เก็บข้อมูลครั้งแรกของผู้ป่วย ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และประวัติสุขภาพ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตามตัวชี้วัดทางสุขภาพ Cr, eGFR (CKD-EPI creatinine2009), HbA1C, SBP, DBP) ประเมินความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยให้ความรู้โรคไต ประเมินความรู้เรื่องโรคไตทันทีหลังเสร็จสิ้นการให้ความรู้ สอนทักษะการดูแลตนเองตามปัญหาของพฤติกรรม ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ โดยการพูดคุยในสัปดาห์ที่ 2, 4 หรือผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ ในสัปดาห์ที่ 6, 10 ตามโปรแกรม หรือผ่านทางข้อความในกรณีที่อาสาสมัครไม่มีแอปพลิเคชั่นไลน์

4. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 ที่มาพบแพทย์ตามนัด วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค้นหาปัญหาความเสี่ยงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมทางสุขภาพ/การดูแลตนเอง และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหา

5. สนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ โดยการพูดคุยในสัปดาห์ที่ 13, 15 และส่งข้อความในสัปดาห์ที่ 17, 21

6. ประเมินความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามตัวชี้วัดทางสุขภาพ Cr, eGFR (CKD-EPI creatinine2009), HbA1C, SBP, DBP หลังสิ้นสุดโปรแกรม 24 สัปดาห์

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[14] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รหัสโครงการ 043/64 c วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองโดยส่วนมากร้อยละ 53.4 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุเฉลี่ย 58.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.8 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.6 มีสถานภาพสมรส รองลงมาคือมีสถานะภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 26. 67 มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 66.67 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.34 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่มีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 85 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานระยะเวลาการเกิดโรคต่ำสุด 10 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 28 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 10 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.38 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.5

2. ความรู้โรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองเท่ากับ 10.93 (S.D. =

0.18) หลังการทดลองลดลงเป็น 8.56 (S.D. = 0.11) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองเท่ากับ7.40 (S.D. = 0.15) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 14.24 (S.D. = 0.09) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่าในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน (p <.05) และในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (กลุ่มละ 15 คน)

ความรู้โรคไตเรื้อรัง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
กลุ่มทดลอง	7.40	0.15	14.08	0.10	- 2.53	14	0.00
กลุ่มควบคุม	8.56	0.16	10.98	0.11	-2.53	14	0.01

(p < .05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (กลุ่มละ 15 คน)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
ด้านการรับประทานอาหาร	40.20	0.34	50.80	0.26	43.75	0.34	45.37	0.38	0.017
ด้านการออกกำลังกาย	34.75	0.55	52.75	0.33	46.30	0.32	42.70	0.38	0.019
ด้านการใช้ยา	37.33	0.35	47.75	0.35	52.75	0.33	47.25	0.58	0.017
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	39.60	0.30	53.00	0.29	42.40	0.59	41.71	0.35	0.017
คะแนนเฉลี่ยรวม	38.72	0.22	51.44	0.24	44.76	0.34	43.12	0.27	0.019

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (กลุ่มละ 15 คน)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D			
กลุ่มทดลอง	38.72	0.22	51.44	0.24	5.79	14	0.00
กลุ่มควบคุม	44.76	0.34	43.12	0.27	5.79	14	0.19

P< 0.05

3. พฤติกรรมการจัดการตนเอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมก่อนการทดลองเท่ากับ 44.76 (S.D. = 0.34) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 43.12(S.D. = 0.27) และพิจารณารายด้าน 1) ด้านการรับประทานอาหารก่อนการทดลองเท่ากับ 43.75 (S.D. = 0.34) หลังการทดลองเพิ่มเป็น 45.37 (S.D. = 0.38) 2) ด้านการออกกำลังกายก่อนการทดลอง

เท่ากับ 46.30 (S.D. = 0.32) หลังการทดลองลดลงเป็นท่ากับ 42.70 (S.D. = 0.38) 3) ด้านการใช้ยาก่อนการทดลองเท่ากับ 52.75 (S.D. = 0.33) หลังการทดลองลดลงเป็น 47.25 (S.D.= 0.58) 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนการทดลองเท่ากับ 42.40 (S.D. = 0.39) หลังการทดลองลดลงเป็น 41.71 (S.D. = 0.35) (ดังตาราง 3) ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมก่อนการทดลองเท่ากับ 38.72 (S.D. =0.22) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 51.44 (S.D. = 0.24) พิจารณารายด้าน 1) ด้านการรับประทานอาหารก่อนการทดลองเท่ากับ 40.20 (S.D. =0.34) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 50.80 (S.D. = 0.26) 2) ด้านการออกกาลังกายก่อนการทดลองเท่ากับ 34.75 (S.D. = 0.55) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 52.75 (S.D. = 0.33) 3) ด้านการใช้ยาก่อนการทดลองเท่ากับ 37.33 (S.D. = 0.35) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 47.75 (S.D. = 0.35) 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนการทดลองเท่ากับ 39.60 (S.D. = 0.30) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 53.00 (S.D. = 0.29) ดังแสดงในตารางที่ 2

พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก

ค่าเฉลี่ยด้านผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มควบคุม

1) ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ก่อนการทดลองเท่ากับ7.76 (S.D. = 2.05) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 8.15 (S.D. = 1.87) 2) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิค ก่อนการทดลองเท่ากับ 130.80 (S.D. = 16.52) หลังการทดลองเท่ากับ 130.80 (S.D. = 15.60) 3) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค ก่อนการทดลองเท่ากับ 90.27 (S.D. = 7.70) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 90.53 (S.D. = 7.62) (ดังตาราง 5) กลุ่มทดลอง 1) ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ก่อนการทดลองเท่ากับ7.93 (S.D. = 2.00) หลังการทดลองลดลงเป็น 6.87 (S.D. = 1.15) 2) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิค ก่อนการทดลองเท่ากับ 133.87 (S.D. = 13.32) หลังการทดลองลดลงเป็น 128.80 (S.D. =10.66) 3) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค ก่อนการทดลองเท่ากับ 90.73 (S.D. = 7.30) หลังการทดลองลดลงเป็น 87.53 (S.D. = 8.53) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)	7.87	0.83	8.00	0.76	7.92	1.15	6.91	0.61
2. ความดันโลหิต (มม.ปรอท)								
SBP	149.07	12.15	141.53	12.56	142.67	11.33	124.33	13.56
DBP	73.07	22.87	63.27	9.05	75.13	10.86	68.20	8.80
3. ค่าระดับ Creatinine	1.99	0.60	2.09	0.62	1.71	0.46	1.50	0.39
4. อัตราการของไต	34.54	12.01	32.22	11.62	40.29	16.46	46.76	18.37

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านคลินิกทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) หลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิคหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p- value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D			
กลุ่มควบคุม (n=15)							
1. ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)	7.87	0.83	8.0	0.76	-0.91	14	0.37
2. ความดันโลหิต (มม.ปรอท)							
SBP	149.07	12.15	141.53	12.56	2.07	14	0.57
DBP	73.07	22.87	63.27	9.05	1.46	14	0.16
3. ค่าระดับ Creatinine	1.99	0.60	2.09	0.62	- 2.61	14	0.20
4. อัตราการของไต	34.54	12.01	32.22	11.62	3.48	14	0.04
กลุ่มทดลอง (n=15)							
1. ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)	7.92	1.15	6.91	0.61	4.1	14	0.01
2. ความดันโลหิต (มม.ปรอท)							
SBP	141.67	11.33	124.33	13.56	5.02	14	0.00*
DBP	75.14	10.86	68.20	8.80	2.03	14	0.62
3. ค่าระดับ Creatinine	1.71	0.46	1.50	0.39	3.42	14	0.04*
4. อัตราการของไต	40.29	16.46	46.76	18.37	-3.79	14	0.02*

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้โรคไตเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยการให้ความรู้เป็นแบบตัวต่อตัว รวมทั้งมีการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นเตือน และเอกสารประกอบการสอน เช่น แผ่นพลิก วิดิทัศน์ โดยการให้ความรู้ เรื่องโรคไต วิธีการชะลอไตเสื่อม อาหารแลกเปลี่ยน สาธิตเรื่องสัดส่วนอาหารการตวงปริมาณอาหาร เครื่องปรุงรส โดยใช้แบบจำลองอาหารและคู่มือการดูแลตนเองด้านโภชนาการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 สาธิตและฝึกการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จึงทำให้อาสาสมัครมีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และส่งเสริมให้เกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง การให้ความรู้เป็นแบบการสาธิตและสาธิตย้อนกลับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Al Sawad Ayat Ali และคณะ (2021)[15,16] ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ พบว่า สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วย

มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง มีแนวทางสำหรับอาสาสมัครในการค้นหาและสะท้อนปัญหา รวมทั้งสาเหตุของการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตได้ จึงทำให้รับรู้ปัญหาของตนเองเพื่อใช้ในการวางแผนการจัดการตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไม่ให้ไตเสื่อม เช่น พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของตนเองให้ถูกต้องโดยบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตามแบบบันทึกการดูแลต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 ผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ ในสัปดาห์ที่ 6, 10 ตามโปรแกรม และมีการติดตามประเมินผลของพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 รวมทั้งมีการวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค้นหา ปัญหาอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการตนเอง และให้การชี้แนะในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมทางสุขภาพ/การดูแลตนเอง ทั้งนี้ในโปรแกรมการจัดการตนเองยังให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การสาธิตและสาธิตย้อนกลับที่ดี ส่งผลให้พฤติกรรรมและผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น จึงส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงในระยะเวลา 3 ,6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Narva AS, Norton JM, Boulware LE (2016)[17-18-19] ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงในระยะเวลา 3 เดือน application เป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยโดยการกล่าวชื่มชมและให้กำลังใจเมื่อมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งการให้คำแนะนำและหาแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือปัญหาในการจัดการตนเอง เป็นการสื่อสารแบบสองทาง จึงเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงทอง ธีระทอง และคณะ (2014) [20] ที่ศึกษาเรื่องโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม สุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิคมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$ และ $p = .001$ ตามลำดับ) แต่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิคเฉลี่ย มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้น ($p = .039$) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมาก และมีโรคร่วมหลายโรคทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีชี้วัดทางสุขภาพหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (HbA1C) หลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3) ค่าเฉลี่ยของระดับ eGFR กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมพบว่า 1) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (HbA1C) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองได้การให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อให้อาสาสมัครรับรู้ปัญหา และค้นหาแนวทางการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมทั้งการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ทั้งนี้มีการวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ ก่อนการเข้าโปรแกรมและตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และกล่าวชื่มชม ติดตามเยี่ยมผ่านระบบไลน์ หรือระบบโทรศัพท์ จะเห็นว่า การเสริมสร้าง กำลังใจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและรับรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรังศิมา รัตนศิลา และคณะ[21] ในการใช้ กระบวนการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

การศึกษาครั้งนี้ช่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีโรคเบาหวานและความกันโลหิตสูงร่วม เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของ โรคไตเรื้อรังและการชะลอความเสื่อมของไต โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือการสอนสุขภาพให้กับผู้ป่วยโดยเลือกใช้วิธีการสอน รายบุคคลน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้อยู่ร่วมกับ โรคอย่างต่อเนื่อง การติดตามพฤติกรรมและให้ข้อมูลสุขภาพผ่านการสอนทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ จะช่วยกระตุ้นการตระหนักรู้ในตนเองและและดำเนินพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากและเพิ่มความสามารถ ทักษะในการจัดการตนเอง รวมทั้งลดระดับ HbA1C, SBP และค่า Creatinine ได้ด้วย ดังนั้นจึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้พยาบาลในคลินิกโรคไตเรื้อรังควรนำโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อช่วยในการชะลอความเสื่อมของไตเพราะเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง ที่มุ่งเน้นตอบสนองความพร่องของศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยใช้วิธีการสอนสุขภาพที่มีความหลากหลายวิธี ทั้งการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในการค้นหาและการแก้ไขปัญหา ร่วมกันในทุกกระบวนการทาให้สอดคล้องกับความต้องการและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตโดยกำหนดเป็นนโยบายให้ใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เพื่อและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและปรับปรุงระบบบริการเพิ่มบริการเชิงรุกในการติดตามเยี่ยมบ้าน สนับสนุนการรวมกลุ่มและการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้

3. ข้อเสนอแนะเชิงการส่งเสริมป้องกัน ควรนำคู่มือการดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ3-4 ไปใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงไตวายเรื้อรังเพื่อเป็นการให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเรื้อรังที่จะเกิดขึ้น

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาต่อยอดงานวิจัยต่อไปโดยเพิ่มตัวแปรในการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อประเมินผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านคลินิก เช่น ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ และปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงร่วมด้วย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Jitraknatee J RC, Nochaiwong S. (2020).Prevalence and risk factors of chronic kidney disease among type 2 diabetes patients: a cross-sectional study in primary care practice. Sci Rep.;10(1): 6205.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (HSRI).(2561). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย.
3. ทวี ศิริวงศ์. ปัญหาโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยและการป้องกัน. ใน: ทวี ศิริวงศ์,(editor). Update on CKD prevention strategies and practical points. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น. p 1-7.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2020). การพัฒนานวัตกรรมการรักษาโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.

5. มณีรัตน์ จิรัปปภา.(2557). การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 20(2):5-16.
6. รัชวรรณ ตู้แก้ว.(2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน: มหาวิทยาลัยบูรพา.
7. นฤมล ฮาตไชย.(2556). ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง.(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. กันตาภารัตน์ อ้วนศรีเมือง,จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และ สุพัตรา บัวที.(2013). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเองและดัชนีชี้วัดทาง สุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 31(2).
9. Sa-ngrattanapiman K, Arsa K, Khiewchaum R.(2023). The Effects of a Self-Management Program in Chronic Kidney Disease Stages 3A to 4 Patients on Knowledge, Self- Management Behaviors, and Glomerular Filtration Rate, Sakaeo Crown Prince Hospital. J. Nurs. Public. Health. Res. [Internet]. Dec. 27.
10. Bonner A, Havas K, Douglas C, Thepha T, Bennett P, Clark R.(2014). Self-management programmes in stages 1-4 chronic kidney disease: a literature review. J Ren Care. 40(3):194-204.
11. Methakanjanasak, N.(2005). Self – management of end stage renal disease patients Receiving hemodialysis. Docter of plilosophy in nursing, graduate school, Chiang Mai.
12. สุรดา โพธิ์ตาทอง.(2554). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ,นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และ วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี.(2561). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 5 (1); 57-74.
14. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์.(2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
15. Al Sawad Ayat Ali, Soo Kun Lim, Li Yoong, A. A. R. a. B.-H.(2021). Tang and Chew SCIENCE PROGRESS 104(2); 1-27
16. ศิริลักษณ์ ถุงทอง.(2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.วารสารพยาบาลทหารบก. 18(พิเศษ), 17-24.
17. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และ เพ็ญศรี จาบประไพ.(2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย เบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 280-291.
18. อรุณรัศมี สาที.(2554). พฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังในระยก่อนบำบัดทดแทนไต. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น
19. ภัทรพรรณ อุณาภาค, ขวัญชัย รัตนมณี.(2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 10(2): 44-54.
20. Zorica Kauric-Klein.(2012). Improving blood pressure control in end-stage renal disease through supportive educative nursing intervention. Nephrology Nursing Journal. 39(3), 217-228
21. รังศิมา รัตนศิลา, ขวัญใจอำนาจสัตย์ซื่อ, สิรินทรฉันศิริกาญจน, สิริประภากลั่นกลิ่น, พัชราพร เกิดมงคล.(2558). ผลของการจัดการโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย

Development of care model for HIV infection with NCD patients in Nongkhai Hospital

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

บงกชจันทร์ กถนานนท์[1], วริศรา เบ้านู[1], วันเพ็ญ วิศิษฎ์ชัยนนท์[1], ชลการ ทรงศรี[2]

Bongkotchan Katananont[1] Warisara Boanoo[1] Wanpen Wisitchainon[1] Chonlakarn Songsri[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศึกษาสถานการณ์จากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการ 10 คนและผู้ให้บริการ 8 คน กลุ่มตัวอย่างร่วมกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 8 คน และประเมินผลการใช้รูปแบบจากผู้รับบริการ 30 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำการคัดเลือกแบบเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) รูปแบบ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง 3) แบบสอบถามความรู้ 4) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ และ 6) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - กรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน Independent paired t-test

ผลการศึกษา: รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองคายที่พัฒนาขึ้น มีการจัด NCD conner โดยให้บริการเป็นแบบ One stop service จัดให้มีระบบการคัดกรอง NCD คุณภาพ ในขณะที่ผู้ป่วยทุกได้รับการดูแลจากผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยรับคำปรึกษาจากโภชนากร และมีการนัดให้การดูแลโดยผ่านระบบทางไกล การประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ระยะเวลาการใช้บริการลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอมากขึ้น ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความพึงพอใจ ดีขึ้นก่อนการใช้รูปแบบทั้ง 6 ด้าน และมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.001,.016,.006,.000
,.000 และ .000 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง โดยระยะเวลาการใช้บริการเฉลี่ย 194.76 และ 140.03 นาที ค่าน้ำตาล เฉลี่ย 168.10 และ 141.73 (Mg/dL) ด้านคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.39 และ 14.51 ด้านพฤติกรรมสุขภาพคะแนนเฉลี่ย 60.02 และ 91.7 ความพึงพอใจคะแนนเฉลี่ย 27.06 และ 41.53

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วย, ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย, ผู้ป่วยเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstracts

The research and development aimed to develop a model and study the results of using the model to care for HIV-infected people with chronic non-communicable diseases. The situation was analyzed using a sample group of 10 service recipients and 8 service providers. The sample group jointly determined the model to care for HIV-infected people with chronic non-communicable diseases, totaling 8 people, and the model was evaluated using a sample group of 30 service recipients. All sample groups were selected purposively according to the research objectives. The research instruments consisted of 1) a care model for HIV-infected people with chronic non-communicable diseases, 2) a semi-structured questionnaire, 3) a knowledge questionnaire, 4) a health promotion behavior assessment form, and 5) a satisfaction assessment form for recording outcome data. Data were collected between October 2023 and July 2024. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics with an Independent paired t-test.

Results of the Study: Model of Care for People with HIV and Chronic Non-Communicable at Nong Khai Hospital features an NCD corner that provides a one-stop service, ensuring a quality NCD screening system. Every patient receives

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย .

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: noya2599@bcnu.ac.th: Corresponding author

care from a case manager and counseling from nutritionists. Appointments are also managed through telemedicine. After implementing this model, the service duration decreased, blood sugar levels improved, medication adherence increased, knowledge and health behavior scores improved, and overall patient satisfaction enhanced. All six dimensions showed statistical significance with p-values of .001, .016, .006, .000, .000, and .000, respectively. The average scores were as follows: Average service duration: 194.76 minutes (before) and 140.03 minutes (after), blood sugar (mg/dL): 168.10 (before) and 141.73 (after), knowledge score: 9.39 (before) and 14.51 (after), health behavior score: 60.02 (before) and 91.7 (after), satisfaction score: 27.06 (before) and 41.53 (after)

Keywords: Patient care model, goal achievement, HIV patients with non-communicable chronic diseases

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome : AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human immunodeficiency virus) เข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคเสื่อมหรือบกพร่อง ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว[1] โรคเอดส์จัดเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ ร้อยละ 1.0 อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 0.10 คนต่อ 1,000 ประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 0.17 คนต่อ 1,000 ประชากร[2] เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญใน[3] ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 ข้อมูลระดับประเทศ ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 8 และโรงพยาบาลหนองคาย พบมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 574,606 คน, 35,593 คน และ 3,627 คน เข้าสู่กระบวนการรักษา 423,942 คน, 25,671 คน และ 2,706 ขาดการรักษา 55,137 คน, 3,366 คน และ 304 คน ตั้งแต่เริ่มมีการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง ใน ปี พ.ศ. 2539 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อายุยืนยาวมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ และได้เปลี่ยนแนวโน้มจากการป่วยและตายด้วยโรคติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเอดส์ลดลง[4]กลายเป็นความเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease : NCD) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน กลุ่มอาการเมตาบอลิค (Metabolic syndrome: MS) หรืออ้วนลงพุง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติแทน ในปี 2567 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 441,640 ราย เสียชีวิต 8,237ราย มีเพียง 2% เท่านั้นที่เสียชีวิตจากโรคเอชไอวี

ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยเป็นโรค NCD ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า 320,000 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี และพบว่ากลุ่มที่ได้รับยาสูตร HAART มีผลให้เกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง ระดับไขมัน ในเลือดผิดปกติ ภาวะดื้ออินซูลินหรือเบาหวาน lipodystrophy และความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการได้รับยากลุ่ม Protease inhibitors (PIs)[5]ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 49.2 มีภาวะโรคร่วมเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 22.5 มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 2 ชนิด จากการศึกษาผู้ป่วย 1,813 คน มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 3.75 cases per 1000 person-years และจาก Multivariate analysis พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ โรคไขมันในเลือดสูง, โรคเบาหวาน, ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว และโรคหลอดเลือดสมองตีบ[6] ดังนั้นในดูแลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการคัดกรองภาวะเสี่ยง และจัดบริการรักษาโรคร่วมให้มีประสิทธิภาพด้วย เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[7] ตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อคุณภาพ ของกรมควบคุมโรค จึงต้องมีกระบวนการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาจัดการโรค

เรื้อรังแก่บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการดูแล ลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเองและส่งต่อการรักษาดูแล ระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในฐานะ ผู้นิเทศทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก จึงเห็นความจำเป็นที่จะมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองคายขึ้น โดยคาดหวังว่ารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองคาย จะช่วยทำให้ค้นหาและจัดการปัจจัยเสี่ยงหรือ โอกาสเสี่ยง ได้มีประสิทธิภาพ ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ลดภาวะเสี่ยง ลดอาการแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ การบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย

3. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคายโดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (research and development : R&D)[8] โดยการประยุกต์ แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022[9] และแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ[10] เป็นกรอบการพัฒนา และใช้โปรแกรมการตั้งเป้าหมายและกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายร่วมกันตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment) (King, 1981)[11] เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และประเมินคุณภาพการบริการโดยใช้แนวคิดของ Donabedian มาใช้ประเมินผลการพัฒนา โดยประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome)[12] โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอน ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2566 เพื่อทำความเข้าใจกับบริบท และสถานการณ์ สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ 1) ประสบการณ์ การใช้บริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) ความต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 10 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 คน เวชระเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม NCD ปี 2566 จำนวน 10 ฉบับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2566- มกราคม 2567 ผู้วิจัยนำผลสรุปจากการสัมภาษณ์และการศึกษาค้นคว้าทบทวนอย่างเป็นระบบ สู่การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการประชุมระดมสมอง (Brain Storming) ผู้ร่วมวิจัยได้แก่พยาบาลพยาบาลวิชาชีพใน Clinic ARV (Co-nurse) 2 คน,แพทย์ประจำ Clinic ARV, เภสัชกร, โภชนากร, แพทย์แผนไทย พยาบาลผู้จัดการรายโรค NCD และนักกายภาพบำบัด สาขาละ 1 คน รวมเป็นเจ้าหน้าที่ 8 คน ผู้วิจัยทำการสรุปและยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

1) สร้างรูปแบบการดูแล One stop service NCD corner 2) ปรับสภาพแวดล้อมห้องให้คำปรึกษา 3) พัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วย 4) พัฒนาหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะ Co nurse 5) พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก/แบบประเมิน 6)ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 ราย

ระยะที่ 3 การดำเนินการใช้รูปแบบการดูแลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2567 ดังนี้

1) พัฒนา Co nurse โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ 10 ราย ดังนี้ (1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้แก่ทีมพยาบาลชี้แจงแนวปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (2) กิจกรรมฝึกทักษะการให้คำปรึกษา การใช้เครื่องมือแบบประเมินผู้ป่วยให้แก่ทีมพยาบาล (3) ให้คำปรึกษาหรือสอนแนะเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะ เสริมข้อมูล เมื่อพยาบาล Co nurse ให้คำปรึกษาหรือทำกิจกรรมพยาบาล (4) ประชุมสรุปบทเรียนสำหรับ Co nurse และสรุปแนวทางการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อถอดบทเรียน (5) ประเมินผลความรู้ทักษะ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) นำข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ และ Co nurse ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในรอบแรกมาแก้ไขปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์

3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม NCD จำนวน 30 ราย ดำเนินการใน เดือนมีนาคม 2566 โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะให้การดูแลโดยโทรติดตามข้อมูลทางโทรศัพท์และให้การดูแลทุกครั้งที่มาใช้บริการ โดยจะได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ของคิง มีการประเมินตนเองตามบริบทรายบุคคล ตั้งเป้าหมาย และแก้ปัญหาอุปสรรคร่วมกัน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม NCD โรงพยาบาลหนองคาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ประวัติการแพ้ยาและอาหาร จำนวนยาที่ใช้ประจำใน 1วัน

2.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามปลายเปิดใช้ในสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยข้อคำถาม

1) ประสบการณ์การใช้บริการที่ ARI Clinic และความต้องการการบริการ/การดูแลการใน ARI Clinic

2) สถานการณ์รูปแบบการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 3) ปัญหา อุปสรรค ความยุ่งยาก ในการใช้บริการที่ ARI Clinic 4) ความต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

2.3 แบบสอบถามความรู้ จำนวน 20 ข้อ เลือกข้อที่ถูก การแปลคะแนนความรู้ โดยรวมคะแนนเป็นคะแนนมาตรฐาน 0-20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ [13] คะแนน 13.34-20.00 มีความรู้ระดับดี คะแนน 6.67-13.33 มีความรู้ระดับพอใช้ คะแนน 0- 6.66 มีความรู้ระดับต่ำ

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับ[14] แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 73.34-100 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี คะแนน 46.67-73.33 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้ คะแนน 20- 46.66 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับโดยกำหนดระดับคะแนนจาก 1- 5 โดยที่ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 36.67-50.00 ระดับความพึงพอใจ ระดับดี

คะแนน 23.34-36.66 ระดับความพึงพอใจ ระดับพอใช้ คะแนน 10.00-23.33 ระดับความพึงพอใจระดับต่ำ

2.6 แบบบันทึกข้อมูล ระยะเวลาการใช้บริการ (นาที) ระดับน้ำตาลในเลือด (Mg/dL) แบ่งระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 3 กลุ่ม[15] ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 100 Mg/dL หมายถึง ภาวะปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 Mg/dL หมายถึงมีภาวะเสี่ยง หรือเบาหวานแฝง ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ/มากกว่า 126 Mg/dL หมายถึงเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิต (mmHg) แบ่งระดับความดันโลหิตเป็น 2 กลุ่ม [16] ความดันโลหิต ระดับปกติ <140/ 90 mmHg ความดันโลหิตระดับสูง ≥140/ 90 mmHg การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหาความ ความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านได้ ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.00 นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้แบบสอบถาม 30 ชุดทดลองใช้ และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามความรู้มีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 0.78 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่า cronbach alpha 0.93 แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น cronbach alpha 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์ตามคำถามที่ออกแบบไว้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพมีการจดบันทึกการสัมภาษณ์ โดยผู้ช่วยนักวิจัย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย คนละ 10-15 นาที ในวันที่มาใช้บริการ ARV clinic การสนทนากลุ่มในทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 คนจำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที ประเด็นเกี่ยวกับความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้สนทนา สถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาและความต้องการพัฒนา และศึกษาเวชระเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม NCD ในปี 2566 จำนวน 10 ฉบับ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 โดยผู้ร่วมวิจัยได้แก่พยาบาลพยาบาลวิชาชีพใน Clinic ARV (Co-nurse) 2 คน, แพทย์ประจำ Clinic ARV, เภสัชกร, โภชนากร, แพทย์แผนไทย พยาบาลผู้จัดการรายโรค NCD และนักกายภาพบำบัด สาขาละ 1 คน รวม 8 คน โดยการประชุมระดมสมอง (Brain Storming) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการถาม การฟัง การสังเกต แล้วสรุปประเด็นการสนทนา โดยการจดบันทึกการสนทนากลุ่มร่วมกับการบันทึกเสียงและภาพถ่าย

3. รวบรวมสรุปวิเคราะห์เนื้อหาสรุปและยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 1) สร้างรูปแบบการดูแล One stop service NCD corner 2) ปรับสภาพแวดล้อมห้องให้คำปรึกษา 3) พัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วย 4) พัฒนาหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะ Co nurse 5) พัฒนาเครื่องมือช่วยในการพยาบาล (แนวปฏิบัติทางคลินิก/แบบประเมิน) นำให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ประกอบด้วยผู้ป่วย จำนวน 10 ราย นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบ ให้สมบูรณ์

4. เก็บรวบรวมข้อมูลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองคาย ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจเข้าร่วม จำนวน 30 คน

5 รวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลรวมข้อมูลก่อนและหลังนำแนวทางไปใช้โดยใช้สถิติ Pair t - test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

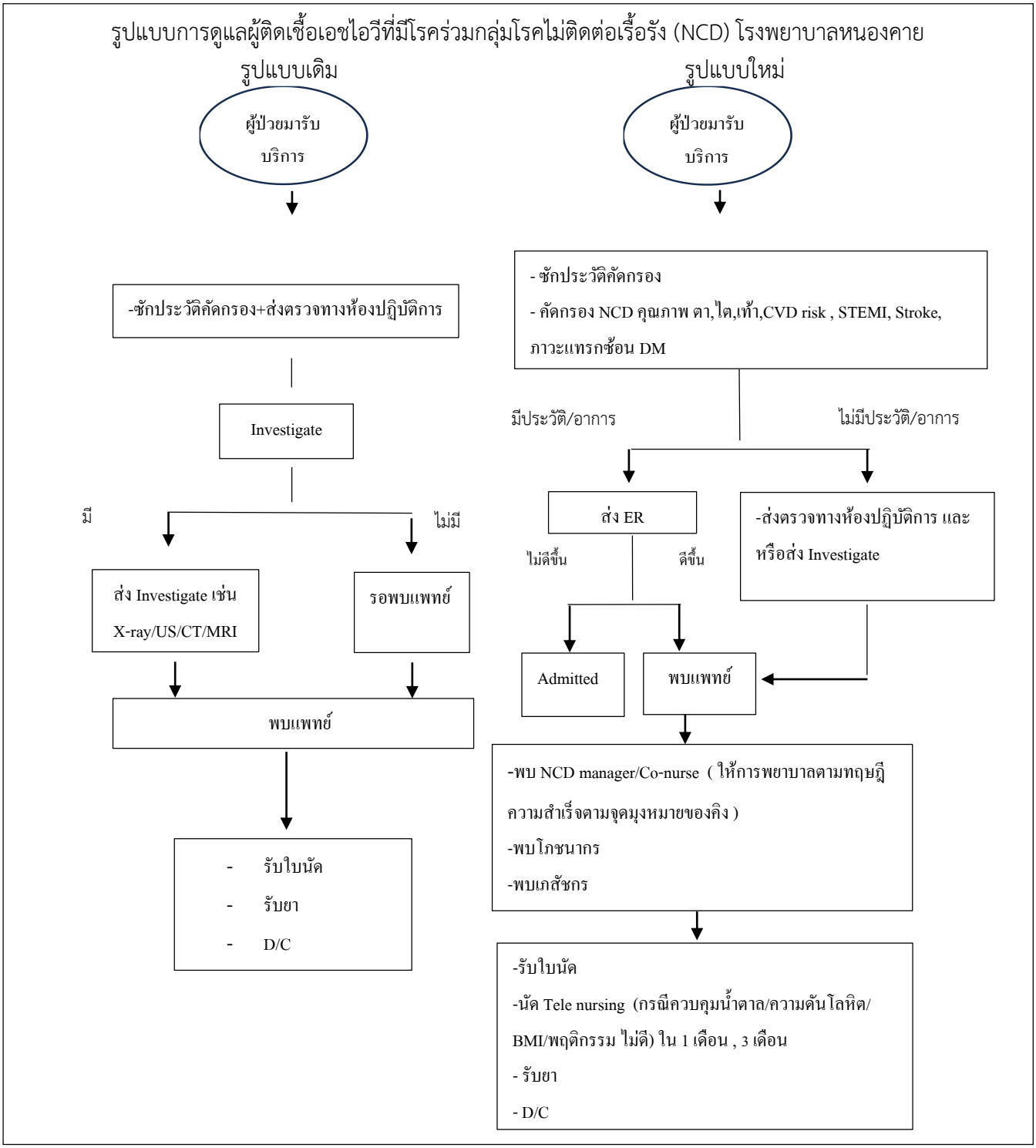
จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำเสนอเค้าโครง ร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง และได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 เลขที่ 25/2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การบริการ ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง (ระดับ Standard : S) มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับยา ARV ปี 2563-2565 จำนวน 3,191 คน, 3,447 คน และ 3,627 คน เข้าสู่กระบวนการรักษาประมาณร้อยละ 70 (2,444 คน, 2641 คน และ 2,706 คน) ขาดยาร้อยละ 11 (239 คน, 244 คน และ 304 คน) มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 28.29, 34.24 และ 36.06 ตามลำดับ ผู้ป่วยจะตรวจพบว่าเป็น NCD ภายหลังการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี 5-10 ปี สาเหตุอาจเกิดจากอายุที่เพิ่มขึ้น ยาต้านไวรัส มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 505, 593 และ 626 คน คิดเป็นร้อยละ 39.92, 35.06 และ35.10 ปัญหาและอุปสรรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด จำนวน 559 คน (ร้อยละ 31.13) ถูกนัดมาตรวจมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีโรคร่วมถึง 3 เท่า ขาดนัดจำนวน 177, 236 และ 289 ครั้ง มีผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ จำนวน 33, 65 และ 88 คน (ร้อยละ 23.91, 39.39 และ 45.83) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ จำนวน 22, 31 และ 47 คน (ร้อยละ 40.74, 44.92 และ 53.40) และมีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตแทรกซ้อนจากโรค NCD ต้องส่งสังเกตอาการ ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 12, 19 และ 32 คน (ร้อยละ 2.76, 3.28 และ 4.97) โรงพยาบาลหนองคายมีนโยบายให้การรักษาติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน Clinic ARV การจัดบริการมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่มีแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เพื่อค้นหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่มีบริการตามมาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพ เมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการจะได้รับการซักประวัติทั่วไป ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามโปรแกรมผู้ป่วยติดเชื้อ พบแพทย์ รับยา รับใบนัด และจำหน่าย จากการทำการสนทนากลุ่มแบบ มีเป้าหมาย ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการที่ Clinic ARV แพทย์ พยาบาลวิชาชีพใน Clinic ARV (Co-nurse) พยาบาลผู้จัดการรายโรค NCD พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ได้รับบริการตามมาตรฐานอื่น ๆ เหมือนผู้ป่วย NCD ที่รักษาในคลินิก NCD คุณภาพ เช่น ไม่ได้รับการประเมิน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การคัดกรองการสูบบุหรี่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะเครียด และการติดสุรา การติดตามควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิต การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย แสดงได้ ดังภา



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย

3. ผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น

1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศชาย 56.7% หญิง 43.3%) อายุเฉลี่ย 52.9 ปี สถานภาพสมรสสูงสุด 15 คน (50.%) ไม่ได้เรียน 3 คน ประถมศึกษา 7 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 12 คน รวมเป็น 72.3% ไม่ได้ประกอบอาชีพ 5 คน เกษตรกรรม 6 คน รับจ้าง 9 คน รวม 3 กลุ่มนี้ คิดเป็น 66.7% ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพ (30บาท)/สูงอายุ/พิการ 22 คน (73.3%) ส่วนใหญ่น้ำหนักปกติ น้ำหนักเกิน 10 คน (33.3%) มีโรคร่วม เบาหวาน 25 คน (83.33 %) ความดันโลหิตสูง 12 คน (40.0%) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาติดเชื้อและเป็น NCD (ปี) เฉลี่ย 10.60, S.D.=5.5248 จำนวนยาที่กินประจำ(เม็ด) เฉลี่ย 5.833,S.D.= 3.11928 น้ำตาลในเลือด เฉลี่ย =168.100, S.D.= 46.9602 FBS ≥ 126 Mg/dL จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ค่า Systolic Blood Pressure เฉลี่ย 133. 6333, S.D.= 26. 69429 ค่า Diastolic Blood Pressure เฉลี่ย= 83. 2333, S.D.= 14.56421 มีค่าความดันโลหิต≥140/90 mmHg จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ระยะเวลา ใช้บริการรวม (ชม) เฉลี่ย 3.25,S.D.= 79.15227(เร็วสุด 1 ชม. / นาน สุด 6 ชม.)

2) การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย (คะแนนเฉลี่ย) ระยะเวลาการใช้บริการค่าเฉลี่ย 194.7667 นาที (S.D.= 79.1522) หลังใช้รูปแบบระยะเวลาการใช้บริการลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 140.03 นาที (S.D.= 25.14) น้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 168.10 Mg/dL (S.D.= 46.96) หลังใช้รูปแบบลดลงเป็นเฉลี่ย 141.73 Mg/dL (S.D.= 46.18) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value = .016, น้ำตาลในเลือด กลุ่มที่มีค่า ≥126 Mg/dL ก่อนใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 178.16 (S.D.= 45.07) หลังใช้รูปแบบน้ำตาลในเลือด ลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 147.92 (S.D.= 47.99) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.020**,** Systolic Blood Pressure ค่าเฉลี่ย 130.06 mmHg (S.D.= 21.69) หลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 123.90 (S.D.= 24.97) ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ส่วน Diastolic Blood เฉลี่ย 79.13mmHg (S.D.= 8.78) หลังใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 76.33 (S.D.=8.38) ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ส่วนกลุ่ม Systolic Blood Pressure ≥140 mmHg มีค่าเฉลี่ย168.88 (S.D.=18.92) หลังใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 131.88 (S.D.= 17.20) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.001, และกลุ่ม Diastolic Blood Pressure ≥ 90 mmHg พบค่าเฉลี่ย 101.44 (S.D.= 12.37) หลังใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 76.33 (S.D.= 11.23) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.001 การกินยาอื่นสม่ำเสมอแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.006 มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 9.39 (S.D.= 3.28) หลังใช้รูปแบบด้านความรู้สูงขึ้นระดับดี เฉลี่ย 14.51(S.D.= 2.037) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.01, ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพอใช้ เฉลี่ย 60.02 (S.D.= 9.71) หลังใช้รูปแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพระดับดี 91.70 (S.D.= 14.50) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.01, ด้านความพึงพอใจ ในระดับพอใช้ เฉลี่ย 27.06 (S.D.= 4.58) หลังใช้รูปแบบด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับดี 41.53 (S.D.= 4.16) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนพัฒนา (n=30)		หลังพัฒนา (n=30)		95%Confidence Interval of the Difference		t	P-value <.05
					Lower	Upper		
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ระยะเวลาการใช้บริการ (นาที)	194.77	79.15	140.03	25.14	24.37788	85.08879	3.688	.001
น้ำตาลในเลือด (Mg/dL)	168.10	46.96	141.73	46.19	5.33476	47.39857	2.564	.016
น้ำตาลในเลือดกลุ่ม ≥126 Mg/dL	178.16	45.08	147.92	48.00	5.11823	55.36177	2.484	.020
Systolic *Blood Pressure* (mmHg)	130.07	21.69	123.90	24.98	-5.80728	18.14062	1.053	.301
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	79.13	8.78	76.33	8.39	-2.09953	7.69953	1.169	.252
กลุ่ม Systolic *Blood Pressure* ≥140 mmHg	168.89	18.92	131.89	17.20	2.29081	5.93141	5.208	.001
กลุ่ม Diastolic Blood Pressure ≥ 90 mmHg	101.44	12.37	73.33	11.24	1.83493	4.41198	5.590	.001
การกินยาอื่นสม่ำเสมอ	.7667 (76.70%)	43,018 .00	1.0000 (100%)	0.00	.07270	.39397	2.971	.006
มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ	.9333 (93.33%)	0.25	1.0000 (100%)	0.00	-.02807	.16140	1.439	.161
ความรู้ (20คะแนน)	9.40	3.29	14.51	2.04	3.98170	6.25497	9.210	.000
พฤติกรรมสุขภาพ (100 คะแนน)	60.03	9.72	91.71	14.50	24.79210	38.56790	9.407	.000
ความพึงพอใจ10ข้อ (50 คะแนน)	27.06	4.58	41.54	4.16	12.35344	16.59322	13.964	.000

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น มีปัญหาและอุปสรรคเช่น ขาดนัด กินยาไม่สม่ำเสมอ น้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ควบคุม อีกทั้งผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รู้แต่เรื่องติดเชื้อ มีความรู้เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของบงกช โมระสกุลและคณะ [17] ที่พบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตปกติเพียง ร้อยละ 23.08 และระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วอยู่ในระดับปกติเพียงร้อยละ 6.41 ระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย ระดับพฤติกรรมสุขภาพปานกลางและการศึกษาของพวงผกา สุริวรรณ[18] พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับต่ำ และกลาง ร้อยละ 38.8

และ50.6 มี พฤติกรรมลดเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับปานกลาง ร้อยละ 80.4 ค่าความดันโลหิต (mmHg) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL) สูง การดูแลผู้ป่วยร่วมกับแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพโดยใช้โปรแกรมการตั้งเป้าหมายและกิจกรรมการพยาบาลอย่าง มีเป้าหมายร่วมกันตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment) ที่นำมาใช้ในการศึกษาเป็นแนวคิดที่เสนอกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการให้แลกเปลี่ยนการรับรู้ เพื่อการรับรู้ที่ตรงกัน มีการกำหนดเป้าหมาย และหาวิธีการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ตลอดจนร่วมมือกันปฏิบัติตามวิธีที่ตกลงร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเชื่อว่าหากมีการรับรู้ปัญหาร่วมกัน การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอย่างยั่งยืน จากผลการวิจัยที่ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการรับบริการลดลง และอีกทั้งระดับน้ำตาลในเลือดระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการการดูแลด้าน HIV/NCDs จะเป็นการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า เช่นเดียวกันมีการศึกษาที่ไม่เห็นด้วยกับการจัดการพยาบาลผู้ป่วย HIV แยกจาก NCD ในปัจจุบัน[19] และการมีแนวทางในการดำเนินงานการประกาศใช้แนวทางปฏิบัติร่วมกันส่งผลให้ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น[20] หลังปรับปรุงรูปแบบและมีแนวทางการปฏิบัติการดูแล ส่งผลให้ผู้รับบริการยินยอมเปิดเผยตัวและเข้ารับบริการมากขึ้น [21] การให้การดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยจะสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสและระดับ CD4 Lymphocyte ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[22] และมีการศึกษาที่พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้ พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานและญาติสูงขึ้นและมีทักษะการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นโดยที่มพึงผู้ป่วยมีความพอใจในระดับมาก [23] ซึ่งการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีการดำเนินการคัดกรองเชิงรุกเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะ เป็นการช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทั้งเอชไอวี และกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดี เพิ่มการเข้าถึง ลดระยะเวลา มีการจัดการปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ มีการส่งต่อข้อมูล การดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนให้เห็นการเข้าถึงการรักษาที่ครอบคลุม [24] และส่งผลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความมั่นใจในระบบบริการเนื่องจากการบริการเป็นไปในแนวทางเดียวกัน [25,26,27] อธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เป็นกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีความพิเศษและซับซ้อนแตกต่างจากกลุ่มอื่นไม่ต้องการเปิดเผยตัวตน กลัวถูกตีตรา การไปรักษาหลายๆคลินิก และถูกนัดหลายครั้งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษา การจัดรูปแบบบริการที่ครอบคลุม มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีเอกสารคู่มือ มีสหสาขาวิชาชีพช่วยทำให้การปฏิบัติงานราบรื่นมีประสิทธิภาพขึ้น สอดคล้องกับการใช้โปรแกรมตั้งเป้าหมายและกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment) (King, 1981) และการดูแลจัดการรายกรณีการพยาบาลทางไกล มีผลให้ระยะเวลาการใช้บริการลดลง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิตดีขึ้น [28,29] อธิบายได้ว่าในการจัดรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การจัดการรายกรณี/รายกลุ่ม เพื่อให้มีการตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ มีการติดตามโดยใช้การพยาบาลทางไกล ทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกขึ้น พยาบาลทางไกลเป็นการเสริมพลังทำให้การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความ

ต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดของทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King's theory of goal attainment) ได้เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ เน้น 3 ระบบย่อย คือ ระบบของบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและพลังงานนตลอดเวลาจนเกิดการรับรู้ การยอมรับนับถือในความสามารถของบุคคลที่จนสามารถแสวงหา และใช้ความรู้ตัดสินใจและเลือกการกระทำด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มเป้าหมายสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์เป็นไปในทิศทางบวก ทั้งด้านการเข้าถึงบริการและด้านผลลัพธ์การจัดบริการ ควรขยายผล โดยกำหนดให้นำรูปแบบการดูแลไปบูรณาการในห้องตรวจอื่นๆที่ดูแลโรคหลักที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยไม่ผ่านคลินิก NCD เช่นห้องตรวจหู คอ จมูก ห้องตรวจศัลกรรม เพื่อให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้การดูแลเหมือนรับบริการที่ คลินิก NCD คุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. วันทนา มณีศรีวงศ์กูล.(2545). การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์. โครงการอบรมพยาบาลด้านการสอนญาติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ: คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2021). UNAIDS DATA 2021 [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDSData_book_2021_En.pdf
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Thailand's Top 10 Causes of Death in 2019 [cited 2023 Sep 10]. Available from: http://www.healthdata.org/thailand.
4. Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al.(2013). Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D: A:D): a multicohort collaboration. Lancet 2014; 384: 241-48. 11. World Health Organization. A global brief on Hypertension [online]. [cited 2023 Sep12]; Available from: URL: http:// ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf
5. เหมือนแพร บุญล้อม.(2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 33(3): 427 – 440.
6. พรชนัน ดุริยะประพันธ์.(2564). ลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุมากกว่า 50 ปี โรงพยาบาลหัวหิน พ.ศ. 2561–2562.วารสารแพทย์เขต 4-5 40(3): 348-359.
7. พาธิตา สิทธิเจริญชัย.(2559). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV ในประเทศไทย โดยศึกษา 5 ปีย้อนหลัง.[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอายุรศาสตร์]. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. ชุมพล เสมาขันธ์.(2552). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D).วารสารวิทยาศาสตร์ 10: 97-104.
9. กรมควบคุมโรคติดต่อ.(2565). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022 .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์อักษะกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
10. กรมควบคุมโรค.(2558). คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2558. [อินเทอรเน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/1861
11. นริสา วงศ์พนารักษ์.(2556). ทฤษฎีการพยาบาลของคิง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 31(4): 15-25.
12. Donabedian,A.(2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. NewYork: Oxford University Press ; 2003.

13. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร.(2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์.(2546). ระเบียบวิธีการวิจัยสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟูปริ๊นติ้ง; 2546.
15.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระปรมราชูปถัมภ์.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ:บริษัทร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
16. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2566). [อินเทอรเน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=338
17. บงกช โมระสกุล, พรศิริ พันธสี, วาณี โพธิ์นคร และ ศุภชัย ตรีบำรุง.(2021). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา ประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซี่การ์เด้นโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ จ.ปทุมธานี. Journal of Public Health Nursing 35(1): 68-87.
18. พวงผกา สุริวรรณ.(2564). รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูน.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 17(2): 41-50
19. Tiny Masupe, Yohana Mashalla, Esther Seloilwe, Harun Jibril, and Heluf Medhin.(2019). Integrated management of HIV/NCDs: knowledge, attitudes, and practices of health care workers in Gaborone, Botswana. Afr Health Sci. 19(3): 2312–2323.
20. ประจักร เหิกขุนทด.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลส่องดาว.วารสารโรคเอดส์ 33(3): 155-162.
21. สัจพงษ์ โชคคติวัฒนา และ ดวงฤดี วรชุณ.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์.วารสารโรคเอดส์ 32(1): 15-27.
22. โกวิทย ทองละมุล. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ.การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12 1660-11671.
23. เพ็ญศรี แคนยุกต์, อัญชลีพร ดำรัศมี และ สัตตบงกช คีรีรัตน์.(2565). พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเท้าเบาหวาน โรงพยาบาลตรัง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 6(11) : 251-23.
24. Hervé N. (2020). Kambale.DSD for People Living with HIV and NCDs. [online]. [cited 2023 Sep 11]; Available from: http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=1094.
25. มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์,สมจิตร สกุลคู, ณฤดี ทิพย์สุทธิ์ และวันเพ็ญ วิศิษฎ์ชยนนท์.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลหนองคาย.วารสารกองการพยาบาล 47(1): 190-208
26. สมหวัง โรจนะ.(2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 31(2): 205-221.
27. ฐิษยมาส บุศยารัศมี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.วารสารแพทย์ เขต 4-5 42(1): 66-77.
28. ณิสาชล นาคกุล.(2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 23(2):79-87.
29. สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม.(2562). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ ยงรายใหม่. Journal of Ratchaphruek 17(2): 95-104. (in Thai)

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

Out come Development of a care model for newborns at risk of early onset sepsis at the sick newborn ward Mukdahan Hospital.

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

สุภาภรณ์ น้อยเจริญ[1], อารมย์ พรหมดี[2], แสงไทย ไตรยวงค์[2] และ วงค์เพ็ชร ผลสวัสดิกุล[2]
Supaporn Noijaroen[1] Arom Promdee[2] Saengthai Triyawong[2] and Wongpet Ponsawasdikul[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร และ 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสภาพการณ์ และพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก คือทีมสุขภาพ จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และมารดาและทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก แบบคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก (EOS) แบบบันทึกติดตามและเฝ้าระวังอาการทางคลินิก (Early onset sepsis) และแบบบันทึกข้อมูลการติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัด ศึกษาในระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 - มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Independent t–test

ผลการศึกษา : พบว่า (1) อัตราทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก (2) ระยะเวลาที่พยาบาลตรวจพบอาการติดเชื้อในกระแสเลือด (3) ระยะเวลาที่ตัดสินใจรายงานแพทย์ (4) ร้อยละการดักจับและการจัดการภาวะติดเชื้อภายใน 15 นาที (5) อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (6) วันนอนในโรงพยาบาล (7) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่ดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น (8) ระยะเวลาที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาหลังรับรายงาน (9) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.51

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด, การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This research was an action research. Objectives : 1) To study the care situation of newborns at risk of initial sepsis in the neonatal ward, Mukdahan Hospital; 2) To develop a care model for newborns at risk of initial sepsis in the neonatal ward, Mukdahan Hospital; and 3) To study the effects of the care model for newborns at risk of initial sepsis in the neonatal ward, Mukdahan Hospital. The sample group used to study the situation and develop a care model for

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมุกดาหาร
[2] โรงพยาบาลมุกดาหาร

newborns at risk of initial sepsis was 12 health care teams selected by purposive sampling according to the specified qualifications, and mothers and newborns at risk of initial sepsis. There were 30 control groups and 30 experimental groups. The simple random sampling was selected to participate in the research. The research instruments included a general information questionnaire, a satisfaction assessment form, a model for caring for newborns at risk of early bloodstream infection, a screening form for newborns at risk of early bloodstream infection (EOS), a clinical symptom monitoring and surveillance record form (Early onset sepsis), and a monitoring and reporting form according to the indicators. The study was conducted between June 2023 and March 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The differences were compared using the Independent t-test.

Results : It was found that (1) the rate of newborns with initial bloodstream infection (2) the time that nurses detected symptoms of bloodstream infection (3) the time to decide to report to the physician (4) the percentage of infection detection and management within 15 minutes (5) the mortality rate from bloodstream infection (6) days in the hospital (7) the treatment cost were found to be The experimental group after using the new model was significantly better than the control group after using the old model at a statistical significance level of 0.05, except for (8) the time that the doctor ordered treatment after receiving the report and (9) the time that the patient started receiving antibiotics within 1 hour after diagnosis. The experimental group after using the new model was not significantly different from the control group after using the old model at a statistical significance level of 0.05. As for the satisfaction of professional nurses with using the model, it was found that the average satisfaction was at a high level $\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.51.
Keywords : Neonatal sepsis, Care of newborns at risk of sepsis in the early stages, Model development

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด (neonatal sepsis) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[1] พบได้ในทารกแรกเกิดในช่วง 28 วันแรกหลังคลอด[2] เป็นภาวะที่มีความรุนแรงที่ทำให้การทำงานของอวัยวะในร่างกายล้มเหลว เกิดภาวะช็อค และเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วในทารกแรกเกิด[3] พบอุบัติการณ์ทั่วโลกสูงถึง 3,000,000 คนต่อปี[4] มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 24[5] และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[6] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ทารกติดเชื้อในกระแสเลือด 13-61 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย[7] และพบอัตราตายร้อยละ 6-33[8] ทารกที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดบางรายพบปัญหาทางด้านพัฒนาการและสติปัญญาตลอดจนมีความพิการ เช่น สมองพิการ สูญเสียการได้ยิน มีความผิดปกติของการมองเห็น[9] ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น[10] กล่าวสรุปได้ว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดเป็นภาวะวิกฤติของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่รุนแรง การพัฒนาระบบในการดูแลทารกแรกเกิดที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดได้

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดใน พ.ศ. 2558 มี 3 หลักการ ได้แก่ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงานและการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการดูแลรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลา[11] ซึ่งหัวใจสำคัญของการดูแลรักษา คือ ความรวดเร็วในการคัดกรองอาการให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาทันที ดังนั้นการประเมินทารกแรกรับและค้นหาทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกเพื่อติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารก

อย่างรวดเร็วเพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที มีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของทารกที่อาจส่งผลกระทบต่อการเสียชีวิตของทารกได้[12] จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราเสียชีวิตของทารกได้

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลมุกดาหาร ให้การดูแลรักษาทารกที่รับย้ายจากห้องคลอด, หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด หอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอดและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนรวมทั้งรับผู้ป่วยจากสาธารณรัฐประชาชนลาวที่มีความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน จากการรวบรวมสถิติของโรงพยาบาลมุกดาหาร พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 57.7, 38.9, 41.5 ตามลำดับ โดยมีอัตราการเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ร้อยละ 1.35, 0.89, 3.44 ตามลำดับและอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4.44, 2.94, 2.24 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เมื่อวิเคราะห์ด้านอาการและอาการแสดงของทารกที่ติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกที่พบบ่อยที่สุดในปี 2565 ได้แก่ 1) หายใจหอบ ร้อยละ 59.77 2) เขียวปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 41.37 3) มือเท้าเย็น ร้อยละ 36.78 4) มีไข้ ร้อยละ 34.48 และ5) มีภาวะหายใจลำบาก ร้อยละ18.39 นอกจากจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตแล้ว การติดเชื้อระยะแรกยังส่งผลกระทบหลายด้าน คือทารกต้องนอนโรงพยาบาลนาน ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรจำนวนมากในการรักษา จากสถิติปี 2563-2565 พบอัตราการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.02, 7.42 และ7.54 และอัตราค่ารักษาเฉลี่ย 8,919.33, 15,808.72 และ15,073.48 บาทตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นโรคที่มีอัตรานอนโรงพยาบาลนาน และอัตราค่ารักษาสูง 1 ใน 5 กลุ่มโรคที่พบในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของบิดามารดาที่ต้องสูญเสียบุตรหากบุตรเสียชีวิตและสูญเสียสัมพันธภาพจากการที่ต้องแยกจากบุตรที่นอนโรงพยาบาล

ผู้วิจัยในบทบาทของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายขององค์กร การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการในหน่วยงาน การกำกับมาตรฐานบริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน รวมทั้งบทบาทของผู้ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล ร่วมกับได้นำ เพื่อให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกได้รับการดูแลตามรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิดตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis; & Mc Taggart)[13] ประกอบด้วย 2 ระยะ

คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรกของทารกแรกเกิด ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการศึกษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ศึกษาในระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 - มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมุกดาหารและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย กุมารแพทย์ที่ตรวจรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลมุกดาหาร และ 2) ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่รับย้ายจากห้องคลอด, หอผู้ป่วยที่ดูแลทารกแรกเกิดทุกหอผู้ป่วยและทารกที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน อายุระหว่าง 0-3 วัน ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

กลุ่มตัวอย่าง : 1) ระยะการศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย กุมารแพทย์ที่ตรวจรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 12 คน โดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-Probability sample) ด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) 2) ระยะประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หมายถึง ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่รับย้ายจากห้องคลอด, หอผู้ป่วยที่ดูแลทารกแรกเกิดทุกหอผู้ป่วยและทารกที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน อายุระหว่าง 0-3 วัน ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) ด้วยการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยในระยะทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน[14] เพื่อการกระจายตัวข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power อ้างอิงงานวิจัยของฉฏาธร ปรานมนตรี, วรรณภา ตั้งแต่ง, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, ประกอบพร ทิมทองและ ชุลีพร การะภักดี ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิด ค่า Effect size ที่ 1.03, ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power) 0.95, ระดับความเชื่อมั่น 0.05[8] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 คือ 4 คน เท่ากับ 30 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี Sample size จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก (EOS) แบบบันทึกติดตามและเฝ้าระวังอาการทางคลินิก (Early onset sepsis) ผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะ

ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.89, 0.80, 0.76 ตามลำดับ ส่วนรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก และแบบบันทึกข้อมูลการติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัด มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.8

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

2) ผู้ศึกษาเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวก

3) ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากเวชระเบียนประวัติของผู้ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก

4) ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ปกครองทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ภายหลังจากที่ได้รับการตรวจแล้วหรือภายหลังแพทย์พิจารณาพบว่าเป็นทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ผู้ปกครองทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกที่เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่อง วัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วมรวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมและเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้

5) การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรกของทารกแรกเกิด การค้นหาปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลสถิติ/การวิเคราะห์สถิติทางระบาดวิทยา 2) การทบทวนเวชระเบียน/การทบทวนกรณีศึกษา 3) การทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม การวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นปัญหา 4) การทบทวนความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบ และ 5) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการที่จะนำไปสู่การแผนพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรก

เกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง 2) เก็บรวบรวบข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา 3) ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา 4) จัดทำแผนและรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) เป็นกระบวนการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ได้แก่ 1) ประชุมชี้แจงและเพิ่มพูนทักษะทีมสหวิชาชีพผู้ร่วมวิจัย 2) การลงมือปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกที่กำหนดไว้ 3) การสังเกตผล (Observation) เป็นกระบวนการตรวจสอบและศึกษารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก โดยการสังเกตและประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบที่ได้กำหนด และ 4) การสะท้อน/ทบทวน (Reflection) เป็นการปรับกระบวนการในรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ตามประเด็นที่ได้จากการสังเกต และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบที่ได้กำหนด นำไปสู่การกำหนดรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกใหม่เพื่อนำสู่การใช้ปฏิบัติจริงต่อไป โดยประเมินผลที่เกิดขึ้นทั้งผลลัพธ์เชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ให้บริการ คือ (1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ 2) ด้านผู้ป่วย คือ (1) อัตราทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก (2) ร้อยละการดักจับและการจัดการภาวะติดเชื้อภายใน 15 นาที (3) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย และ (4) อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) ด้านคุณภาพบริการ คือ (1) ค่าใช้จ่ายในการรักษา และ (2) วันนอนในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการค้นหาปัญหาทางคลินิก การสนทนากลุ่มและทบทวนเวชระเบียน ข้อเสนอแนะ อุปสรรค ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพจากการนำรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลมุกดาหาร กับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลมุกดาหาร ใช้สถิติ Independent 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)[15] ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเลขที่ MEC 30/66 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 43.20 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.0 ตำแหน่งระดับชำนาญการ ร้อยละ 80.00 ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดส่วนใหญ่ มากกว่า 8 ปี ร้อยละ 90.0 ทั้งหมดมีประสบการณ์การประชุม อบรม สัมมนาเกี่ยวกับ neonatal

ข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ยาที่ใช้เป็นประจำ ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทารกของมารดา ของมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันโดยอายุมารดากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 30 ปีและกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 29 ปี โดยส่วนใหญ่จะอายุ 26-30ปีขึ้นไป การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มจะเป็นครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป และอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มียาที่ใช้ประจำ มารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยงแต่พบว่าภาวะเสี่ยงของมารดาจะคล้ายกันคือมีน้ำเดิน ≥18 ชั่วโมง, Poor prenatal care, มีไข้ ≥ 38 องศาเซียลเซียสก่อนคลอดและมีน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ ในส่วนที่แตกต่างกันคือ โรคประจำตัว ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะไม่มีโรคประจำตัว แต่จากผลการวิเคราะห์พบว่า มารดากลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มทดลอง โรคที่มารดาทั้งสองกลุ่มเป็นคือเป็นทั้งโรคเบาหวานที่เป็นก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ มารดากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานที่เป็นก่อนตั้งครรภ์ได้รับยาฉีดอินซุลิน ส่วนที่เป็นขณะตั้งครรภ์ไม่ได้รับยาแพทย์จะใช้วิธีควบคุมอาหาร ส่วนวิธีการคลอดมีความแตกต่างกันคือมารดากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด ส่วนมารดากลุ่มทดลองจะคลอดโดยคลอดปกติทางช่องคลอด

ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก พบว่า ทารกกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.3 แต่ทารกทารกกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคือร้อยละ 63.3 แต่ในทางสถิติไม่มีความแตกต่างกัน (P=.201) น้ำหนักเฉลี่ยของทารกกลุ่มควบคุมคือ3101.33 กรัมส่วนของกลุ่มทดลองคือ 2,818.66 แสดงว่าน้ำหนักของทารกทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน (P=.033) ทารกทั้ง 2 กลุ่มไม่มีทารกที่ APGAR Score นาทีที่ 5 < 6 คะแนน ส่วนอาการของ EOS ที่พบทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่คืออาการหายใจหอบ รองลงมาคือ มีไข้และPeripheral cyanosis ตามลำดับ ทารกที่ได้รับการวินิจฉัย EOS ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยง แต่ภาวะเสี่ยงด้านลูกที่พบมากที่สุดทั้งสองกลุ่มคือ น้ำหนัก < 2,500 กรัม มีส่วนน้อยในกลุ่มทดลองที่พบในรายที่ทารกได้รับ Birth injury, Birth trauma ระหว่างคลอด

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรกของทารกแรกเกิด สภาพการณ์การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก คือ (1) กระบวนการคัดกรองทารกที่รับย้าย/รับใหม่มาจากห้องคลอดหรือหอผู้ป่วยที่ดูแลทารกหลังคลอดยังไม่สามารถชี้บ่งหรือระบุตัวทารกกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) กระบวนการดูแลพบประเด็นปัญหาในเรื่องการดักจับ Early warning sign ยังทำได้ล่าช้า (3) ขาดการประเมินอย่างต่อเนื่อง (4) การตัดสินใจรายงานแพทย์ล่าช้า เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน (5) แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม ไม่ทันสมัย (6) การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ (6) การอธิบายแผนการดูแลรักษาแก่บิดา มารดาทารกไม่เป็นแบบแผน ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง (7) พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก และขาดการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และ (8) ขาดการนิเทศ กำกับ ติดตามที่ประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ได้

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การป้องกันระยะแรก การดูแลแรกรับและใน 24 แรก เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติโดยการป้องกันแนวการป้องกันของบุคคลด้วยการเสริมสร้างแนวยืดหยุ่นของการป้องกันตัวเป้าหมายของการป้องกันระยะแรกคือ การส่งเสริมภาวะปกติสุขของบุคคลโดยการป้องกันความเครียดหรือสิ่งรบกวนชีวิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก แรกรับโดย SIRS อย่างน้อย 2 ข้อร่วมกับอาการและอาการแสดงของทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก

ระยะที่ 2 การป้องกันระยะที่ 2 เป็นการรักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏเพื่อตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิตเป็นการป้องกันโครงสร้างพื้นฐานโดยการเสริมสร้างความแข็งแรงของแนวต่อต้านมีเป้าหมายอยู่ที่การรักษาอาการที่ปรากฏ เพื่อจะคงไว้เพื่อความสมดุลของระบบและการคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ ดังนี้

1. ประเมินสาเหตุหรือตำแหน่งของภาวะ infection เช่น (1) มีอาการของภาวะ sepsis ที่ไม่เจาะจง เช่น ท้องอืด apnea (2) มีอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจ, GI, GU, soft tissue, CNS

2. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อ Investigation ตามแผนการรักษา (1) H/C X 1 Specimen ก่อนให้ antibiotic dose แรก (2) CBC, PT, PTT, INR, VBG (3) BUN/Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO_4, Albumin (4) LFT (5) Tracheal suction for G/S, C/S (6) UA, Urine culture (6) Stool exam, Stool culture (7) CXR, DTX (8) เก็บ specimen จากตำแหน่งที่สงสัยส่งเพาะเชื้อ

3. ประเมินอาการแสดงของภาวะ shock (1) ผิวลาย มือเท้าเย็น (2) Capillary refill > 2 sec (3) ซึมลง ชีพจรเบา (4) ปัสสาวะออกน้อย

4. เตรียม Treatment: (1) O_2 therapy ตามแผนการรักษา (2) Retained OG or NG tube (3) Retained Foley catheter (4) I/O

ระยะที่ 3 การป้องกันระยะที่ 3 เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดของบุคคลโดยการสร้างเสริมความแข็งแรงของตัวแปรต่างๆและคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ ดังนี้ (1) ให้ ATB ตามแผนการรักษา (2) NPO (3) Record V/S q 1 hr (4) Record I/O เป็น ml. keep urine >.....ml./ เวร (1 ml/kg/hr) (5) keep O_2 sat≥ 95% (7) Fluid resuscitation ตามแผนการรักษา (8) วัดBP, PR ประเมิน หลัง loading v/s ทุก 30 min. 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชม. วัดและบันทึก MAP ทุกครั้งที่วัด V/S (9) ดูแลให้ Inotropic drugs ตามแผนการรักษา กรณี fluid refractory shock (> 40 ml./kg) หรือผู้ป่วยมี sign volume overload (10) ABG/ VBG/CBG หลัง on ventilator 1 hr. (11) DTX หลัง on IV 1 hr (12) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาความเสี่ยงสูง (HAD) Levophed, Dopamine (1) โดยประเมินภาวะ Phlebitis, Extravasation Syn (2) ประเมินปลายมือปลายเท้าเย็น ดูแล keep warm

กรณี warm shock ลักษณะอาการ ทางคลินิก คือ ผู้ป่วยจะมีลักษณะตัวแดง มือเท้าอุ่น ชีพจรเร็วแต่แรง (bounding pulse) มี pulse pressure กว้างร่วมกับ diastolic blood pressure ต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 1 ml/kg/hr เตรียมให้ยาตามแผนการรักษา

กรณี cold shock ลักษณะอาการ ทางคลินิก คือ มีตัวลาย มือเท้าเย็น prolonged capillary refill (มากกว่า 2 วินาที) ชีพจรเบา เร็ว มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 1 ml/kg/hr เตรียมให้ยาตามแผนการรักษา

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการดูแลระหว่างกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบและกลุ่มหลังการใช้รูปแบบ

1) อัตราทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบมีอัตราทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.86 หลังการใช้รูปแบบมีอัตราทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก

จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.36 เมื่อเปรียบเทียบอัตราทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกพบว่าหลังการใช้รูปแบบใหม่มีอัตราทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกลดลงมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบเดิม

2) ร้อยละการดักจับและการจัดการภาวะติดเชื้อภายใน 15 นาทีของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อจำแนกรายตัวชี้วัดพบว่า 2.1) ระยะเวลาที่พยาบาลตรวจพบอาการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการคัดกรองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่พยาบาลตรวจพบอาการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการคัดกรอง เท่ากับ $\bar{x}$ = 880.90, S.D. = 1157.13 และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่พยาบาลตรวจพบอาการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการคัดกรอง เท่ากับ $\bar{x}$ = 353.70, S.D. = 521.79 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีระยะเวลาที่พยาบาลตรวจพบอาการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2.2) ระยะเวลาที่ตัดสินใจรายงานแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ตัดสินใจรายงานแพทย์ เท่ากับ $\bar{x}$ = 245.33, S.D. = 179.24 และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ตัดสินใจรายงานแพทย์ เท่ากับ $\bar{x}$ = 69.9, S.D. = 16.10 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีระยะเวลาที่ตัดสินใจรายงานแพทย์ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2.3) ระยะเวลาที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาหลังรับรายงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาหลังรับรายงาน เท่ากับ $\bar{x}$ = 27.76, S.D. = 33.88 และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาหลังรับรายงาน เท่ากับ $\bar{x}$ = 23.80, S.D. = 12.79 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีระยะเวลาที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาหลังรับรายงานลดลงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2.4) ร้อยละการดักจับและการจัดการภาวะติดเชื้อภายใน 15 นาทีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยร้อยละการดักจับและการจัดการภาวะติดเชื้อภายใน 15 นาที เท่ากับ $\bar{x}$ = 983.73, S.D. = 1216.68 และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าเฉลี่ยร้อยละการดักจับและการจัดการภาวะติดเชื้อภายใน 15 นาที เท่ากับ $\bar{x}$ = 561.40, S.D. = 860.32 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีร้อยละการดักจับและการจัดการภาวะติดเชื้อภายใน 15 นาทีดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย (นาที) พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย เท่ากับ $\bar{x}$ = 45.40, S.D. = 35.03 และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย $\bar{x}$ = 45.36, S.D. = 29.34 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัยลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบมีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 หลังการใช้รูปแบบมีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.01 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าหลังการใช้รูปแบบมีอัตราการ

เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

5. วันนอนในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยวันนอนในโรงพยาบาลเท่ากับ $\bar{x}$ = 9.00, S.D. = 1.08 และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าเฉลี่ยวันนอนในโรงพยาบาลเท่ากับ $\bar{x}$ = 7.10, S.D. = 0.30 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีวันนอนในโรงพยาบาลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาเท่ากับ $\bar{x}$ = 9757.29, S.D. = 1082.23 และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษา เท่ากับ $\bar{x}$ = 8362.32, S.D. = 400.10 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.51 และเมื่อจำแนกความพึงพอใจในแต่ละด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดคือ ด้านสะดวกสบายในการนำไปใช้และด้านสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย $\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.51 และ $\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.51 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านเนื้อหาครอบคลุมและด้านใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน $\bar{x}$ = 4.20, S.D. = 0.42 และ $\bar{x}$ = 4.20, S.D. = 0.42 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลของรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก พบว่า (1) อัตราทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก (2) ระยะเวลาที่พยาบาลตรวจพบอาการติดเชื้อในกระแสเลือด (3) ระยะเวลาที่ตัดสินใจรายงานแพทย์ (4) ร้อยละการดักจับและการจัดการภาวะติดเชื้อภายใน 15 นาที (5) อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (6) วันนอนในโรงพยาบาล (7) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่ดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น (8) ระยะเวลาที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาหลังรับรายงาน (9) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบใหม่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.51 จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายผลได้ว่า เนื่องจากรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) โดยทีมสุขภาพ ทำให้เห็นถึงสภาพปัญหาความต้องการแก้ไขปัญหาภายใต้บริบทอย่างแท้จริง นำไปสู่การวางแผนกิจกรรมในการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ซึ่งประกอบด้วย 1) มีกระบวนการคัดกรองภาวะเสี่ยงเพื่อให้ได้กลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก 2) มีระบบเฝ้าระวังในการดักจับอาการทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก Early warning sign ที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน 3) มีระบบ/แนวทางการประเมินซ้ำ (Reassessment) อย่างผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหรือเฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก 4) มีรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญและมีแนวทาง/รูปแบบในการรายงานแพทย์ ทำให้

ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและการรักษาอย่างรวดเร็ว 5) มีรูปแบบการรักษาครอบคลุมทุกระยะ คือ ระยะแรกรับ/รับย้าย ใน 24 ชั่วโมงแรก ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะดูแลก่อนจำหน่าย ซึ่งทำให้สามารถให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพควบคู่กับแผนการรักษาของแพทย์ 6) รูปแบบในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาแก่บิดา มารดาทารก เพื่อให้บิดามารดาทราบถึงอาการของบุตรและให้ความร่วมมือในแผนการรักษาและการพยาบาล 7) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก และมีการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกหน่วยบริการ ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การประเมิน การให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในการพยาบาล 8) มีการนิเทศ กำกับ ติดตามเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในหน่วยบริการ ส่งผลให้ตัวชี้วัดทางการพยาบาลภายหลังใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามมา ดังการศึกษาของ มณี คูประสิทธิ์ และสมคิด ปานประเสริฐ พบว่า อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกเท่ากับ 9.09 อัตรา การเสียชีวิตเท่ากับ 0 พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.05) อยู่ในระดับดี การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับดี และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการ พยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด[16] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉฏาธร ปรานมนตรี, วรรณภา ตั้งแต่ง, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, ประกอบพร ทิมทองและชุลีพร การะภักดี พบว่า ไม่พบการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับการเกิดภาวะติดเชื้อที่รุนแรงและภาวะช็อก และระยะเวลาการประเมินภาวะติดเชื้อและรายงานแพทย์หลังการพัฒนาระบบการพยาบาลฯ ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบการพยาบาลฯ แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่พบว่าระยะเวลาที่ได้รับยาฆ่าเชื้อหลังการวินิจฉัยหลังการพัฒนาระบบพยาบาลฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)[8] และการศึกษาของ ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์, ณัฐศิกา ใคร่ครวญ และสุภาภรณ์ ประยูร พบว่า 1) พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการพยาบาล และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.01$) มีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลฯ ในระดับมากที่สุด 2) ทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยและการรักษารวดเร็วขึ้น มีอัตราการเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลง และไม่พบการเสียชีวิต[17]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการกำหนดนโยบายในการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกเป็นแนวทางเดียวกัน เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (participation) การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patients center) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล (nursing competency enhancement) และการนิเทศทางการพยาบาล (nursing supervision)

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรขยายรูปแบบไปใช้ในการดูแลทารกในห้องคลอด หอผู้ป่วยที่ดูแลทารกปกติ หอผู้ป่วยทารกป่วยและในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง และควรมีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติการพยาบาล

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายรูปแบบไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาล เครือข่าย รพช. และในเครือข่ายเขต 10 เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ในภาพรวมและร่วมพัฒนาเชิงระบบการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Palatnik, A., Liu, L. Y., Lee, A., & Yee, L. M. (2019). Predictors of early-onset neonatal sepsis or death among newborns born at< 32 weeks of gestation. Journal of Perinatology 2019; 39(7): 949-955.
2. Simonsen, K. A., Anderson-Berry, A. L., Delair, S. F., & Davies, H. D. (2014). Early-onset neonatal sepsis. Clinical microbiology reviews 2014; 27(1): 21-47.
3. Murthy, S., Godinho, M. A., Guddattu, V., Lewis, L. E. S., & Nair, N. S. (2019). Risk factors of neonatal sepsis in India: A systematic review and meta-analysis. PloS one 2019; 14(4), e0215683.
4. Dhudasia, M. B., Mukhopadhyay, S., & Puopolo, K. M. (2018). Implementation of the sepsis risk calculator at an academic birth hospital. Hospital pediatrics 2018; 8(5): 243-250.
5. Oza, S., Lawn, J. E., Hogan, D. R., Mathers, C. & Cousens, S. N. (2015). Neonatal cause-of death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000- 2013. Bull. World Health Organ 2015; 93: 19–28.
6. World Health Organization. (2015). Global tuberculosis report 2015. World Health Organization.
7. วิลาวัลย์ วงศ์วัฒนอนันต์. (2566). อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิก และการรักษาในทารกแรกเกิดที่ คลอดในในโรงพยาบาลปักธงชัย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2566; 9(1): 62-77.
8. ฉฎาธร ปรานมนตรี, วรรณภา ตั้งแต่ง, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, ประกอบพร ทิมทอง, ชุลีพร การะภักดี. (2565). การพัฒนาระบบการพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิด. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2565; 19(2): 138-154.
9. Mukhopadhyay, S. et al. (2021). Neuro developmental outcomes following neonatal late onset sepsis and blood culture-negative conditions. Archives Disease Child Fetal Neonatal Ed. 2021; 106: 467–473.
10. ศิริสุดา อัญญะโพธิ์. (2558). การติดเชื้อทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4; 17(3) : 174-82.
11. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และseptic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558. สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2564, จาก http://www.ayhosp.go.th
12. ลลิดา ก้องเกียรติกุล. (2564). ระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System. Interprofessional Team Care in Pediatrics: Learn and Work Together. ค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2566, จาก https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/24_CUPA2021-ebook.pdf
13. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University.
14. Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). Nursing Research: Principles and Methods (7th ed). Philadelphia: Lippincolt.
15. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
16. มณี คูประสิทธิ์ และสมคิด ปานประเสริฐ. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2564; 35(1): 1-20.
17. ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์, ณัฐศิกา ใคร่ครวญและสุภาภรณ์ ประยูร. (2567). การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน; 9(1): 190-200.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of pregnant woman with preterm labor pain : Two Case Studies

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

ธัญชนก จิตจง[1]
Thanchanok Chitchong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เลือกกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอด และมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลภูเวียง ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติ การศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและกรอบแนวคิดของโอเร็ม

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โดยพบว่า ทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เหมือนกัน คือ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์แรกทั้ง 2 รายทำให้เป็นปัจจัยให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้ง 2 รายมีภาวะซีดทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย6, อีกทั้งกรณีศึกษารายที่ 1 มีแบบแผนการขับถ่ายที่มักจะกลั้นปัสสาวะเป็นประจำทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด5, ได้รับการดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ยาปฏิชีวนะ ยายับยั้งการเจ็บครรภ์และได้รับการดูแลขณะได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดตามมาตรฐาน ขณะได้รับยาพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานจนสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ และได้รับการประสานส่งต่อคลินิกฝากครรภ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะซีดอีกทั้งสามีและภรรยาเป็นคู่เสี่ยงพาหะธาลัสซีเมีย ไม่พบการติดเชื้อในร่างกาย ได้รับการดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ขณะได้รับยาพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน แต่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ ได้รับการส่งต่อตามมาตรฐานการส่งต่อได้อย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา

Abstract

This study aimed to investigate nursing care for pregnant women experiencing premature labor. Two case studies were selected involving pregnant women who received delivery services and experienced premature labor at Phu Wiang Hospital from February 1, 2024, to September 30, 2024. Data were collected from medical records, patient and relative interviews, pathology studies, disease progression analyses, nursing practice planning, and evaluation of nursing outcomes using Gordon's 11 Health Models conceptual framework and Orem's conceptual framework.

Results: Both case studies involved pregnant women with premature labor admitted to the delivery room. It was found that both women had risk factors for premature labor, including a history of premature labor in their first pregnancies. Additionally, both women had anemia, which increased their likelihood of infections. In case study 1, the woman frequently held her urine, leading to urinary tract infections—a known risk factor for premature labor. She received iron supplements, antibiotics, and labor suppressants while undergoing standard care. Despite complications from the medication, she received appropriate nursing care until she successfully suppressed her labor and was referred to a prenatal clinic for ongoing care. In case study 2, the woman also had anemia, and both she and her husband were identified as potential thalassemia carriers. She did not have any infections but was treated with iron supplements and labor suppressants. Similar to case study 1, she experienced complications from the medication but received standard nursing care; however, she was unable to suppress her labor and was safely referred according to established referral

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

standards without any complications. These adjustments enhance grammatical accuracy and improve the overall flow of the content while maintaining its original meaning.

Keywords: Nursing, pregnant woman, Preterm labor, Case study

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) หมายถึง ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์[1] ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดก่อนกำหนดและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขไทย เนื่องจากพบว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.44 ตามลำดับ[2] จังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 9.41, 9.77 และ 11.72 ตามลำดับ[3] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อทารกทำให้เกิดการตายปริกำเนิด ทุพพลภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เนื่องจากอวัยวะต่างๆยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษายาวนานและค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างสูง

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น มีผู้คลอดที่มารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบจำนวน 34 ราย 38 ราย และ 35 ราย อัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 2.79, 4.45 และ 4.90 ตามลำดับ และทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า2,500 กรัม จำนวน 9 คน(ร้อยละ 4.18), 9 คน(ร้อยละ4.54) และ 9คน(ร้อยละ 4.94) ตามลำดับ[4] ทารกมีภาวะแทรกซ้อนได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 1 ราย, 1 ราย และ 3 ราย ในปี 2566 จากภาวะ RDS 1 ราย มีความพิการและเสียชีวิตจากภาวะ Hydropfetalis 1 ราย พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องตระหนัก ให้ความสำคัญในการประเมิน รวบรวมข้อมูล คัดกรองภาวะเสี่ยงของสตรีต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกนอกโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารก รวมถึงการส่งต่อมารดาและทารกปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินการศึกษา

เลือกกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอด และมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลภูเวียง ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้หญิงตั้งครรภ์และญาติ การศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและกรอบแนวคิดของโอเร็ม โดยทำการศึกษากรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 19 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 25กรกฎาคม 2567 กรณีศึกษารายที่ 2 ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567

วิธีการ/ขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สนใจในห้องคลอด จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูล สอบถามหญิงตั้งครรภ์และญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4. ศึกษาค้นคว้า เอกสารตำรา ปรึกษาผู้มีประสบการณ์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ

6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ และติดตามประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลกรณีศึกษาและให้ข้อเสนอแนะแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ

8. เรียบเรียงเนื้อหา ตรวจสอบ แก้ไข พิมพ์และจัดทำรูปเล่ม

9. ปรับปรุง แก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ และจัดทำเป็นรูปเล่ม พร้อมเผยแพร่ผลงาน

ระยะเวลาในการดำเนินงาน วันที่ 1 กุมภาพันธ์2567 ถึง 30 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผลการศึกษา พบว่า ทั้งคู่มีสถานภาพคู่ เชื้อชาติและสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ส่วนสูงที่เท่ากัน อาชีพเป็นแม่บ้าน การตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เหมือนกัน น้ำหนักใกล้เคียงกัน ภูมิลำเนาทั้งคู่อยู่ในเขตอำเภอภูเวียง ความแตกต่างกันคือ ทั้งคู่มีอายุห่างกัน 10 ปี แต่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ มีความแตกต่างด้านระดับการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้และการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ แม้จะมีอาชีพเดียวกัน แต่รายได้ครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพที่เหมือนกัน 6 แบบแผน และแตกต่างกัน 5 แบบแผน ดังนี้ แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย รายที่ 1: ชอบกลั้นปัสสาวะ รายที่ 2: ขับถ่ายปกติ แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย รายที่ 1: ไม่ได้ออกกำลังกาย รายที่ 2 มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ รายที่ 1: นอนไม่ต่อเนื่อง ตื่นปัสสาวะกลางคืน รายที่ 2: นอนหลับสนิทตลอดคืนแบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ ระดับการศึกษารายที่ 1: จบประถมศึกษาปีที่ 6 รายที่ 2: จบมัธยมศึกษาตอนปลาย

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องมาด้วยเดินเอง มีญาติมาด้วย	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มาด้วยรถนั่ง มีญาติมาด้วย
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/77 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/73 มิลลิเมตรปรอท
ผิวหนัง	สีผิวดำแดง ไม่มีผื่น	สีผิวขาวเหลือง ไม่มีผื่น
ศีรษะ	ปกติ	ปกติ
ใบหน้า	สมมาตร	สมมาตร
เล็บ	สั้น สะอาด	สั้น สะอาด
ตา	ปกติ	ปกติ
หู	ปกติ	ปกติ
จมูก	ปกติ	ปกติ
ปาก	ปกติ สะอาด	ปกติ สะอาด
คอ	ปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต	ปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต
หน้าท้อง	ความสูงของมดลูก 31ซม. เหนือระดับหัวหน่าว เส้นรอบวงหน้าท้อง 94 ซม.	ความสูงของมดลูก 31ซม. เหนือระดับหัวหน่าว เส้นรอบวงหน้าท้อง 97ซม.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ปกติ หัวใจเต้นปกติ ไม่มีเสียงผิดปกติ	ปกติ หัวใจเต้นปกติ ไม่มีเสียงผิดปกติ
ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ	แข็งแรง	แข็งแรง
ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์	ปกติ ไม่มีหูดหงอนไก่	ปกติ ไม่มีหูดหงอนไก่
ขา	ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่บวม	ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่บวม
ตรวจภายใน	ตรวจภายใน ปากมดลูกไม่เปิด	ตรวจภายใน ปากมดลูกไม่เปิด

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการตรวจร่างกายที่คล้ายคลึงกัน มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยในบางประเด็นลักษณะของสีผิวที่แตกต่างกัน และลักษณะของการมา หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 มาโดยรถนั่งซึ่งอาจบ่งบอกถึงการเจ็บครรภ์ที่มากกว่ารายที่ 1 ที่เดินมาเอง

ข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มีอาการเจ็บครรภ์ มีปัสสาวะบ่อย ก่อนมา 11 ชั่วโมง	มีอาการเจ็บครรภ์ มีน้ำใสๆไหลออกทางช่องคลอด ก่อนมา 5 ชั่วโมง
วันที่รับไว้	19 กรกฎาคม 2567	12 กุมภาพันธ์ 2567
วันที่จำหน่าย	26 กรกฎาคม 2567	16 กุมภาพันธ์ 2567
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีปัสสาวะบ่อย กะปริบกะปรอย 11 ชั่วโมง ก่อนมามีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆจึงมาโรงพยาบาล	5 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆและมีน้ำใสๆ ไหลออกทางช่องคลอดจึงมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด	มารดาครรภ์ที่ 2 เคยคลอดก่อนกำหนดC/S อายุครรภ์ 24^{+1}สัปดาห์เมื่อ 4 ปีก่อน น้ำหนักบุตร 700 กรัม ปัจจุบันเสียชีวิตเมื่ออายุ 1 ปี 5 เดือน	มารดาครรภ์ที่ 2 เคยคลอดก่อนกำหนดC/S อายุครรภ์ 33^{+6}สัปดาห์เมื่อ 4 ปีก่อน น้ำหนักบุตร 2,030 กรัม ปัจจุบันแข็งแรงดี
การตั้งครรภ์ปัจจุบัน	G_2P_0 $P_1Ab_0L_0$ LMP 9 พฤศจิกายน 2566 EDC 15 สิงหาคม 2567 อายุครรภ์ 36^{+1} wks by U/S ฝากครรภ์ 7 ครั้ง ครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ผลตรวจเลือดมีภาวะซีด Hct 33/30% DCIP:-ve MCV 72.9 Blood group O, Rh:+ve, VDRL: NR, Hbs: -ve, AntHIV: -ve, ผลตรวจสามี Hct 46.2% MCV 74.4, VDRL: NR, Hbs: -ve, AntHIV: -ve	G_2P_0 $P_1Ab_0L_0$ LMP 10 มิถุนายน 2566 EDC 16 มีนาคม 2567 อายุครรภ์ 35^{+5}wks by U/S ฝากครรภ์ 8 ครั้งครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ผลตรวจเลือดมีภาวะซีด Hct 31/34% DCIP:+ve MCV 60.1 MCH 20.3 Blood group O, Rh:+ve, VDRL: NR, Hbs: -ve, AntHIV: -ve, ผลตรวจสามี Hct 38%, DCIP:+ve, MCV 77.7, MCH 21.1, VDRL: NR, Hbs: -ve, AntHIV: -ve
ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในส่วนที่เหมือนกัน คือทั้งสองรายฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และทั้งสองรายมีความเสี่ยงจากประวัติคลอดก่อนกำหนดเหมือนกัน แต่แตกต่างกันที่หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 มีความเสี่ยงสูงกว่าเนื่องจากเคยคลอดก่อนกำหนดอย่างมาก (Extremely preterm) และทารกเสียชีวิต ในขณะที่รายที่ 2 คลอดก่อนกำหนดเล็กน้อยถึงปานกลาง (Moderately or late preterm) ทั้งสองรายมีภาวะซีด แต่หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 และสามีมี DCIP positive ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงของโรคธาลัสซีเมีย อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 มีน้ำเดินซึ่งเป็นอาการที่บ่งชี้

ถึงความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองรายต้องได้รับการเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดอย่างใกล้ชิด และเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้งตรวจติดตามภาวะซีดและให้การรักษาที่เหมาะสม

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ราย 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 19 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยเจ็บครรภ์เป็นพักๆ ปัสสาวะบ่อย เป็นก่อนมา 11 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ $G_2P_0P_1Ab_0L_0$GA 36^{+1}สัปดาห์ by u/s ฝากครรภ์ 7 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 มีภาวะซีดเล็กน้อยHct 30% ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous sulfate 1x3 oral pc ให้ไปรับประทานที่บ้าน ส่วนสามีผลการคัดกรองปกติ ครรภ์แรกคลอด Preterm GA 24^{+1}สัปดาห์ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 700 กรัม ที่ รพ.ขอนแก่นเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ทารกเสียชีวิตด้วย Pneumonia เมื่ออายุ 1 ปี 15 วัน 1 วันก่อนมาหญิงตั้งครรภ์มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย วันที่ 19 กรกฎาคม 2567 เวลา ประมาณ 12.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆ ไม่มีมูกเลือดหรือน้ำเดิน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับ เวลา 22.45 น .Hct stat 35% หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เดินมาเอง เจ็บครรภ์ pain score 3 คะแนน วัดความสูงของมดลูก 31 เซนติเมตร เหนือหัวหน่าว เส้นรอบวงหน้าท้อง 94 ซม.คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,000-3,115 กรัม มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 3 นาที Duration 30 วินาที เด็กดิ้นดี ท่า ROA FHR 142 ครั้ง/นาที ตรวจ EFM : ปกติ baseline 140ครั้ง/นาที ตรวจภายในด้วย Speculum พบปากมดลูกไม่เปิดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์เวลา 22.55 น. แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาที่ห้องคลอดให้การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ U/A: Appearance Slightly, Leukocyte 1+, WBC 10-20 cell/HPF, Bacteria few, CBC: WBC 9,050 $mm^{\wedge 3}$, Neutrophills 80%, Lymphocyte 15%, Hct 30%, Hb 9.40 g/dl, MCV 76.90, MCH 24.30 แพทย์ให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก คือ Nifedifine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nifedifine 5 mg 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมงให้ยาป้องกันการติดเชื้อ Ampicillin 2 gm. iv stat then 1 gm.iv ทุก 4 ชั่วโมง หลังให้ Nifedifine ครบ Monitor EFM ปกติ Category I มดลูกยังหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval ทุก 3-4 นาที Duration 30 วินาที แพทย์พิจารณาให้ยา Nifedifine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที อีก 4 dose เวลา 02.25 น. ก่อนให้ยา ความดันโลหิต 99/49 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที FHR 150 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทราบ แพทย์พิจารณาให้off Nifedifine เปลี่ยนยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกเป็น Bricanyl 4 amp + 5%D/w 100 ml iv drip 8 ml/hr หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และเป็นห่วงบุตรในครรภ์กลัวว่าจะมีอันตราย ให้คำแนะนำ แจ้งแนวทางการรักษาและผลการรักษาให้หญิงตั้งครรภ์ทราบเป็นระยะๆ หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสีหน้าสดชื่น หลังให้ยามดลูกหดรัดตัวห่างออก จนกระทั่งไม่มีการหดรัดตัวของมดลูก ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ off Bricanylได้ ในวันที่ 25กรกฎาคม 2567 เวลา 07.30 น. On NST :ผล Reactive no contraction FHR 130-150 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอเด็กดิ้นดี เวลา14.00 น. แพทย์อนุญาตให้กลับไปบ้านได้ ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน นัดฝากครรภ์วันที่ 26 กรกฎาคม 2567

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยมีน้ำใสๆไหลจากช่องคลอด เจ็บครรภ์เป็นพักๆ เป็นก่อนมา 5 ชั่วโมง ตั้งครรภ์$G_2P_1A_0L_1$Last 4 ปี GA 35^{+2}สัปดาห์ by ultrasound ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีภาวะซีด ครั้งที่ 1 Hct 31% MCV 60.1, DCIP positive, MCH 20.3 ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate 1x3 Oral. pc ไปรับประทานที่บ้าน ครั้งที่ 2 Hct 34% ส่วนสามี Hct 38% MCV 77.7

DCIP positive ทั้งคู่น่าจะเป็นพาหะของฮีโมโกลบินอี (Hemoglobin E trait) ซึ่งมีความเสี่ยงที่ทารกจะเป็นโรคธาลัสซีเมีย ครรภ์แรก PROM c Preterm GA 33^{+6} สัปดาห์คลอด C/S ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2050 กรัม ที่ รพ.ขอนแก่นเมื่อ 4 ปีที่แล้ว ทารกแข็งแรงดี วันที่ 12กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 07.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีมีน้ำใสๆไหลจากช่องคลอด เจ็บครรภ์เป็นพักๆ ญาตินำส่งโรงพยาบาลแรกรับเวลา 12.00 น. ด้วยรถนั่ง หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี Hct stat 33% เจ็บครรภ์ pain score 3 คะแนน วัดความสูงของมดลูก 31 เซนติเมตรเหนือหัวหน่าว เส้นรอบวงหน้าท้อง 97 ซม. คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,184-3,200 กรัม มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 4 นาที Duration 40 วินาที เด็กดิ้นดี ท่า ROA 142 ครั้ง/นาที ตรวจ EFM : Category IFHR tracingปกติ baseline 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในด้วย Speculum พบปากมดลูกไม่เปิด Nitrazine test Negative สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์เวลา 12.15 น. แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาที่ห้องคลอด ให้การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ U/A: ผลปกติ, CBC: WBC 10,620 mm^3, Neutrophills 74%, Lymphocyte 20%, Hct 33%, Hb 11.20 g/dl, MCV 61, MCH 21.00 แพทย์ให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก คือ Nifedifine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nifedifine 5 mg 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง และให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง x 4 dose หลังให้ยา Nifedifineครบ Monitor EFM พบ Minimalvariability หลัง IUR EFM Category I ยังมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ Interval ทุก 6-7 นาที Duration 30 วินาที แพทย์ให้ Load Nifedifine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose หลัง Load รอบ 2 ยังมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ Interval ทุก 10 นาที Duration 40 วินาที แพทย์ให้ continuous Nifedifine 5 mg 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมงต่อ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 09.30 น. ยังมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ Interval ทุก 6-8 นาที Duration 40 วินาที ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 1 Ft ความบาง 25% ระดับส่วนนำ -2 MI แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกเป็น Bricanyl 4 amp + 5%D/w 100 ml iv drip 5 ml/ hr titrate until no uterine contraction หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และเป็นห่วงบุตรในครรภ์กลัวว่าจะมีอันตราย ให้คำแนะนำและแจ้งแนวทางการรักษา รวมถึงผลการรักษาให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ทราบเป็นระยะๆ หญิงตั้งครรภ์ยังมีสีหน้ากังวลพูดคุยให้กำลังใจ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 06.00 น. ยัง on Bricanyl 4 amp + 5%D/w 100 ml iv drip 12 ml/hr หญิงตั้งครรภ์บ่นเหนื่อยและมีอาการใจสั่นเป็นพักๆ Monitor EFM พบ Minimal variability หลัง IUR EFM Category I ยังมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ Interval ทุก 6-8 นาที Duration 40 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกขยาย 1 Ft ความบาง 25% ระดับส่วนนำ -2 MI แพทย์พิจารณา Consult โรงพยาบาลชุมแพ แพทย์รับ Refer plan C/S เตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดและส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพ เวลา 08.20 น. ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ และการพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอกเจ็บครรภ์ O : pain score 3	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่** 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอกเจ็บครรภ์ O : pain score 3	1. ประเมินอาการทั่วไป pain score 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการ แนวทางการรักษาพยาบาล 3. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย และแนะนำให้นอนพักบนเตียง จำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อลดการหดรัดตัวของมดลูก

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ และการพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
: มี Contraction Interval 3 นาที Duration 30 วินาที **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เจ็บครรภ์ลดลง Pain score ลดลง EFM ไม่มี Uterine contraction	: มีContraction Interval 4 นาที Duration 40 วินาที **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ยังมีอาการเจ็บครรภ์ Pain score 5-6 EFM มี Uterine contraction Interval ทุก 6-8 นาที Duration 40 วินาที	4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกมีการหดรัดตัว โดยหายใจเข้าออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะๆ โดยการเพ่งสายตาไปที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น รูปภาพ 5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ สามีหรือญาติกระตุ้นผิวหนังด้วยการลูบหรือนวดคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด 6. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม 7. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมและความสุขสบายทั่วไป
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอกเจ็บครรภ์ O : อายุครรภ์36^{+1}สัปดาห์ : มี Contraction Interval 3 นาที Duration 30 วินาที	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอกเจ็บครรภ์ O : อายุครรภ์35^{+2}สัปดาห์ : มี Contraction Interval 4 นาที Duration 40 วินาที	1. ประเมินอาการทั่วไป ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก 2. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย และแนะนำให้นอนพักบนเตียง จำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อลดการหดรัดตัวของมดลูก 3. ดูแลให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก คือ Nifedifine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nifedifine 5 mg 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** O : หลังได้รับยา Nifedifine ความดันโลหิต 99/49 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที FHR 150 ครั้ง/นาที **ประเมินผลการพยาบาล** เจ็บครรภ์ลดลง Pain score ลดลง EFM ไม่มี Uterine contraction อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110-160 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพปกติ	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอกเหนื่อย ใจสั่น O : หลังได้รับยา Bricanyl ท่าทางอ่อนเพลีย ชีพจร 112 ครั้ง/นาที EFM พบ Minimal variability **ประเมินผลการพยาบาล** ยังมีอาการเจ็บครรภ์ เหนื่อย ใจสั่น เป็นพักๆ อัตราการเต้นของหัวใจ 90-118 ครั้ง/นาที Pain score 5-6 EFM มี Uterine contraction Interval ทุก 6-8 นาที Duration 40 วินาที มี Minimal variability	4. ดูแลให้ Bricanyl 4 amp+ 5%D/w 100 ml iv drip ตามแผนการรักษา(รายที่ 1 drip 8 ml/hr, รายที่ 2 drip 5 titrate until12 ml/hr) 5. ดูแลให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง x 4 dose (กรณีศึกษารายที่ 2) 6. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอดูแล7. ดูแล Monitor EFM หากพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที 8. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก หากพบชีพจร > 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต< 90/60 mmHg ให้งดให้ยาและรายงานแพทย์ทันที 9. ประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาทุก 15 นาที จนกว่าจะอาการปกติ 10. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ร้อนวูบวาบ มึนงง เหนื่อย วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด หากมีอาการให้แจ้งและรายงานแพทย์ทันที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอกปัสสาวะ	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอกมีน้ำใสๆ	1. ประเมินอาการทั่วไป 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาล 3. แนะนำไม่ให้กลั้นปัสสาวะ

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ และการพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
กระปริบกระปรอย ปัสสาวะบ่อย O : U/Aพบ bacteria few	ไหลออกทางช่องคลอด O : CBC;WBC 10,620 mm^3, Neutrophills 74%	4. แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆวันละ 2,000-3,000 ลิตร
Wbc 10-20 cell/HPF CBC: WBC 9,050 mm^3, Neutrophills 80% : ซีด Hct 30%, Hb 9.40 g/dl, **ประเมินผลการพยาบาล** ปัสสาวะปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ	O : ซีด Hct 33%, Hb 11.20 g/dl, DCIP positive MCV 61, MCH 21 **ประเมินผลการพยาบาล** ปัสสาวะปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ	5.แนะนำการป้องกันการติดเชื้อโดยการรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ทุกครั้งหลังขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 2 gm. iv stat then 1 gm.iv ทุก 4 ชั่วโมง (กรณีศึกษารายที่ 1) 7. ดูแลให้ยา Ferrous sulfate 1x2 oral pc และแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์เนื้อปลา ตับ ไข่แดง ผัก ผลไม้และถั่วต่างๆ 8. ติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ปัสสาวะขุ่น แสบขัด ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มารดาวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอก"กลัวต้องได้ผ่าคลอดเหมือนท้องที่แล้ว" " ลูกดีอยู่ใช่มั้ยคะ" O : มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดและทารกเสียชีวิต : สีหน้ากังวล และสอบถามซ้ำๆถึงทารกในครรภ์ **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาสนใจรับฟัง สีหน้าคลายกังวล	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มารดาวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอก"เจ็บครรภ์กลัวต้องได้ผ่าคลอดก่อนเหมือนท้องที่แล้ว " O : มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด : สีหน้ากังวล หน้านิ่วคิ้วขมวด สอบถามเรื่องการเจ็บครรภ์คลอด ซ้ำๆ **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาสนใจรับฟังแต่ยังมีสีหน้ากังวล	1. ประเมินอาการทั่วไป 2. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยระบายความรู้สึกและซักถาม พร้อมทั้งให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการ แนวทางการรักษาพยาบาล ให้ความมั่นใจว่าแพทย์ พยาบาลกำลังให้การดูแลรักษาพยาบาลมารดาและทารกอย่างเต็มที่ 4. แจ้งมารดาก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อให้มารดาเกิดความเข้าใจและคลายกังวล 5. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และรับรู้ถึงปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โดยพบว่า ทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เหมือนกัน คือ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์แรกทั้ง 2 รายทำให้เป็นปัจจัยให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[5], ทั้ง 2 รายมีภาวะซีดทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย[6], อีกทั้งกรณีศึกษารายที่ 1 มีแบบแผนการขับถ่ายที่มักจะกลั้นปัสสาวะเป็นประจำทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด[5], ได้รับการดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ยาปฏิชีวนะ ยายับยั้งการเจ็บครรภ์และได้รับการดูแลขณะได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดตามมาตรฐาน ขณะได้รับยาพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานจนสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ และได้รับการประสานส่งต่อคลินิกฝากครรภ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะซีดอีกทั้งสามีและภรรยาเป็นคู่เสี่ยงพาหะธาลัสซีเมีย ไม่พบการติดเชื้อในร่างกาย ได้รับการดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ขณะได้รับยาพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน แต่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ ได้รับการส่งต่อตามมาตรฐานการส่งต่อได้อย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาแนวทางการดูแลตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยประสานงานกับคลินิกฝากครรภ์ในเรื่องการคัดกรองและให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอดรวมถึงพัฒนาแผนการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลผู้คลอดในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อลดความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด ควรมีการบูรณาการร่วมกันทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ในการให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด พยาบาลงานการพยาบาลผู้คลอดต้องพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถในการประเมินภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแล มารดา ทารกและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. บุศรินทร์เขียนแม้น, เยาวเรศ ก้านมะลิ, และวรรณวิมล ทุมมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ;15(3):286-300.
2. HDC. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานงานอนามัยแม่ละเด็ก ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564-2566.สืบค้นได้จาก : https://hdcservive.moph.go.th/hdc/reports/
3. HDC. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ปีงบประมาณ 2564-2566. สืบค้นได้จาก : https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลภูเวียง. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูเวียง ปีงบประมาณ 2564-2566.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทยฉบับ พ.ศ. 2566.
6. ศิริกนก กลั่นขจร.(2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารสภากาชาดไทย;14(1):54-64.

การพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร

The Development Of A Screening System For Preventing Colorectal Cancer By Using A Fecal Immunochemical Test Together With A Colonoscopy in Sakon Nakhon Province.

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

นาคี สอนโพธิ์[1], ธีรารัตน์ พลราชม[2], ทวีศิลป์ กุละนาม[3]
Nakee Sornpho[*1] Theerarat Phonrachom[2] Taweesin Kulanam[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร และเพื่อตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนอายุ 50-70 ปี จำนวน 246 รายคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการ เดือน กุมภาพันธ์ 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร แบบประเมินเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรก แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบบสอบถามวัดการรับรู้พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และชุดทดสอบตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย การป้องกัน 4 ระยะตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แบบคาราวานพาศัลยแพทย์มาพบประชาชนและการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ส่องกล้องรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่กลับเป็นซ้ำ ทำให้ประชาชนที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น 1.12 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P<.05 และพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรก จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2.24

คำสำคัญ การพัฒนาระบบการคัดกรอง การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่

Abstract

This research and development study was aimed at developing a screening system for preventing colorectal cancer by using a fecal immunochemical test together with a colonoscopy in Sakon Nakhon Province and aimed at screening for early-stage colorectal cancer patients. The sample consisted of 50-70 purposively sampled subjects. This research was conducted in February 2023 – February 2024 by using a program for adjusting lifestyle behaviors with influence over colorectal cancer incidence in Sakon Nakhon Province, the early colorectal cancer discovery assessment form, the colorectal cancer knowledge questionnaire, the perceived behaviors with influence over colorectal cancer questionnaire, and the fecal immunochemical test. Data were analyzed with frequency distribution, percent, mean, and standard deviation. Differences within groups were tested using paired t-test statistics.

The findings revealed that the screening system for preventing colorectal cancer by using a fecal immunochemical test together with a colonoscopy in Sakon Nakhon Province, which consisted of prevention in four stages from lifestyle behavior adjustment, fecal immunochemical testing, colorectal caravans where

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร
[2] นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

surgeons meet the public, and monitoring of people at risk who had a colonoscopy and relapsed colorectal cancer patients, caused people who adjusted self-care behaviors according to the Health Belief Model to have mean posttest scores increased by 1.12 points with statistical significance at P < .05. In addition, two early-stage colorectal cancer patients were found (2.24%).

Keywords: Development of a Screening System, Fecal Immunochemical Test, Colonoscopy

บทนำ

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก มะเร็งเป็นสาเหตุ ของการเสียชีวิตอันดับที่สองของโลก ในปี 2020 มีรายงานจาก International agency for Research on cancer พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกกว่า 10 ล้านคน จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดกว่า 18 ล้านคน[1] และในทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลกและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal Cancer: CRC) เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ เริ่มจากการมีติ่งเนื้อ (Polyp) แล้วพัฒนากลายเป็นเซลล์มะเร็งก่อนจะลุกลามมากขึ้นตามลำดับ ในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชายรองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอด คิดเป็นอัตรา 18.7 ต่อแสนประชากร และเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านม คิดเป็นอัตรา 13.3 ต่อแสนประชากร[3] สามารถพบได้ในอายุ 50 ปีขึ้นไปพบมากอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 15.27 รองลงมาอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 15.12 และอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 13.05[4]

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ถือเป็นภัยเงียบที่ไม่แสดงอาการ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยทำงาน เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อายุ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อแดง เนื้อสัตว์แปรรูป อาหารที่มีกากใยต่ำ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย และภาวะเครียด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถป้องกันได้ด้วยการเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ การตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและหากตรวจพบในระยะเริ่มแรกและทำการรักษา พบอัตราการหายสูงถึงร้อยละ 70-80[5] ส่วนใหญ่จะทราบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระยะที่เป็นมากแล้ว ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิตสูง ดังนั้น การตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมาพบแพทย์ทันทีที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ถือเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal immunochemical test : FIT) [6]เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และควรได้รับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่(Colonoscopy) เพื่อส่องตรวจหาติ่งเนื้อได้ตลอดทั้งลำไส้ใหญ่ และหากพบรอยโรคผิดปกติ หรือติ่งเนื้อ ก็สามารถตัดชิ้นเนื้อหรือติ่งเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

การตรวจคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จังหวัดสกลนคร ปี 2564-2566

ตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) พบผลการตรวจเป็นบวก ร้อยละ 5.5, 9.1 และ 11.3 ตามลำดับจากผู้ที่ได้รับการตรวจทั้งหมดและได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ร้อยละ 76.7, 62.6 และ 71.5[7] ตามลำดับ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้มีเพียง 4 แห่ง จากทั้งหมด 18 แห่ง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการค่อนข้างล่าช้า รอคิวนาน 4-6 เดือนจึงได้รับการส่องกล้อง จึงได้พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรงแบบคาราวานพาศัลยแพทย์มาพบประชาชน โดยใช้แนวคิดการป้องกัน 4 ระยะ ตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่องกล้องและผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร
2. เพื่อตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่อง การพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร ครั้งนี้ใช้แนวคิดการป้องกัน 4 ระยะ Primordial Prevention, Primary Prevention, Secondary Prevention และ Tertiary Prevention ดำเนินการวิจัยในประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher and Rosenstock[9] ในการจัดโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของการเกิดโรค รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 Primordial Prevention การปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดสกลนคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน(Taro Yamane, 1973) ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 จำนวน 246 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า 1) เพศชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี 2) ไม่มีประวัติการป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม 2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 Primary Prevention การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตจำนวน 246 ราย กลุ่มตัวอย่างเดิมจากระยะที่ 1

ระยะที่ 3 Secondary Prevention การค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรกโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) ใน

ระยะที่ 2 เฉพาะที่มีผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 4 Tertiary Prevention ติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่องกล้องและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่กลับเป็นซ้ำ

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher and Rosenstock (1997) 6 มิติ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรก จำนวน 9 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตอบถูกผิด จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 แบบสอบถามวัดการรับรู้พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 15 ข้อ ชนิดประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85

3. ชุดทดสอบที่ใช้ตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) เป็นวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ โดยการทำปฏิกิริยาระหว่าง human antibodies ที่จำเพาะต่อ globin albumin หรือส่วนประกอบอื่น ๆของเลือด จะไม่ถูกรบกวนโดยอาหาร ซึ่งชุดตรวจจะมีความจำเพาะต่อเลือดที่ออกจากทางเดินอาหารส่วนล่าง แต่อย่างไรก็ตามชุดตรวจยังมีข้อจำกัดในการทดสอบ คือ หากมีการปนเปื้อนของเลือดจากส่วนอื่น เช่น มีเลือดจากประจำเดือนปน hemorrhoid ก็สามารถให้ผลบวกได้ ชุดตรวจมีค่าจุดตัดปริมาณฮีโมโกลบิน (cut off) 100 ng/ml ให้ความไว (sensitivity)100% และความจำเพาะ (specificity) 97.4%

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรก แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และแบบสอบถามวัดการรับรู้พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2023-013 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้

ตรง ตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดสกลนคร ซึ่งประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) ประเมินความสามารถของตนเองและตั้งความคาดหวังในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาโรค การป้องกันโรค เพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรค 4) ติดตามและประเมินการรับรู้พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หลังปรับพฤติกรรมครบ 6 เดือน เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และร่วมหาวิธีการแก้ไขในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ชื่นชม ให้กำลังใจ เสริมพลังทางบวก เพิ่มสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม ถึง กันยายน 2566 พบว่าประชาชนกลุ่มอายุระหว่าง 50-60 ปีร้อยละ 58.1 อายุระหว่าง 61-70 ปีร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 81.3 สถาพภาพ สมรสร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.1 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 80.9 รายได้เฉลี่ย 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 80.1 และสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 80.5 ผลการประเมินเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบมีประวัติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นส่วนน้อย

เปรียบเทียบการรับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<.05 จากคะแนนเฉลี่ย 3.81 (ระดับสูง) เป็นคะแนนเฉลี่ย 4.93 (ระดับสูงมาก) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=246)

การรับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.81	.39	153.07	.000
หลังได้รับโปรแกรม	4.93	.25	304.30	.000

ระยะที่ 2 การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2566 ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีได้รับการตรวจ FIT จำนวน 246 ราย พบผลการตรวจเป็นบวกจำนวน 84 รายคิดเป็นร้อยละ 34.1 เพศชายจำนวน 67 รายคิดเป็นร้อยละ 79.8 เพศหญิงจำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 20.2 อายุระหว่าง 50-60 ปี จำนวน 49 รายคิดเป็นร้อยละ 58.3 อายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 35 รายคิดเป็นร้อยละ 41.7 ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัวผลการตรวจ FIT เป็นบวกจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2.4 และผู้ที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังผลการตรวจ FIT เป็นบวกจำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.2

ระยะที่ 3 การค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรกโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในรูปแบบคาราวานพาศัลยแพทย์มาพบประชาชน ระยะเวลาดำเนินการ กุมภาพันธ์ 2567 ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่มีผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) เป็นบวกได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทุกรายจำนวน 84 ราย ผล

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่(Colonoscopy) พบมีความผิดปกติ จำนวน 25 รายคิดเป็นร้อยละ 29.8 ทำการตัดติ่งเนื้อระหว่างการส่องกล้อง (Polypectomy) และส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (Pathology) จำนวน 25 ราย รายงานผลการตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 จากจำนวนผู้ที่ได้รับการส่องกล้องทั้งหมด

ระยะที่ 4 ติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่องกล้องและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่กลับเป็นซ้ำ ทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และร่วมหาวิธีแก้ไขในการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิต ชื่นชม ให้กำลังใจ เพิ่มสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ผลติดตามได้จำนวน 79 รายคิดเป็นร้อยละ 94.0 อีก 5 รายคิดเป็นร้อยละ 6.0 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ปกติ ไม่สามารถติดตามได้ เนื่องจากย้ายที่อยู่และติดต่อทางโทรศัพท์ไม่ได้

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร 4 Prevention 1) Primordial Prevention 2) Primary Prevention 3) Secondary Prevention และ 4)Tertiary Prevention เริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในประชาชนกลุ่มเสี่ยง การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระและการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ครอบคลุมถึงการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ส่องกล้องและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่กลับเป็นซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตครบ 6 เดือน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 มิติ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากผลของโปรแกรมมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้และสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Glanz et al.[10] ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหรือการลดความรุนแรงจากโรคที่จะเกิดขึ้น หากบุคคลมีการรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงหรืออันตรายที่จะเกิดจากการเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิมาศ สุขอัมพร และ วลัยนารี พรมลา[5] ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติและสูงกว่าก่อนทดลองโปรแกรมพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไป

2. การตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ และตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ James, Campbell, and Hudson[11] ที่พบว่าวิธีที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งสามารถตรวจได้ชัดเจนมากกว่าการตรวจหาเลือดในอุจจาระ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shapiro et al.[12] ที่พบว่าประชากรชาวอเมริกันมีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สูงมากกว่าการตรวจคัดกรองโรคอื่นๆ โดยพบว่ามีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 29 และส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ส่วนปลาย ร้อยละ 41 โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงจะให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มมากขึ้น การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระและตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความปลอดภัย ไม่ Invasive ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดอัตราการตายได้ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงที[13] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee และคณะ[14] ที่พบว่าการตรวจคัดกรองดังกล่าวสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้สูงถึงร้อยละ 70 และลดอัตราการตายถึงร้อยละ 30 และสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคได้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้บริหารระดับจังหวัดควรสนับสนุนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) รูปแบบคาราวาน พาศัลยแพทย์มาพบประชาชน ให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอที่ไม่มีกล้องส่องลำไส้ใหญ่ (Colonoscope) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและได้รับการรักษาเร็วขึ้นกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติ

2. นำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดระบบการตรวจคัดกรอง และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตกับการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ทีมคาราวานพาศัลยแพทย์มาพบประชาชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร และทุกท่านที่ให้การสนับสนุนเอื้ออำนวยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Cancer. Switzerland : World Health Organization [Internet]. [cited 2022 May 20]. Avaible from : https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/cancer
2. Global Cancer Observatory. Cancer Retrieved. [Internet]. [cited 2022 May 10]. Avaible from : https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/cancer
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2565.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2563.
5. สุทธิมาศ สุขอัมพร และ วลัยนารี พรมลา. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล. วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9 2564: 15(38); 632-44
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT).กรุงเทพฯ: สถาบัน มะเร็งแห่งชาติ; 2566
7. Ministry of Public Health. Central Database System; HDC. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office; 2023.
8. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579).พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
9. Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The heath belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer, (eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and proactive(pp. 31-43). San Francisco: Jossey-Bass.

10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
11. James, Campbell, and Hudson. (2002). Perceived Barriers and Benefits to Colon Cancer Screening among African Americans in North Corolina: How Does Perception Relate to Screening Behavior?. American Association for Cancer Research Journals. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2002: 11(6); 529-34.
12. Shapiro, Seeff and Nadel. (2001). Colorectal cancer-screening tests and associated health behaviors. American Journal of Preventive Medicine. Volume 21, Issue 2, August 2001, Pages 132-7.
13. สิทธิพงศ์ ทับทิม และ สุรวุฒิ เจริญขจรชัย. (2562).การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยวิธีอิมมูโนเคมมิคอลร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวาร หนักในจังหวัดชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2562: 44(2); 87-96
14. Lee K J, Inoue M, Otani T, Iwasaki M, Sasazuki S, Tsugane S. Colorectal cancer screening using fecal occult blood test and subsequent risk of colorectal cancer:a prospectivecohortstudy in Japan. Cancer Detection and Prevention 2007:31; 3-11

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี

Motivation Affecting the Performance of Public health Officers at Sub-District Health Promotion Hospitals in Lopburi Province.

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

มานพ มาสอาด[1]
Manop Masaard[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional descriptive) วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี รวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จำนวนกลุ่มตัวอย่างคือ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี จำนวน 81 คน ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม 2566-31 มีนาคม 2566และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนาเพื่ออธิบายความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.9 อายุระหว่าง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 87.8 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.8 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดลพบุรี 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.4 แรงจูงใจภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดลพบุรี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.071 (S.D.=0.496) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (r=0.768, p-value<0.001)

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study was survey research by cross-sectional descriptive aimed to study personal characteristics and motivation that affect the main performance of public health academics working in the Tambon Health Promotion Hospital Lopburi Province. Collect data by collecting both quantitative and qualitative data. The sample size consisted of public health academics working in sub-district health promotion hospitals. Lopburi Province, 81 people. Which collected data between 1 March 2023 - 31 March 2023. And analyze data with ready-made computer programs. Using descriptive statistics to explain frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum values. and inferential statistics to find the Pearson correlation coefficient. and stepwise multiple regression analysis.

The results of the study found that the majority of the sample were female. Accounting for 65.9 percent, ages between 26-30 years, accounting for 22.0 percent, most education levels are bachelor's degrees. Accounting for 87.8 percent. Most of their income was less than 20,000 baht per month, accounting for 37.8 percent, and the period of

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ) กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลมะนาวหวาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

working as a public health academic in the Subdistrict Health Promoting Hospital, Lopburi Province, was 1-5 years, accounting for 13.4 percent. Motivation Overall, the sample group had a high level of motivation. Main competencies of public health academics working in subdistrict health promoting hospitals, Lopburi Province. The overall level is at a high level, with an average of 4.071 (S.D.=0.496). Motivation is positively related to performance according to the core competencies of public health academics working in subdistrict health promoting hospitals. Lopburi Province Statistically significant 0.05 (r=0.768, p-value<0.001).

Keyword: Motivation, core competencies of public health academics, Subdistrict Health Promoting Hospital

บทนำ

จากการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ20 ปีในปัจจุบันด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับแผนการดำเนินงานและระบบบริการที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องในการปฏิบัติงานไปจนถึงการประเมินผลการปฏิบัติงานตามเป้าหมายในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยการปฏิบัติงานนั้นบุคลากรจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็น 5 ด้าน[5] ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ด้านการมุ่งสัมฤทธิ์ 2) ด้านการบริการที่ดี 3) ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมและ 5) ด้านการทำงานเป็นทีม โดยสมรรถนะเป็นเครื่องมือช่วยแปลงกลยุทธ์ขององค์กรมาสู่กระบวนการบริหารคนโดยเป็นการเชื่อมโยงกลยุทธ์กับรูปแบบในการพัฒนาบุคลากรในการพัฒนาความสามารถคนในองค์กรอย่างมีทิศทางและต่อเนื่อง นอกจากนั้นแรงจูงใจ เป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นพลังที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลให้กระทำกิจกรรม หรือให้มีความต้องการในการปฏิบัติงานและทุ่มเทการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ และประสบความสำเร็จ โดยถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า หรือปัจจัยจูงใจต่าง ๆ เช่น เงินเดือน, ค่าตอบแทน,การบังคับบัญชา,การได้รับการยกย่องยอมรับนับถือ,ความเหมาะสมในปริมาณงาน และปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้บุคคลผู้ปฏิบัติงานแสดงออกซึ่งความต้องการในการกระทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะเป็นพลังผลักดันให้นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้จากแนวคิดและทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg (Herzberg's Motivation Hygiene Theory) เชื่อว่าแรงจูงใจ[2,3,4]ในการทำงานนั้น ประกอบด้วยปัจจัย 2 กลุ่มคือปัจจัยจูงใจและปัจจัยที่จะค้ำจุน[7]1.ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น (Motivator factors) เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงาน มีอยู่ 5 ประการ คือ 1) ความสำเร็จของงาน หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จ ได้เป็นอย่างดี 2) การยกย่องนับถือหรือการยอมรับ คือการที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ทั้งจากกลุ่มเพื่อน ผู้บังคับบัญชา หรือจากบุคคลอื่นทั่ว ๆ ไป 3) ลักษณะของงาน หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงาน 4) ความรับผิดชอบ หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบอย่างเต็มที่ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน การที่ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ก็เนื่องจากว่า ความชื่นชมยินดีในผลงาน และความสามารถของตน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้นผู้บริหารควรใช้ปัจจัยทั้ง 5 ประการข้างต้นต่อผู้ปฏิบัติงาน จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และจูงใจให้คนตั้งใจทำงานจนสุดความสามารถ 2. ปัจจัยค้ำจุน หรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานและเป็นปัจจัยที่จะสามารถป้องกันการเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน[1] ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหารงาน คือการจัดการและการบริหารองค์การ 2) เงินเดือน หรือค่าจ้างแรงงาน หมายถึงความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจในเงินเดือนหรือค่าจ้างแรงงาน หรืออัตราการเพิ่มเงินเดือน 3) ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา หมายถึงการติดต่อพบปะพูดคุยแต่มิได้หมายถึงการยอมรับนับ

ถือ 4) ความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชา หมายถึง การติดต่อกับผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยความสัมพันธ์อันดีต่อกัน 5) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน คือ การติดต่อพบปะพูดคุยระหว่างเพื่อนร่วมงานในองค์การ 6) สถานภาพในการทำงาน หมายถึง สภาพทางกายภาพที่เอื้อต่อความสุขในการทำงาน 7) วิธีการปกครองบังคับบัญชา หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหารงาน 8) ความมั่นคงในการทำงาน คือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงของงานความมั่นคงขององค์การ 9) สถานะของอาชีพ หมายถึง ลักษณะของงาน หรือลักษณะที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน เช่น การมีรถประจำตำแหน่ง เป็นต้น

ในปัจจุบันจังหวัดลพบุรี มีจำนวน รพ.สต.ในจังหวัดลพบุรีทั้งหมด 132 แห่งและมีจำนวนนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จำนวน 425 คน[6] จากการประเมินผลการปฏิบัติราชการและการออกนิเทศกำกับติดตามผลงานตามยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข พบว่า นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี ยังขาดการนำความรู้เชิงบูรณาการ ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อการปฏิบัติงานที่สำคัญ รวมทั้งขาดแบบแผนที่ชัดเจนในการประยุกต์ใช้ความรู้เชิงวิชาการและเทคโนโลยีต่างๆ เข้ากับการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ดังนั้นจากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายในการวางแผนพัฒนาบุคคลกรและส่งเสริมการปฏิบัติงานสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional descriptive)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี จำนวน 425 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 81 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามและการสนทนาแบบสนทนากลุ่ม ตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 คือแบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจ ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก ข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 48 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 2 คือแนวทางในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จำนวน 1 คน และจากผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ จำนวน 2 คน รวม 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ครบถ้วนและครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา นำมาคำนวณหาค่า Content Validity Index (CVI) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 0.81

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามทดลองใช้ในพื้นที่ จังหวัดสระบุรี ซึ่งมีบริบท สภาพแวดล้อม คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.933

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยได้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 เลขที่ KNH 04/2566 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านผู้ประสานงานระดับอำเภอ โดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566-31 มีนาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และแจกแจงข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ได้แก่

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าสถิติ 2 ส่วน คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient และ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.9 อายุระหว่าง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 87.8 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.8 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดลพบุรี 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.4

ตารางที่ 1 แสดงระดับแรงจูงใจ (ปัจจัยภายใน) ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี

แรงจูงใจ	ค่าเฉลี่ย (X)	S.D.	ระดับแรงจูงใจ
ปัจจัยภายใน			
1.ความสำเร็จในการทำงาน	4.073	.579	มาก
2.การได้รับการยอมรับ	4.016	.658	มาก
3.ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	3.338	.938	ปานกลาง
4.ลักษณะงานที่ทำ	3.945	.553	มาก
5.ความรับผิดชอบ	4.109	.559	มาก
โดยรวม	**3.896**	**.508**	**มาก**

จากตาราง 1 พบว่า ลักษณะค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับแรงจูงใจ(ปัจจัยภายใน)ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี ค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (X=3.896, S.D.=.508) โดยกลุ่มตัวอย่างแรงจูงใจภายในเกี่ยวกับความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับ, ลักษณะงานที่ทำ, ความรับผิดชอบค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากและลำดับสุดท้ายความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (X=3.338, S.D = .938)

ตารางที่ 2 แสดงระดับแรงจูงใจ (ปัจจัยภายนอก) ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี

แรงจูงใจ	ค่าเฉลี่ย (X)	S.D.	ระดับแรงจูงใจ
ปัจจัยภายนอก			
1.นโยบายและการบริหารขององค์กร	3.537	.797	มาก
2.การบังคับบัญชา	3.866	8.68	มาก
3.ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	3.963	.892	มาก
4.ความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชา	3.951	.788	มาก
5.ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	4.158	.744	มาก
6.ตำแหน่งงาน	3.061	1.049	ปานกลาง
7.ความมั่นคงในการทำงาน	3.451	.925	ปานกลาง
8.ชีวิตส่วนตัว	3.456	.713	ปานกลาง
9.สภาพการทำงาน	3.409	.808	ปานกลาง
10.ค่าตอบแทน	2.943	.966	ปานกลาง
โดยรวม	**3.589**	**.679**	**มาก**

จากตาราง 2 พบว่า ลักษณะค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับแรงจูงใจ(ปัจจัยภายนอก)ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี ค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (X=3.589, S.D.=.679) โดยกลุ่มตัวอย่างแรงจูงใจภายนอกเกี่ยวกับนโยบายและการบริหารขององค์กร, การบังคับบัญชา, ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน, ความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชา, ความสัมพันธ์กับ

เพื่อนร่วมงาน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากและลำดับสุดท้าย แรงจูงใจภายนอกเกี่ยวกับตำแหน่งงาน, ความมั่นคงในการทำงาน, ชีวิตส่วนตัว, สภาพการทำงาน, ค่าตอบแทน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 แสดงระดับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี

ระดับสมรรถนะหลัก	ค่าเฉลี่ย (X)	S.D.	ระดับสมรรถนะหลัก
ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์	3.882	.602	มาก
ด้านการบริการที่ดี	4.097	.657	มาก
ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	3.856	.623	มาก
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม	4.225	.504	มาก
ด้านจริยธรรม	4.295	.602	มาก
ด้านการทำงานเป็นทีม			
โดยรวม	**4.071**	**.496**	**มาก**

จากตารางที่ 3 พบว่า ลักษณะค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับระดับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี ค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (X=4.071, S.D.=.496) โดยกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับระดับสมรรถนะหลักทุกด้าน (ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์, ด้านการบริการที่ดี, ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ, ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม, ด้านการทำงานเป็นทีม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

แรงจูงใจโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักโดยรวมของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี

ประเด็น	การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก		
	r	Sig.	แปลผล
แรงจูงใจ	.768**	.000	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจโดยรวมกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักแยกตามรายด้านของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี

การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก	r	Sig	แปลผล
ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์	.714**	0.000	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ด้านการบริการที่ดี	.624**	0.000	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	.551**	0.000	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ด้านจริยธรรม	.617**	0.000	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ด้านการทำงานเป็นทีม	.678**	0.000	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจโดยรวม กับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักโดยรวมแยกตามรายด้านทั้ง 5 ด้าน พบว่าแรงจูงใจโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์, ด้านการบริการที่ดี, ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ, ด้านจริยธรรม, ด้านการทำงานเป็นทีม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้นสามารถอภิปรายได้ว่า แรงจูงใจภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก แรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (r=.768, p-value<0.001) โดยที่ แรงจูงใจโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักโดยรวมของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจโดยรวม กับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักโดยรวมแยกตามรายด้านทั้ง 5 ด้าน พบว่าแรงจูงใจโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์, ด้านการบริการที่ดี, ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ, ด้านจริยธรรม, ด้านการทำงานเป็นทีม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[1,2,3,4]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านนโยบายและการบริหาร ควรส่งเสริมให้นักวิชาการสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงาน รวมทั้งบริการและส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามตามเป้าหมาย การมีส่วนร่วมวางแผนการจัดลำดับขั้นตอนของการปฏิบัติงานและให้มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ ในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ และควรให้อำนาจในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1.โกศล ศิริจันทร์ และประจักร บัวผัน.(2559). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 7(4): 58-66.

2.เทพอินทร เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์.(2562). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(2): 42-51.

3.ศันสนีย์ วงค์ม่วย และวิทิศน์ จันทรโพธิ์ศรี.(2556). แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(3): 46-54.

4.ศิราณี เสนานุช และประจักร บัวผัน.(2560). แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 10(1): 63-73.

5.สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.(2553). คู่มือการกำหนดความรู้ ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะสำหรับตำแหน่ง. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี.(2565). รายชื่อและจำนวนนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดลพบุรี. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี.

7.Hertzberg, F., Mausner, B., & Synderman, B. B.(2010). The motivate to work. New Brunwisk, NJ: Transaction Publicaton.

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี: การศึกษาเชิงสำรวจ

Care Needs of Older Adults in Mueang Ubon Ratchathani District: A Survey Study.

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

บรรเทิง พลสวัสดิ์[1] ชลธิชา อรุณพงษ์[2] อาภรณ์ เชื้อพันธ์[3] หนูพิศ ทุ่นทอง[4]
สอาด มุ่งสิน[5] สมจิตร วงศ์หอม[1] ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์[1]
Bunterng Pholsawat[1], Chonthicha Arunpong[1*,] Arporn Cheupan[2], Nupit Toonthong[3]
Sa-ard Moongsin[4], Somjit Wonghom[1], Prangthip Thasanoh Elter[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการดูแลของครอบครัวและความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน ได้รับการสุ่มเลือกแบบหลายขั้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .67-1.00) และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (.78 - .83) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.83) มีอายุเฉลี่ย 68.99 ปี (*SD* =7.85) ลักษณะการดูแลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนมากบุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้จัดหาอาหารที่รับประทานให้ (ร้อยละ 91.69) เมื่อเจ็บป่วยจะมีบุตรหลานหรือคนในครอบครัวจะเข้ามาซักถามอาการเสมอ (ร้อยละ 95.58) ได้รับความเคารพนับถือบุตรหลานหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 95.32) และได้รับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนจากบุตรหลานหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 91.69) มีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่เป็นผู้ดูแลจัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบด้วยตนเอง (ร้อยละ 14.55) ส่วนความต้องการการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลเรื่องอาหาร (ร้อยละ 94.55) ต้องการให้มีคนมาดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 98.18) ต้องการให้บุตรหลานหรือญาติทราบเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 93.51) ต้องการให้บุตรหลานเชื่อฟัง (ร้อยละ 96.10) และต้องการให้บุตรหลานดูแลสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นให้ (ร้อยละ 96.62) ส่วนการดูแลที่ต้องการน้อยลที่สุด คือ ต้องการให้บุตรหลานเห็นคุณค่าของตัวผู้สูงอายุเอง (ร้อยละ 25.25)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลของครอบครัว, ความต้องการการดูแล, อุบลราชธานี

ABSTRACT

This survey research aims to study family care characteristics and care needs of the elderly in Mueang Ubon Ratchathani District. The sample consisted of 385 elderly individuals selected through multi-stage random sampling. Data were collected using a structured interview form, which was validated for content validity by three experts (IOC = .67-1.00) and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient (.78 - .83). Data were analyzed using descriptive statistics.

Results showed that the majority of elderly were female (68.83%) with an average age of 68.99 years (SD = 7.85). Regarding family care characteristics, most elderly received food from their children or family members (91.69%), were asked about their health when ill (95.58%), were respected by family members (95.32%), and received monthly financial support from family (91.69%). Only a small percentage of elderly organized household items themselves (14.55%). Concerning care needs, most elderly desired assistance with food (94.55%), care when

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: chonthichanok@hotmail.com, Corresponding author email: chonthichanok@hotmail.com
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่
[4] เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่
[5] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ill (98.18%), family notification when sick (93.51%), obedience from children (96.10%), and help with necessary belongings (96.62%). The least reported need was for children to recognize their value (25.25%).
Keywords: Older adults, Family caregiving, Care needs, Ubon Ratchathani

บทนำ

ประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมด[1] จากข้อมูลการสำรวจพบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งประเทศ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นอันดับ 2 ของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 22.5 ของประชากรในภาค[2] ส่วนจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งมีขนาดพื้นที่ใหญ่ที่สุดเป็นอันดับ 2 ของภาค มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.55 ของประชากรทั้งหมด[1] จุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้คือการศึกษาความต้องการการดูแลโดยคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในบ้านและชุมชนของตนเองได้อย่างปลอดภัยและอิสระ (Ageing in Place)[3] การดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีมีความเฉพาะด้านสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากมีบรรพบุรุษอพยพมาจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และยังคงมีวัฒนธรรมการประกอบอาหาร การใช้ภาษา การแต่งกาย รวมทั้งวัฒนธรรมในครอบครัว เช่น การอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย และการเคารพผู้อาวุโส ผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิต

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและรูปแบบการดำเนินชีวิตในปัจจุบันส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการดูแล แนวโน้มในประเทศไทยพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.0 ในปี พ.ศ. 2564[2] ผู้สูงอายุเหล่านี้พึ่งพารายได้จากการทำงานและเงินโอนจากภาครัฐ และรายได้จากบุตรหรือครอบครัว[1] การที่ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ร่วมกับบุตรหลานนี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต[4] และปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต[5] นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพจากโรคและการเสื่อมถอยตามวัย[6] ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรับการสนับสนุนทางสังคม[7] และการระบาดของ COVID-19 ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[8] ผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านการทำงานและการสูญเสียรายได้[1] การสำรวจความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสม โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยรอบด้าน ทั้งการสนับสนุนจากครอบครัว เศรษฐานะ เครือข่ายทางสังคม นโยบายภาครัฐ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว การพึ่งพารายได้จากการทำงานและเงินโอนจากภาครัฐมากขึ้น ปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ รวมถึงผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19 นอกจากนี้ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่เฉพาะของพื้นที่ยังอาจส่งผลต่อรูปแบบการดูแลและความต้องการของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น ด้วยความซับซ้อนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสถานการณ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาสภาพการได้รับการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะการดูแลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในเขต อ.เมืองอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุในเขต อ.เมืองอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 ผลการวิจัยที่นำเสนอในบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลักเรื่อง ความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการขั้นตามลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม และมิติการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในชุมชน มาออกแบบการสำรวจความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลด้านเศรษฐกิจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาศัยในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 9,035 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยวิธีสถิติอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen's statistical power analysis) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ซึ่งเป็นสถิติสูงสุดที่ใช้ในโครงการวิจัยหลัก โดยในส่วน “Test family” เลือก “F-test” ในส่วน "Statistical test" เลือก "ANOVA: Fixed effects, omnibus, one-way" และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล ที่ .20 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 กำลังการทดสอบ ที่ .95 และจำนวนกลุ่มเท่ากับ 3 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งเขตพื้นที่ตามลักษณะการปกครองเป็น 10 ตำบลนอกเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี แล้วแบ่งกลุ่มย่อยเป็นชมรมผู้สูงอายุตามสถานบริการระดับตำบล มีทั้งหมด 32 ชมรม หลังจากนั้นสุ่มเลือกชมรมผู้สูงอายุด้วยการสุ่มอย่างง่ายตำบลละ 1 ชมรม รวมเป็น 10 ชมรม แล้วสุ่มตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วน โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละชมรมที่สุ่มได้ตามสัดส่วนของจำนวนสมาชิกในแต่ละชมรม ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ 385 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 98.7 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ แม้จะมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจากข้อจำกัดในภาคสนาม แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้มีขนาดใกล้เคียงกับที่คำนวณไว้และเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการพัฒนาเครื่องมือ เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview guide) สำหรับการสัมภาษณ์แบบมาตรฐาน (Standardized interview) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น คำถามแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักก่อนการเข้าสู่อายุ 60 ปี รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ที่พักอาศัย บุคคลผู้ให้การดูแล และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ตอนที่ 2 ลักษณะการดูแลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ/ใช่ และไม่ได้รับ/ไม่ใช่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน (10 ข้อ) ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย (8 ข้อ) ด้านจิตสังคม (7 ข้อ) และด้านเศรษฐกิจ (5 ข้อ)

ตอนที่ 3 ความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ต้องการ และ ไม่ใช่/ไม่ต้องการ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน (10 ข้อ) ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย (9 ข้อ) ด้านจิตสังคม (11 ข้อ) และด้านเศรษฐกิจ (5 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย แบบสัมภาษณ์ได้รับตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการวิจัยทางสังคมศาสตร์และการ

พัฒนาเครื่องมือวิจัย และด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำจนผลการประเมินดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence [IOC]) ได้เท่ากับ .67 หรือ 1.00 แล้วจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 30 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's Alpha Coefficient: α) ของแบบสอบถามตอนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ .78 และ .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงาน ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลไปยังสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่แล้วดำเนินการดังนี้

1.เตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ตำบลละ 2 คน รวม 20 คน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับวิธีเก็บข้อมูลและให้จับคู่สัมภาษณ์กันเอง คนละ 1 ครั้ง และฝึกการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างคนละ 1 ราย เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนการเก็บข้อมูล และฝึกทักษะการถาม-ตอบ

2.ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างมาตรฐาน และให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดตามการสัมภาษณ์และให้คำปรึกษาแก่ผู้ช่วยวิจัยในทุกตำบล และได้ตรวจสอบความเรียบร้อยและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะการดูแลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ และความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความยินยอมด้วยวาจาจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อจริงในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมมาตรการรองรับหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และให้ข้อมูลติดต่อแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อสอบถามหรือแจ้งข้อกังวลได้ตลอดเวลา การเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และได้รับการตรวจสอบและให้คำแนะนำจากนักวิจัยที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยที่เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.83) และเป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-74 ปี (ร้อยละ 79.74) โดยมีอายุเฉลี่ย 68.99 ปี (*SD* =7.85, พิสัยอยู่ระหว่าง 60 ถึง 90 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54.03) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.27) มีอาชีพค้าขายเป็นอาชีพหลักก่อนการเข้าสู่อายุ 60 ปี (ร้อยละ 36.10) แหล่งที่มาของรายได้มาจากการค้าขาย (ร้อยละ 35.84) มีรายได้ต่อเดือน 4,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 38.96) โดยมีรายได้เฉลี่ย 4,231 บาท (*SD* = 3,850.27, พิสัยอยู่ระหว่าง 300 ถึง 33,250 บาท) ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 66.23) มีสมาชิกระหว่าง 4-6 คน (ร้อยละ 50.65) โดยมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.95 ราย (*SD* =1.45, พิสัยอยู่ระหว่าง 1 ถึง 12 คน) ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยเป็นบ้านของตนเอง (ร้อยละ 71.17) และมีบุตรสาว-บุตรชายเป็นบุคคลผู้ให้การดูแล (ร้อยละ 47.27)

ลักษณะการดูแลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนมากมีบุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้จัดหาอาหารที่รับประทานให้ เมื่อ

เจ็บป่วยจะมีบุตรหลานหรือคนในครอบครัวจะเข้ามาซักถามอาการเสมอ ได้รับความเคารพนับถือบุตรหลานหรือคนในครอบครัว ได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ และได้รับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนจากบุตรหลานหรือคนในครอบครัว มีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่เป็นผู้ดูแลจัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบด้วยตนเอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการได้รับการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน

กิจกรรมการได้รับการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน	ได้รับ/ใช่		ไม่ได้รับ/ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก. การดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน (10 ข้อ)				
1. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้จัดหาอาหารที่รับประทานให้	353	91.69	32	8.31
2. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้ทำความสะอาดภาชนะหลังท่านรับประทานอาหารแล้ว	331	85.97	54	14.03
3. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้ดูแลเรื่องเสื้อผ้าของท่าน	323	83.90	62	16.10
4. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้จัดหาของใช้ส่วนตัวให้ท่าน	307	79.74	78	20.26
5. ท่านเป็นผู้ดูแลจัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบด้วยตนเอง	56	14.55	329	85.45
6. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวมักไปกับท่านเสมอด้วยเมื่อท่านไปธุระนอกบ้าน	306	79.48	79	20.52
7. ท่านเป็นผู้ดูแลความสะอาดเรียบร้อยข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัวของตน	48	12.47	337	87.53
8. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจัดที่นอนให้	77	20.0	308	80.00
9. ท่านเป็นผู้ทำความสะอาดบริเวณที่นอนด้วยตนเอง	57	14.81	328	85.19
10. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้ดูแลซ่อมแซมเสื้อผ้าที่ชำรุด	64	16.62	321	83.38
ข. การดูแลเมื่อเจ็บป่วย (8 ข้อ)				
11. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวจะซักถามอาการเสมอเมื่อท่านเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน	368	95.58	17	4.42
12. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวจะเป็นผู้พาไปท่านไปรับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	353	91.69	32	8.31
13. ท่านต้องเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเสมอ	68	17.66	317	82.34
14. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนให้ไปรับการรักษาและจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้	305	79.22	80	20.78
15. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้จัดเตรียมยาและดูแลให้รับประทานยา	330	85.71	55	14.29
16. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวช่วยดูแลความสะอาดร่างกายให้เมื่อท่านเจ็บป่วย	324	84.16	61	15.84
17. เมื่อท่านต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะมีญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเสมอ	342	88.83	43	11.17
18.เมื่อท่านเจ็บป่วยบุตรหลานหรือคนในครอบครัวจะนำอาหารและเครื่องดื่มบำรุงร่างกายมาให้	340	88.31	45	11.69
ค.การดูแลด้านจิตสังคม (7 ข้อ)				
19.บุตรหลานหรือคนในครอบครัวให้ความเคารพนับถือท่าน	367	95.32	18	4.68
20.บุตรหลานหรือคนในครอบครัวให้เวลา เอาใจใส่ พูดคุยกับท่านเสมอ	353	91.69	32	8.31
21.ท่านได้รับการช่วยเหลือจากบุตรหลานเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ	355	92.21	30	7.79
22. ท่านได้รับการทักทาย พูดคุย ไต่ถามทุกข์สุขจากคนรอบข้างเสมอ	341	88.57	44	11.43
23. เมื่อต้องไปเยี่ยมบุตรหลานหรือญาติที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน คนในครอบครัวจะเป็นเพื่อนเดินทางไปด้วยเสมอ	326	84.68	59	15.32
24. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ด้วยการจัดเตรียมสิ่งของให้และออกค่าใช้จ่ายให้	326	84.68	59	15.32
25. บุตรหลานหรือคนในครอบครัวช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมงานสังคมต่าง ๆ	332	86.23	53	13.77

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการได้รับการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน

กิจกรรมการได้รับการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน	ได้รับ/ใช่		ไม่ได้รับ/ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ง.การดูแลด้านเศรษฐกิจ (5 ข้อ)				
26. ท่านได้รับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนจากบุตรหลานหรือคนในครอบครัว	353	91.69	32	8.31
27. ท่านต้องทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มเติมให้เพียงพอสำหรับการใช้จ่าย	78	20.26	307	79.74
28.บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เมื่อเจ็บป่วยรุนแรง	344	89.40	41	10.60
29. ท่านมีเงินเพียงพอที่จะใช้จ่ายตามที่ต้องการ แม้จะไม่มีรายได้ประจำจากแหล่งอื่น ๆ	270	70.13	115	29.87
30. ท่านมีรายได้เป็นของตนเองประจำทุกเดือน โดยไม่ต้องพึ่งพาเงินจากบุตรหลานหรือคนในครอบครัว	266	69.09	119	30.91

ความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลเรื่องอาหาร ต้องการให้มีคนมาดูแลเมื่อเจ็บป่วย ต้องการให้บุตรหลานเชื่อฟัง และต้องการให้บุตรหลานดูแลสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นให้ ส่วนการดูแลที่ต้องการน้อยที่สุด คือ ให้ญาติเป็นผู้จัดยาและดูแลให้รับประทานยาเมื่อเจ็บป่วย และให้บุตรหลานเห็นคุณค่าของตัวผู้สูงอายุเอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ

กิจกรรมการได้รับการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน	ใช่/ต้องการ		ใช่/ต้องการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก. ความต้องการด้านการดำรงชีวิตประจำวัน (10 ข้อ)				
1. ท่านต้องการให้มีผู้จัดหาอาหารที่ท่านชอบรับประทานให้	351	91.17	34	8.83
2. ท่านต้องการได้รับการดูแลเรื่องอาหาร	364	94.55	21	5.45
3.ท่านต้องการให้มีผู้จัดหาเสื้อผ้าให้	331	85.97	54	14.03
4 ท่านต้องการผู้ดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้าให้	341	88.57	44	11.43
5.ท่านต้องการให้มีผู้ซ่อมแซมเสื้อผ้าที่ชำรุดแล้วให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้	318	82.60	67	17.40
6. ท่านต้องการดูแลจัดหาของใช้ส่วนตัวเอง	333	86.49	52	13.51
7.ท่านต้องการให้มีผู้ดูแลสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวของท่านให้สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย	339	88.05	46	11.95
8. ท่านต้องการให้มีคนไปด้วยเมื่อมีธุระไปนอกบ้าน	330	85.71	55	14.29
9. ท่านต้องการให้มีผู้ทำธุระนอกบ้านแทน	339	88.05	46	11.95
10.ท่านต้องการให้มีผู้ดูแลในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน	341	88.57	44	11.43
ข. ความต้องการเมื่อเจ็บป่วย (9 ข้อ)				
11.ท่านต้องการให้มีคนมาดูแลเมื่อเจ็บป่วย	378	98.18	7	1.82
12.ท่านต้องการให้บุตรหลาน คนในครอบครัวหรือญาติทราบเมื่อเจ็บป่วย	360	93.51	25	6.49
13.ท่านต้องการให้บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	340	88.31	45	11.69
14.ท่านต้องการให้ญาติมาเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย	347	90.13	38	9.87
15.ท่านต้องการให้บุตรหลานเป็นผู้พาไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	335	87.01	50	12.99
16. ท่านต้องการให้บุตรหลานเป็นผู้จัดยาและดูแลให้รับประทานยาเมื่อเจ็บป่วย	324	84.16	61	15.84
17. ท่านต้องการให้บุตรหลานช่วยอาบน้ำและเช็ดตัวเมื่อเจ็บป่วย	328	85.19	57	14.81
18. ท่านต้องการอาหารและเครื่องดื่มบำรุงร่างกายเมื่อเจ็บป่วย	350	90.91	35	9.09
19. ท่านต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันเมื่อเจ็บป่วย	359	93.25	26	6.75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความต้องการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ

กิจกรรมการได้รับการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน	ใช่/ต้องการ		ใช่/ต้องการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค.ความต้องการด้านจิตสังคม (11 ข้อ)				
20. ท่านต้องการให้บุตรหลานเชื่อฟังท่าน	370	96.10	15	3.90
21. ท่านต้องการได้รับความเคารพจากบุตรหลาน	368	95.58	17	4.42
22. ท่านต้องการให้บุตรหลานให้เวลาและเอาใจใส่	360	93.51	25	6.49
23. ท่านต้องการให้บุตรหลานช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา	357	92.73	28	7.27
24. ท่านต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ	330	85.71	55	14.29
25. ท่านต้องการให้บุตรหลานดูแลสนับสนุนท่านในกิจกรรมด้านศาสนา	350	90.91	35	9.09
26. ท่านต้องการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ	354	91.95	31	8.05
27. ท่านต้องการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	360	93.51	25	6.49
28. ท่านต้องการปรึกษาหารือกับเพื่อนบ้านเมื่อมีปัญหา	340	88.31	45	11.69
29. ท่านต้องการให้บุตรหลานเห็นคุณค่าในตัวของท่าน	100	25.97	285	74.03
30. ท่านต้องการได้รับการดูแลด้านจิตสังคม	336	87.27	49	12.73
ง.ความต้องการด้านเศรษฐกิจ (5 ข้อ)				
31. ท่านต้องการให้บุตรหลานดูแลสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับท่าน	372	96.62	13	3.38
32. ท่านต้องการให้บุตรหลานดูแลด้านค่าใช้จ่ายส่วนตัวของท่าน	336	87.27	49	12.73
33. ท่านต้องการให้บุตรหลานดูแลค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เมื่อต้องไปธุระนอกบ้านด้วยกัน	315	81.82	70	18.18
34. ท่านต้องการให้บุตรหลานช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของท่าน	294	76.36	91	23.64
35. ท่านต้องการได้รับการดูแลด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	346	89.87	39	10.13

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลและสนับสนุนจากครอบครัวในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องอาหาร การดูแลยามเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายประจำเดือน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังคงต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพิ่มเติม เช่น การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การจัดการสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน และความต้องการให้บุตรหลานเชื่อฟังและเห็นคุณค่า แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีเงินเพียงพอสำหรับการใช้จ่าย แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ต้องทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มเติม ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับและต้องการการดูแลด้านอาหารการกินจากบุตรหลานหรือคนในครอบครัว สะท้อนถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องการดูแลจัดหาของใช้ส่วนตัวเอง ซึ่งอาจสะท้อนถึงความต้องการรักษาความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วมในกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active aging) ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมและมีความเป็นอิสระ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[9] นอกจากนี้การดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงทางเลือก ความต้องการและความชอบของผู้สูงอายุแต่ละคน รวมถึงการเคารพความเป็นอิสระและการส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกัน[10] การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมร่วมกับการคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว นั้น สอดคล้องกับแนวโน้มที่พบในหลายประเทศที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น[7] การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อรูปแบบการดูแล ความต้องการของผู้สูงอายุ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมักพึ่งพาการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านมากขึ้น ในขณะที่การช่วยเหลือจากบุตรหลานที่ย้ายถิ่นฐานมักจำกัดอยู่ที่การสนับสนุนทางการเงินและการให้ข้อมูล[7] แม้ผลการวิจัยจะพบว่าสูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากการค้าขาย แต่ยังคงต้องการการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายจากบุตรหลาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อรายได้และการทำงานของผู้สูงอายุ ทำให้ต้องการการสนับสนุนทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น[8] ปัจจัยทางเศรษฐกิจเหล่านี้มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ[11] การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างครอบครัวและสังคม การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในชุมชนของตนและการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ

มิติทางจิตสังคมของการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการได้รับความเคารพและการเชื่อฟังจากบุตรหลาน ซึ่งเป็นค่านิยมและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญกับการเคารพผู้อาวุโส สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม[9] นอกจากนี้ยังพบว่าการอยู่ร่วมกับบุตรตามความนิยมทางวัฒนธรรมช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุในประเทศไทย[3] อย่างไรก็ตาม การระบาดของ COVID-19 ได้ส่งผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความท้าทายใหม่ในการรักษาความเชื่อมโยงทางสังคมและการสนับสนุนทางจิตใจ[11] การพัฒนานโยบายและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ หลังการระบาดของ COVID-19 จึงควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น (Generation) และการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง

การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต้องคำนึงถึงความต้องการที่หลากหลายและบริบททางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน และการตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด "ผู้สูงวัยในถิ่น" การพัฒนานโยบายและบริการควรบูรณาการการดูแลทางสุขภาพและสังคม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและสร้างระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละท้องถิ่น เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พยาบาลควรประเมินความต้องการผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน เน้นอาหารและการดูแลยามเจ็บป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและความเป็นอิสระของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ส่วนสถาบันการศึกษาพยาบาลควรเพิ่มเนื้อหาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เน้นด้านจิตสังคม จัดฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และให้คำแนะนำด้านเศรษฐกิจที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทครอบครัวเดี่ยว

2.ด้านการวิจัย ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต้องการการดูแล วิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับช่องว่างระหว่างความต้องการและการได้รับการดูแล พัฒนาและทดสอบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

3. วัลย์พร วรพรพงษ์, วรพนิต ศุกระแพทย์, วลัยนารี พรมลา.(2563). ผู้สูงวัยในถิ่น. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 6(2):540-549.
4. Teerawichitchainan B, Pothisiri W, Long GT.(2015). How do living arrangements and intergenerational support matter for psychological health of elderly parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand. Soc Sci Med 136-137:106-116.
5. สุนิสา ค้าขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์.(2563). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 36(3):150-163.
6. กุลธิดา กุลประทีปัญญา, วิรดา อัศวเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, อรัญญา นามวงศ์.(2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอิสเทิร์น 17(2):581-595.
7. Evans N, Allotey P, Imelda JD, Reidpath DD, Pool R.(2018). Social support and care arrangements of older people living alone in rural Malaysia. Ageing Soc 38(10):2061-2081.
8. เพ็ชรัตน์ ไสยสมบัติ, ดลฤดี สุวรรณคีรี. การปรับตัวของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์โควิด -19. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ 7(3):100-114.
9. Hussain B, Mirza M, Baines R, Burns L, Stevens S, Asthana S, et al.(2023). Loneliness and social networks of older adults in rural communities: A narrative synthesis systematic review. Front Public Health 11:1113864.
10. Liao L, Feng M, You Y, Chen Y, Guan C, Liu Y.(2023). Experiences of older people, healthcare providers and caregivers on implementing person-centered care for community-dwelling older people: A systematic review and qualitative meta-synthesis. BMC Geriatr 23(1):207.
11. Ho L, Malden S, McGill K, Shimonovich M, Frost H, Aujla N, et al.(2023). Complex interventions for improving independent living and quality of life amongst community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. Age Ageing 52(7):afad132.
12. Ohta R, Katsube T, Sano C.(2022). Challenges in help-seeking behaviors among rural older people mitigated through family physician-driven outreach: A systematic review. Int J Environ Res Public Health 19(24):17004.

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

Effectiveness Of an Integrated Healthcare Model With Community Health Networks And Telemedicine For Dependent Older Adults: A Study Of the Primary Care Cluster In Thapla, Uttaradit Province.

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

กษิพัฒน์ เชียงแรง[1]พัชราภรณ์ ปินตา[1]
Kasipash Chiangrang[1] Pacharaporn Pinta[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การศึกษาดำเนินการในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม 2567 ใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 45 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและบันทึกปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ADL และการทดสอบ McNemar เพื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าคะแนน ADL เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 7.07 เป็น 7.91 นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับและปัญหาการนอนหลับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ระบบการดูแลระยะยาว, การแพทย์ทางไกล, คลินิกหมอครอบครัว

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of an integrated healthcare model for dependent older adults in the community, utilizing community health networks and telemedicine. The study was conducted in Tha Pla District, Uttaradit Province, over a 6-month period from March 1 to August 31, 2024. The study employed a one-group pretest-posttest design, with 45 dependent older adults selected through purposive sampling. Data were collected using an Activities of Daily Living (ADL) assessment and records of health problems and complications. Data analysis was conducted using a Paired sample t-test to compare the mean ADL scores, and McNemar's test to compare the number of patients with health problems and complications before and after the intervention.

The results showed a statistically significant increase in ADL scores ($p < 0.001$), with the mean ADL score rising from 7.07 to 7.91. Moreover, health problems and complications, such as pressure ulcers and sleep disorders, significantly decreased ($p < 0.05$).

Keywords: Integrated healthcare, dependent older adults, long-term care, telemedicine, Primary Care Cluster

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 12,698,362 คน หรือร้อยละ 19.1 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ

[1] แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

28[1,2] ความเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้สร้างภาระหนักในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางหรือภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) และลดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL)[3] การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้จึงมีความซับซ้อนมากขึ้นและต้องการทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการจัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ[4]

ปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลไทยได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] โดยการจัดระบบบริการดูแลแบบบูรณาการทั้งด้านสังคมและด้านสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดยเน้นการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนสนับสนุน พร้อมกับการใช้แผนการดูแลเฉพาะราย (Individual Care Plan) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นไปอย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม[6,7] ปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ เน้นให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้บริการเชิงรุกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [8] นอกจากนั้น นโยบายระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ยังถูกนำมาใช้เพื่อช่วยให้การเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[9]

ในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2566 มีกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 94,396 คน หรือร้อยละ 28.13 ของประชากรจังหวัด สำหรับอำเภอท่าปลามีผู้สูงอายุร้อยละ 28.21ของประชากรอำเภอ และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 301 คน[10] ปัญหาหลักที่พบในพื้นที่ ได้แก่ การขาดผู้ดูแลหลัก ความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาพบแพทย์ และการขาดอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์ แม้ว่าจะมีระบบ Long Term Care และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) รวมถึงผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เข้ามาดูแลในชุมชน แต่ยังคงพบปัญหาการขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างการดูแลในชุมชนกับบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะในส่วนของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุม เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพและภาวะทางจิตใจ นอกจากนี้ การขาดแคลนบุคลากร เวลา และปัญหาการเดินทาง ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเยี่ยมบ้าน ทำให้การเยี่ยมบ้านไม่สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างทั่วถึง[11]

การศึกษาที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพชุมชนหรือการใช้ระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ พบว่าการสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนและการใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดตามสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง[12] ในขณะที่ สุรพงษ์ ลักษวุธ แสดงให้เห็นว่าการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้[13] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมายังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างการทำงานของเครือข่ายสุขภาพชุมชนและการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการทำงานร่วมกับคลินิกหมอครอบครัวและระบบการดูแลระยะยาว

งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ โดยผสานการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว เข้ากับการดูแลในระบบ Long Term Care พร้อมกับการประยุกต์ใช้ Telemedicine อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมิน ติดตาม และให้คำปรึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว การบูรณาการนี้คาดว่าจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษานี้จึงไม่เพียงแต่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขระดับชาติที่เน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ยังเป็นการต่อยอดและเชื่อมโยงแนวทางการดูแลที่มีอยู่เดิมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ ต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการดูแล

2. หลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ จะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ ระยะเวลาการศึกษาดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม 2567 โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าความเชื่อมั่นที่ 80% คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) (1) มีรายชื่อในระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ประจำปีงบประมาณ 2567 (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา (3) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในระบบการดูแลระยะยาว (4) สามารถสื่อสารและเข้าใจคำแนะนำได้ (5) อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่สามารถรับสัญญาณอินเทอร์เน็ตจากโทรศัพท์มือถือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้เข้าร่วมจะถูกคัดออกหากมีคะแนน ADL ก่อนการทดลอง มากกว่า 11 คะแนน หรือเปลี่ยนใจไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา หรือย้ายออกจากพื้นที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยสองส่วนหลัก

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย\

1.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ

1.2 เอกสารประกอบการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ตามหลักสูตรของกรมอนามัย[14]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (13 ข้อ)

2.2 แบบประเมินปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน (19 ข้อ)

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) (10 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ประเมินค่าความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) มากกว่า 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ โดยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามลำดับดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 1-3)

ในระยะนี้ ผู้วิจัยทำการประเมินปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมถึงศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน นอกจากนี้ยังพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ระยะที่ 2 ดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 4-22)

สัปดาห์ที่ 4 ทำการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 15 คน โดยอ้างอิงหลักสูตรของกรมอนามัย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วย การฟื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิตใจ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ

สัปดาห์ที่ 5-7 ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลโดย Caregiver ในระบบ Long Term Care ให้การดูแลประเมินแบบองค์และร่วมแก้ปัญหาให้ทั้งผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและครอบครัว เน้นการฟื้นฟูการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน (ADL)

สัปดาห์ที่ 8-22 ทำการติดตามกลุ่มตัวอย่างทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง โดยทีมสหวิชาชีพจากคลินิกหมอครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เน้นการติดตามและประเมินปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู ADL และการดำเนินการตาม Individual care plan

ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 23-24)

ในระยะนี้ ผู้วิจัยจะทำการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และแบบประเมินปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน จากนั้นทำการสรุปผลลัพธ์และปรับแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแสดงการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้ Paired sample t-test และเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้ McNemar's test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (UPHO REC No.011/2567) เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 45 คน ผลวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานพบว่าผู้เข้าร่วมมีอายุเฉลี่ย 78.58 ปี (SD = 10.54) โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี และสูงสุด 95 ปี ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.44 (n = 29) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.56 (n = 34) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 48.89 (n = 22) และอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 57.78 (n = 26) ด้านเศรษฐานะ ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.67 (n = 30) โดยร้อยละ 88.89 (n = 40) มีหนี้สิน ด้านการสื่อสารผู้สูงอายุร้อยละ 55.56 (n = 25) สามารถใช้โทรศัพท์ติดต่อสื่อสารกับญาติหรือผู้ดูแลได้ และร้อยละ 86.67 (n = 39) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรับบริการสุขภาพ

ด้านสุขภาพ พบว่าการความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนการทดลอง กลุ่มกตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ADL เท่ากับ 7.07 (SD = 3.86) โดยส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาปานกลาง (ADL 9-11) ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (ADL 0-4) ร้อยละ 24.44 และภาวะพึ่งพารุนแรง (ADL 5-8) ร้อยละ 15.56 โดยสาเหตุของภาวะพึ่งพิงในกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.33 (n = 15) ภาวะถดถอยตามวัย ร้อยละ 31.11 (n = 14) และภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 22.22 (n = 10) นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.11 (n = 32) โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 62.22 (n = 28) และโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.67 (n = 12)

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ADL ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.07 (SD = 3.86) และหลังการทดลองเท่ากับ 7.91 (SD = 3.85) ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนน ADL (Mean difference) ระหว่างก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 0.84 คะแนน ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) ของความแตกต่างของคะแนนอยู่ระหว่าง 0.35 ถึง 1.34 คะแนน ผลการทดสอบทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า t = 3.44 และ p-value = 0.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

ตัวแปร	Mean (S.D.)	Mean difference	95% CI	t	p-value
- ก่อนทดลอง	7.07 (3.86)	0.84	0.35 - 1.34	3.44	0.001*
- หลังทดลอง	7.91 (3.85)				

* $p < 0.05$

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการต่อปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ พบว่ามีการลดลงของปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนในทุกด้านที่ศึกษา การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ McNemar test เนื่องจากเป็นข้อมูลแบบ paired nominal data โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษาพบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสองประเด็น ได้แก่ การเกิดแผลกดทับใหม่หรือการติดเชื้อที่แผลกดทับ และปัญหาการนอนหลับ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับใหม่หรือการติดเชื้อที่แผลกดทับลดลงจาก 8 ราย (ร้อยละ 17.78) เป็น 2 ราย (ร้อยละ 4.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 4.50, p = 0.034) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับลดลงจาก 13 ราย (ร้อยละ 28.89) เป็น 6 ราย (ร้อยละ 13.33) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (χ^2 = 4.57, p = 0.033) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการ

ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน	ก่อนทดลอง n (%)	หลังทดลอง n (%)	χ^2 (McNemar)	p-value
แผลกดทับใหม่/ติดเชื้อ	8 (17.78)	2 (4.44)	4.50	0.034*
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	4 (8.89)	1 (2.22)	1.80	0.180
ปอดติดเชื้อ	2 (4.44)	0 (0.00)	2.00	0.157
ข้อติด	9 (20.00)	6 (13.33)	1.00	0.317
ภาวะทุพพลโภชนาการ	14 (31.11)	10 (22.22)	1.33	0.248
ปัญหาการนอนหลับ	13 (28.89)	6 (13.33)	4.57	0.033*
ภาวะซึมเศร้า	6 (13.33)	2 (4.44)	2.25	0.134

* $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการต่อการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p 0.001) จากการประเมิน ADL ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 7.07 (SD = 3.86) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 7.91 (SD = 3.85) ความแตกต่างเฉลี่ยที่ 0.84 คะแนนนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบดังกล่าวมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว การแต่งตัว และการรับประทานอาหาร ได้ดีขึ้น การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ แสนกอง พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวมีคะแนน ADL จาก 6.78 เป็น 10.68 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนที่ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[15] และสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างชัดเจน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของ Caregiver ที่ได้รับการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของชุมชน[16]

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการต่อการลดลงของปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการสามารถลดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยเฉพาะปัญหาแผล

กดทับและปัญหาการนอนหลับ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เน้นการการดูแลเชิงรุก การติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถลดปัญหาทั้งสองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิกานต์ หวังจิ ซึ่งศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและพบว่าการดูแลเชิงรุกโดยทีมสุขภาพในชุมชนสามารถลดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับและปัญหาการนอนหลับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน[17] นอกจากนี้ งานวิจัยของนวลจันทร์ แสนกอง ยังพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชนมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[15] แม้ว่าปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อที่ปอด ภาวะข้อติด และภาวะทุพโภชนาการ จะมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามแนวโน้มการลดลงดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการดูแลแบบบูรณาการยังคงมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการขยายการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการนี้ไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถลดภาระด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างทั่วถึง

2. ควรมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลในชุมชน (Caregiver) อาสาสมัคร และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้สามารถใช้ระบบการแพทย์ทางไกล ในการติดตามสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาว

3. ควรมีการสนับสนุนทางด้านงบประมาณและทรัพยากรจากหน่วยงานรัฐและท้องถิ่นในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำเนินการระบบการแพทย์ทางไกล และการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพชุมชนที่มีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุรวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลในระยะยาวของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในชุมชน เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงการหาวิธีการปรับปรุงรูปแบบการดูแลนี้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นสำหรับการใช้งานในชุมชนที่มีความหลากหลายทางด้านสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรม รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.เสรี นพรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าปลา และทีมสหวิชาชีพคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา ที่ให้การสนับสนุนด้านการอำนวยความสะดวกในการจัดหาข้อมูลและอุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2565). สถิติจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [Internet]. [cited 2023 Dec 2]. Available from: https://www.dopa.go.th/main/web_index
2. กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2565). สถิติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2565 [Internet]. [cited 2023 Dec 2]. Available from: htts://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962
3. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al.(2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature [Internet]. Vol. 10, Ageing Research Reviews. [cited 2023 Dec 4]. p. 430–9. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1568163711000249

4. Sambamoorthi U, Tan X, Deb A.(2015). Multiple chronic conditions and healthcare costs among adults. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res [Internet]. [cited 2023 Dec 4];15(5):823–32. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/14737167.2015.1091730
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.(2565). ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan [Internet]. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. [cited 2023 Dec 12]. Available from: https://dashboard.anamai.moph.go.th
6. กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสาหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) [cited 2023 Dec 12]. Available from: https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/mapping/paper/view?id=301
7. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล วิชช์ เกษมทรัพย์ วิชัย เอกพลากร บวรศม ลีระพันธ์.(2561). ระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [cited 2023 Dec 9]. Available from: https://datahpc9.anamai.moph.go.th/group_sr/allfile/1578551088.pdf
8. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ [Internet]. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย [cited 2023 Dec 12]. Available from: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/Manual PCC 2017.pdf
9. กรมการแพทย์.(2565). ระบบการแพทย์ทางไกล"(DMS Telemedicine) การรักษาที่ไร้ข้อจำกัดทั้งเวลาและสถานที่ [Internet]. ข่าวเพื่อสื่อมวลชล. [cited 2023 Dec 2]. Available from: https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181945
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล [Internet]. LTC ผู้สูงอายุ. [cited 2023 Dec 9]. Available from: https://ltc.anamai.moph.go.th
11. กษิพัฒน์ เชียงแรง พัชราภรณ์ ปินตา เสาวนีย์ สำนวน.(2566). การพัฒนาคุณภาพรูปแบบบริการด้านสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว Long Term Care (LTC) ในชุมชน แบบบูรณาการผ่านระบบการแพทย์ทางไกล โดยคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ [Internet]. เขตสุขภาพที่ 2 ผลงานวิชาการ " ประเภทงานพัฒนาคุณภาพ CQI [cited 2023 Dec 20]. Available from: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000001323-0000001419.pdf
12. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ.(2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก. 13(2):8-17.
13. สุรพงษ์ ลักษวุธ. การพัฒนาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 8(2):346–57.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง [Internet]. 1st ed. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์ [cited 2023 Dec 15]. Available from: https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/211555#
15. นวลจันทร์ แสนกอง.(2565). การประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเภสัชกรรมไทย. 14(3):733–44.
16. พิชิต สุขสบาย.(2560). การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของทีมหมอครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 11. 31(2):257–69.
17. นันทิกานต์ หวังจิ.(2565). พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 5(3):40–6.

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.เที่ยงแท้ อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท

The Effect of Using Health Behavior Changing Program PBRI's Model among Village Health Volunteers at Tambon Thiang Thae , Sunkaburi District , Chainat Province

(Received: October 9,2024 ; Revised: October 20,2024 ; Accepted: October 21,2024)

อรนุช นุ่นละออง[1], ยุทธนา นุ่นละออง[2],ศศิมา วัฒนา[3]
Oranoot Nunla-ong[1], Yutdhna Nunla-ong[2], Sasima Watthana[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.เที่ยงแท้ อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทย อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท โดยการสุ่มเฉพาะเจาะจง จำนวน 24 ประเมินผลลัพธ์โดยใช้แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ก่อนและหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.เที่ยงแท้ อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (M=2.66, SD=0.46) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (M=2.08, SD=0.70)

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

The purpose of this Quasi-Experimental research was to compare the knowledge and health behavior of village health volunteers before and after participation in a health behavior changing Program PBRI's Model. The sample consisted of 24 participation recruited from the village health volunteers at Tambon Thiang Thae , Sunkaburi District , Chainat Province, using purposive sampling. The data collection period was 10 weeks. The research instrument were the health behavior changing Program PBRI's Model as well as a knowledge and behavior questionnaire. These instruments were tested for content validity and reliability with alpha coefficient of 0.90 and 0.84 , respectively.

The result revealed the following. 1) After participation in a health behavior changing Program PBRI's Model, the mean score of knowledge was higher than the mean score of knowledge before participation in a health behavior changing Program PBRI's Model 2) After participation in a health behavior changing Program PBRI's Model, the mean score of health behavior of village health volunteers was statistical significantly higher than mean score before participation in a health behavior changing Program PBRI's Model (*p<.001*)

Keyword : village health volunteers, Health behavior changing Program PBRI's Model

[1,2,3] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

[2] Corresponding author : yutdhnan@bcnchainat.ac.th

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก ๆ 5 วินาที ส่วนคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานแล้ว 3.3 ล้านคน และมีแนวโน้มมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปีละ 3 แสนคน โรคเบาหวานจึงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย สถิติสาธารณสุขในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับเวลาทั้งในภาพรวมที่เพิ่มขึ้นทุกปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2565 ของประชากรไทย สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 4.80 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และพบว่าโรคความความดันโลหิตสูง พบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างน้อย 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน[1] จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสรรคบุรี จ.ชัยนาท และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ ในปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 4,506 ราย เป็น 4,649 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.17 นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 47 ของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว การรับประทานยาที่ใช้ในการรักษาทั้งยารับประทานหรือยาอินซูลิน[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทย ตำบลเที่ยงแท้ อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลสรรคบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท พบว่าปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 224 ราย ปี 2566 เป็นจำนวน 289 ราย จากการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ พบว่าผู้ป่วยมักได้รับการรักษาเพียงเฉพาะหน้าโดยละเลยการหาสาเหตุ[3] ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำหรืออาจเกิดความผิดปกติของสมองอย่างถาวรได้[4] นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้นและมีความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคลากรในภาคีเครือข่ายที่มีความสำคัญ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลภายในชุมชนที่ได้รับการอบรมและได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่อยู่ในชุมชน และเป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อสม.จึงควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองก่อน แล้วจึงไปให้ความรู้กับประชาชนในชุมชน ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเที่ยงแท้ อำเภอสรรคบุรี มีจำนวนทั้งสิ้น 86 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 24 คน

จากกความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งเป็นแนวคิดของศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร นำมาดำเนินการให้บริการวิชาการที่ตอบสนองปัญหาและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยพยายามให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด ซึ่งจากการศึกษาของ ขนิษฐา สระทองพร้อม[5] พบว่าการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี หลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ทั้งนี้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและมีจิตาสาปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน[6] ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพโดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริงไปให้

คำแนะนำและเผยแพร่ความรู้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และเป็นแนวทางในการกระตุ้นและส่งเสริมให้แก่ประชาชนในชุมชนเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.เที่ยงแท้ อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท จำนวน 86 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.เที่ยงแท้ อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 24 คน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงที่มีพันธุกรรมสายตรงพ่อแม่พี่น้องเป็นเบาหวาน ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทย อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท 2) สมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล 3) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ได้ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์

ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพจัดทำเป็นแผนการสอนและคู่มือเรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดสบช.โมเดล ประกอบด้วยแผ่นพับสไลด์ ประกอบการบรรยาย วีดีทัศน์ตัวอย่างการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร กิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกาย นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ถูกต้อง วิธีการผ่อนคลายความเครียด วิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้(ต่อเดือน) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล เป็นแบบทดสอบความรู้ของเรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุอาการการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพ การจำแนกผู้ป่วยเบาหวานตามหลักปิงปองจราจรชีวิต 7 สี จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือกคือใช่หรือไม่ใช่ เนื่องจากลักษณะดังกล่าวสามารถวัดเนื้อหาได้มากใช้เวลาน้อยและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิด สบช.โมเดล โดยนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติตัวใน 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอาหาร 10 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ 3) ด้านการจัดการอารมณ์ 5 ข้อ 4) ด้านการสูบบุหรี่และสุรา 5 ข้อ 5) ด้านรับประทานยา 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 6-7 วัน ต่อสัปดาห์ (4 คะแนน)

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ (3 คะแนน)

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ (2คะแนน)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อนั้นเลย (1 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อย	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน	4 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบบอิงเกณฑ์ (Best. 1970) ดังนี้

คะแนน 1.00 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ต่ำ

คะแนน 2.01 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปานกลาง

คะแนน 3.01 – 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล สูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Content Validity Index: CVI) โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งชุด (S-CVI) ซึ่งจะต้องได้ค่ามากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2012) ในครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.90 แล้วจึงนำไปทดลองใช้จำนวน 5 คน เพื่อความชัดเจนของข้อคำถามและได้คำตอบตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงที่มีพันธุกรรมสายตรงพ่อแม่พี่น้องเป็นเบาหวาน ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและสมัครใจมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทย อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท จำนวน 24 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์แรก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ และพฤติกรรม จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

2.1 ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อจัดระบบความคิดและความเชื่อ เน้นกิจกรรมการละลาย

พฤติกรรมการสร้างเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว การจำแนกผู้ป่วยเบาหวานตามหลักปิงปองจราจรชีวิต 7 สี การให้ความรู้ในรูปแบบเอกสารประกอบการบรรยาย การชมวิดีโอ การให้คำแนะนำและการเลือกโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและอารมณ์ การออกกำลังกาย การลดบุหรี่และแอลกอฮอร์และการรับประทานยาให้ถูกหลัก พร้อมแจกคู่มือการทบทวน/เสริมความรู้และการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง

2.2 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 4 รูปแบบ สื่อที่ใช้ประกอบด้วยการชมวิดีโอการออกกำลังกายและปฏิบัติตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตามความเหมาะสมของตนเอง และสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากสัปดาห์ที่ผ่านมา

2.3 ครั้งที่ 3 สนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร นำเสนอตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้โมเดลอาหาร และนำเสนอวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และปฏิเสธการดื่มสุรา

2.4 ครั้งที่ 4 นำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียดการใช้สมาธิบำบัด การจัดการอารมณ์ตนเองและความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาให้ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ การใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน

2.5 ครั้งที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจสอบการบันทึกข้อมูลจากคู่มือการทบทวนความรู้และการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง

2.6 ครั้งที่ 6 ติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจสอบการบันทึกข้อมูลจากคู่มือการทบทวนความรู้และการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง (ห่างจากครั้งที่ 5 จำนวน 1 สัปดาห์)

2.7 ครั้งที่ 7 สนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการปฏิบัติตนตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล

2.8 ครั้งที่ 8 ติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจสอบการบันทึกข้อมูลจากคู่มือการทบทวนความรู้และการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง

2.9 ครั้งที่ 9 ประเมินผลการปฏิบัติตัวจากคู่มือการทบทวนความรู้และการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง

2.10 ครั้งที่ 10 ระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินหลังการทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิด สบช.โมเดล ซึ่งแบบสอบถามเป็นชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้แบบทดสอบและแบบประเมินพฤติกรรมเช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล เพื่อนำไปปรับปรุงต่อไป

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ BCNC-IRB 002/2566 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษา พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 70.84 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 83.34 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.00 มีอาชีพหลักเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 33.33 มีรายได้ (ต่อเดือน) มากกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 62.50 และระยะเวลาโรคเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 41.67

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (16 – 20 คะแนน)	19 (79.17)	24 (100.00)
ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	5 (20.83)	-
ระดับต่ำ (0-10 คะแนน)	-	-

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.17 และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ในด้านอาหาร เรื่องการรับประทานอาหารรสหวาน ขนมหวานภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.38 , SD=0.58) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.75, SD=1.26) เรื่องรับประทานอาหารจุบจิบระหว่างมื้อภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.21 , SD=0.41) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=3.13, SD=0.90) และเรื่องการดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน ชา หรือกาแฟ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.67 , SD=0.48) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.38, SD=0.71) เช่นเดียวกัน ในด้านออกกำลังกาย การออกกำลังกาย เช่น เดิน เล่นกีฬา ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=3.50 , SD=0.51) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.75, SD=1.11) ออกกำลังโดยการทำงานบ้าน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.13 , SD=0.34) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=3.67, SD=0.48) ในการจัดการอารมณ์ การรู้สึกหงุดหงิดโมโหง่าย ใจร้อน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.58 , SD=0.65) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.88, SD=0.85) การรู้สึกสิ้นหวังท้อแท้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.88 , SD=0.54) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.50, SD=0.51) การนอนไม่หลับ ฝันในเรื่องที่ตนเองกังวลกลัว ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.71 , SD=0.81) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.08, SD=0.83) ในด้านสูบบุหรี่และสุรา มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (M=1.08, SD=0.28) คนในครอบครัวมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.25 , SD=0.53) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.88, SD=1.08) การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.68 , SD=0.88) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.83, SD=1.17) ในด้านการรับประทานยา เรื่องซื้อยารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.83, SD=0.48) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.29, SD=1.04) การปรับปริมาณยาเองตามอาการ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.04,

SD=0.20) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.17, SD=0.38)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.08	0.70	4.85	<.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.66	0.46		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รดับ .001 (*t=4.85 ,p<.001*) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (M=2.66, SD=0.46) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (M=2.08, SD=0.70)

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.17 และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 อธิบายได้ว่าเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ทำให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดลเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงทุกคน เนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจำแนกผู้ป่วยเบาหวานตามหลักปิงปองจราจรชีวิต 7 สี โดยให้กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้จำแนกตนเองตามกลุ่มสี และเลือกเลือกโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง อีกทั้งยังเป็นการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมการสนทนากลุ่ม สามารถแลกเปลี่ยนและซักถามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและอารมณ์ การออกกำลังกาย การลดบุหรี่และแอลกอฮอร์และการรับประทานยาให้ถูกหลัก พร้อมแจกคู่มือการทบทวน/เสริมความรู้และการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้ที่บ้าน ร่วมกับบันทึกพฤติกรรมสุขภาพเพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งเป็นการประเมินตามสภาพจริง ในการให้ความรู้ การสาธิตวิธีการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง จะเน้นการสนทนากลุ่มเพื่อสอบถามความรู้ ทบทวนและค้นหาปัญหาอุปสรรคของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมพูดคุยให้กำลังใจเสริมแรงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริขวัญ เพ็ญสุวรรณ และคณะ[7] ในการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ในผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงสูง พบว่าภายหลังปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริม Self Awareness ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของตนเองเป็นพื้นฐานเดิม เนื่องจากทุกคนมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้นำทางสุขภาพ จึงต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง ร่วมกับการสนทนากลุ่มจะมีการให้แรงเสริม ชักนำและจูงใจให้เห็นว่า การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้มีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นทีมสุขภาพที่จะเป็นแบบอย่างให้บุคคลอื่นด้วย ดังนั้น ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูงทุกคน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลที่ดีขึ้น มีความตระหนักถึงสภาวะสุขภาพของตนเองเนื่องจากต้องเป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนสุขภาพของตนเอง เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานยึดถือและปฏิบัติตาม โดยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ประกอบด้วยกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร นำเสนอตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้โมเดลอาหาร การสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการด้านอารมณ์ ลดภาวะเครียดและนำเสนอวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และปฏิเสธการดื่มสุรา ติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจสอบการบันทึกข้อมูลจากคู่มือการทบทวนความรู้และการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกวิธีการ รูปแบบมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับตนเองมากที่สุด นอกจากนี้ยังสามารถนำความรู้จากประสบการณ์ตรงไปเผยแพร่ให้แก่ผู้อื่นได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งรับรู้ว่าตนเองเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ[9] ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการวิจัยของ นสหชม เอโหย่ และคณะ[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช โมเดล ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$ จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช โมเดล ในในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีผลต่อคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพสามารถ นำโปรแกรมไปใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลให้ต่อเนื่องด้วยวิธีการที่หลากหลายและทันสมัย ตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่และตามบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ในระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละพื้นที่

3. ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล มาใช้ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ในรูปแบบดิจิทัลเพื่อการสื่อสารและประเมินผลอย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทย อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาทที่ได้อำนวยความสะดวกและอนุญาตให้มีการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ให้ความร่วมมือตลอดการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมจิตต์ สินธุชัย และคณะ.(2564). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5384?locale-attribute=th
2. โรงพยาบาลสรรคบุรี.(2566). รายงานผลการดำเนินงานโรคเบาหวาน. เอกสารคัดสำเนา
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทย.(2566) สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2566. เอกสารคัดสำเนา
4. อนุชา วรหาญ.(2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลาขวัญ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 12(27) : 5-22. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242633
5. ขนิษฐา สระทองพร้อม และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์.(2564). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 3(1):38-50.
6. นงลักษณ์ ตุ่นแก้วและคณะ.(2561). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และ การใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 24(2):83-95.
7. ศิริขวัญ เพ็ญสุวรรณและคณะ.(2561). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงสูง. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลักปอม อำเภอตะโหมดจังหวัดพัทลุง.
8. กิ่งเพชร แก้วสิงห์.(2562). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอพนมไพร จังหวัด ร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
9. นสหชม เอโหย่ และคณะ.(2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช. โมเดลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 5(2):129-39.

การพัฒนาแนวปฏิบัติและการประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

Development clinical practice guideline and evaluation of referrals for patients with long bone fractures, Banphue hospital Udonthani province.

(Received: October 10,2024 ; Revised: October 17,2024 ; Accepted: October 21,2024)

ศศิธร ประทุมชาติ[1]อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล[2]
Sasithorn Prathoomchat[1] Amornrat Akkarasetsakul[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินผลแนวปฏิบัติ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ประชากรที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านผือ ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย 15 คน แพทย์ผู้ส่งต่อผู้ป่วย 4 คน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน 4 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567 เก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มย่อย และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired T-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.92 อายุเฉลี่ย 32 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 46.15 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 46.15 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9 ปี ผลการพัฒนาขั้นตอนการพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น เพิ่มขนาดตัวอักษรแนวปฏิบัติ บทบาทพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกยาวหัก ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ผลการประเมินแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก รายหมวด พบว่า หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ร้อยละ 77.78 หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องร้อยละ 69.44 หมวด 3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติร้อยละ 74.60 หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 77.78 หมวด 5 การประยุกต์ใช้ร้อยละ 81.48 และหมวด 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติร้อยละ 77.78 ความพึงพอใจของพยาบาลหลังพัฒนามากกว่าก่อนพัฒนา($\bar{X}$= 4.05 ,S.D. = 0.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ แนวปฏิบัติ การส่งต่อผู้ป่วย กระดูกยาวหัก

Abstract

This research is action research. The research aims to develop guidelines, evaluate these guidelines, and assess the satisfaction of nurses who utilize these guidelines for patient referrals with long bone fractures at banphue hospital in Udonthani province. The population used in the guideline development process are professional nurses, outpatient departments, and emergency departments at banphue hospital who are assigned to refer patients 15, physicians 4, and emergency medical personnel 4. The research was conducted between August 2024 and October 2024. Data were collected by focus group and questionnaires. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and pair T-test.

The research results found that the majority of the sample group was female (76.92 %), with an average age of 32 years (46.15%) were professional nurses, and had worked for 1-5 years.(46.15%) The average working period was 9 years. The result of nursing process development was clearer, increased font size, practice guidelines, nurses' roles, nursing diagnoses, and nursing activities for patients with long bone fractures, and allowed relatives to participate in receiving information and decision-making more. The result of evaluation of practice guidelines for referring patients with long bone fractures by category found that

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี Corresponding

Category 1 scope and objectives (77.78%), Category 2 participation of relevant persons (69.44%), Category 3 practice guideline development steps(74.60%), Category 4 clarity of presentation(77.78%), Category 5 application(81.48%), and Category 6 independence of the practice guideline development team(77.78%). Nurses' satisfaction after development was higher than before development ($\bar{X}$= 4.05, S.D. = 0.83) with statistical significance at the 0.05 level, which is at a high level.

Keywords: Practice guidelines, patient referral, long bone fracture

บทนำ

จากแนวคิดด้านการจัดให้มีโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital cascade)โดยการแบ่งโรงพยาบาลออกเป็น 3 ระดับนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กองบริหารการสาธาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบพัฒนางานระบบรับส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธาธารณสุข ซึ่งระบบการรับส่งต่อ (Referral system) เป็นระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้น เพื่อให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ขั้นเตรียมการก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อและรับการส่งต่อทั้งไปและกลับอย่างมีคุณภาพ เหมาะสมกับขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพนั้นๆ โดยผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องในแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center)[1]

จังหวัดอุดรธานี มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาการพัฒนาการรับส่งต่อผู้ป่วย ให้มีมาตรฐานและความปลอดภัยสูงสุด สอดคล้องกับนโยบายการบริการไร้รอยต่อพร้อมการให้บริการที่ปลอดภัย รวดเร็ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดำเนินการพัฒนา Service Plan สาขาการส่งต่อได้ร่วมศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อขยายการทำงานในระดับเขตจังหวัดอุดรธานี โดยเขตสุขภาพที่ 8 ได้มีการทบทวนและแก้ไขปัญหาการรับส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ตามนโยบาย[2]

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติและการประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหักโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี จากโรงพยาบาลบ้านผือถึง โรงพยาบาลอุดรธานี สถิติระหว่างปีงบประมาณ 2564 -2566 มีผู้ป่วยที่ได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 4,644, 5,069 และ 4,670 รายตามลำดับ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 764, 843 และ 758 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยกระดูกยาวหัก ที่ได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 68, 72 และ 103 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องมีพยาบาลไปส่ง จำนวน 554, 579 และ 442 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยกระดูกยาวหักมีจำนวนที่เพิ่มอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยยังพบว่ามีปัญหาการประสานงานภายใน และแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านผือยังมีปัญหาและอุปสรรคคือ 1)การสื่อสาร มีปัญหาในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลของโรงพยาบาลบ้านผือและการประสานส่งต่อกับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย ยังทำได้ไม่ถูกต้องชัดเจน2) การให้การพยาบาลในการส่งต่อยังมีข้อจำกัดการพยาบาลที่ไม่สามารถดูแลหรือรักษาผู้ป่วยบางประการที่ไม่เหมาะสม ประสบการณ์การทำงานแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละหน่วยงาน ไม่เหมือนกัน 3) การเตรียมเอกสารไม่ครบถ้วน เตรียมอุปกรณ์ ไม่เหมาะสม[3]

การบาดเจ็บของแขนและขาเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นส่วนที่ใช้เคลื่อนไหว มีความสำคัญในหยิบ จับ การยืนและเดิน การบาดเจ็บของแขน และขาเกิดได้จากอุบัติเหตุทางจราจร เล่นกีฬา หรือการล้มเป็นต้น ภาวะกระดูกหัก เป็นภาวะที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นผลมาจากอุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยกระดูกหักอาจได้รับการบาดเจ็บของหลอดเลือดบริเวณที่อยู่ใกล้เคียงกับกระดูกหัก ทำให้เกิดเลือดออก และส่งผลให้เกิดภาวะช็อก

(hemorrhagic shock) การบาดเจ็บของหลอดเลือดในการบาดเจ็บโดยรวมพบเพียงร้อยละ 1 ถึง 2 โดยส่วนมากจะพบการบาดเจ็บของหลอดเลือดบริเวณแขน ขาร้อยละ 20 ถึง 50 ในประเทศกำลังพัฒนาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน Compartment syndrome ภาวะความดันในช่องปิดของกล้ามเนื้อสูงขึ้น คือภาวะช่องปิดกล้ามเนื้อมีความดันสะสมในระดับที่เป็นอันตราย เนื่องจากพังผืดไม่ขยายตัวอันเป็นผลมาจากการบวมภายในช่องปิดของกล้ามเนื้อ ซึ่งมักพบบริเวณขา แขน และท้อง ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น ปวด บวม หรือแสบร้อน เป็นต้น[4]

โรงพยาบาลบ้านผือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีผู้ป่วยกระดูกหักร่วมกับมีภาวะช็อก เป็นต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลอุดรธานี ระยะทางจากโรงพยาบาลบ้านผือ ถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายมีระยะทาง 70 กิโลเมตรใช้เวลาเดินทางไปกลับประมาณ 2-3 ชั่วโมง สถิติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกหักมีจำนวนเพิ่มขึ้นดังสถิติที่กล่าวมาแล้วจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม Service plan ไม่ได้มีการกำหนดการควบคุมเวลาโดยใช้การ Fast tract เหมือนสาขาอื่นๆ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และเหมาะสมก่อนส่งต่อ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยนอก และในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องมีทักษะ ความรู้ ในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนทุกระยะ มีการประเมินและคัดกรอง เพื่อจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติฉุกเฉินของชีวิต มีการประเมินผล ตามระดับความรุนแรง ดูแลให้ผู้ป่วย และญาติได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการ มีการประสานการส่งต่ออย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ

2.เพื่อประเมินผลแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ

3.เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และกระบวนการ The PDSA Cycle (Plan-Do-Study-Act)[5] วงจรเริ่มต้นด้วย 1)ขั้นตอนการวางแผน (Plan) สำรวจ วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 2)ขั้นตอนการปฏิบัติ(Do) จัดทำแนวปฏิบัติการการรับและการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ 3) ขั้นตอนการศึกษา(Study) การติดตามผลลัพธ์เพื่อทดสอบความถูกต้องของแนวปฏิบัติว่ามีของความก้าวหน้าและความสำเร็จระดับไหน มีปัญหาและอุปสรรคในการปรับปรุงหรือไม่ พัฒนาแนวปฏิบัติจนสามารถนำไปใช้ได้ 4)ขั้นตอนการปฏิบัติ (Act) จัดทำแนวปฏิบัติการการรับและการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ แบบใหม่ทั้งสี่ขั้นตอน ผู้วิจัยและคณะ สรุปและเสนอผลการแก้ปัญหา แล้วประเมินประสิทธิผลคุณภาพของแนวปฏิบัติการรับและการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหักตามความคิดเห็นของพยาบาลส่งต่อ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการรับและการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยนอก และ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านผือ ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 15 คน 2) แพทย์ผู้ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 4 คน 3) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 4 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยนอก และ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน อายุงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป อายุ ไม่เกิน 50 ปีโรงพยาบาลบ้านผือ ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 15 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) สมัครใจเข้าร่วมศึกษา 2) มีการรับรู้ปกติ สามารถพูดคุยตอบโต้ได้ปกติ 3) พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยนอก และ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน อายุงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป อายุ ไม่เกิน 50 ปีโรงพยาบาลบ้านผือ ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีอาการแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ 2) ลาป่วยหรือลาคลอดระหว่างทดลองใช้เครื่องมือ 3) อายุมากกว่า 50 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดที่ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลบ้านผือ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้คู่มือการปฏิบัติงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวปฏิบัติที่ใช้ คือ คู่มือการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและคณะ ได้พัฒนาโดยการประชุมกลุ่มกับแพทย์ พยาบาล และเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 4 ครั้งให้คู่มือสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านผือเป็นคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติงาน หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านประเมินคุณภาพได้นำไปประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; [AGREE 1]โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน ซึ่งผ่านเกณฑ์ประเมิน ประกอบด้วย 6 หมวดดังนี้ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้คะแนนร้อยละ 77.78 2) การมีส่วนร่วนของผู้เกี่ยวข้อง ได้คะแนนร้อยละ 69.44 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้คะแนนร้อยละ 74.60 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ ได้คะแนน ร้อยละ 77.78 5) การประยุกต์ใช้ ได้คะแนนร้อยละ 81.48 และ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ได้คะแนน ร้อยละ 77.78

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบตรวจสอบรายการ (Check list) สำหรับให้ผู้ตอบได้เลือกตอบตามความเป็นจริง มีจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติบริการพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพทางคลินิก Agree II[6]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก[7] มีจำนวน 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ด้านองค์ประกอบของแนวปฏิบัติ มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 ถึง 4

ด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 ถึง 21

ด้านผลของการใช้แนวปฏิบัติ มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 22 ถึง 28

คำตอบแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) กำหนดคะแนนดังนี้

5 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจระดับมากที่สุด

4 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจระดับมาก

3 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจระดับปานกลาง

2 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจระดับน้อย

1 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การแปลระดับของความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติ การส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหักใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้[8]

4.50- 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

3.50- 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

2.50- 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

1.50- 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

1.00- 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน แพทย์ 1 คน หัวหน้าพยาบาล 2 คน ได้ค่า I.O.C เท่ากับ 0.78 การตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับ พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)ได้ 0.86

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีตามหนังสือเลขที่ UDREC11467 ลว.14 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.92 มีอายุ -31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.76 และกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 47 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 46.15 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.15 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9 ปี น้อยที่สุด 2 ปี มากที่สุด 24 ปี

ภาพที่ 2 การประชุมกลุ่มย่อย

สรุปผลประเมินการพัฒนาแนวปฏิบัติ จากการประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 4 ครั้ง พบว่า

1. ความครอบคลุมตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานเพื่อลดความเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อผู้ป่วยได้

2. พัฒนาขั้นตอนการพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น เพิ่มขนาดตัวอักษรแนวปฏิบัติ

3. พัฒนาบทบาทพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกยาวหัก

4 พัฒนาการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการตัดสินใจมากขึ้น

ตารางที่ 1 ร้อยละความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี โดยผู้เชี่ยวชาญ รายหมวด (n=3)

รายการ	ร้อยละ
หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	77.78
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง	69.44
หมวดที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ	74.60
หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	77.78
หมวดที่ 5 การประยุกต์ใช้	81.48
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ	77.78

ตารางที่ 2 ร้อยละความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี โดยพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติรายหมวด (n=13)

รายการ	ร้อยละ
หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	76.07
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง	71.79
หมวดที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ	73.99
หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	75.00
หมวดที่ 5 การประยุกต์ใช้	74.36
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ	75.64

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=13)

ความพึงพอใจ	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	3.79	1.25	17.435	.00*
หลังพัฒนา	4.05	0.83		

*P < .05

สรุปและอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ข้อ 1 ของการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ ผลการวิจัยพบว่า การประชุมกลุ่มสหวิชาชีพได้พัฒนาความครอบคลุมแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานเพื่อลดความเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อผู้ป่วยได้ พัฒนาขั้นตอนการพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น เพิ่มขนาดตัวอักษรแนวปฏิบัติ พัฒนาบทบาทพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพิ่มข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกยาวหักให้ครอบคลุมตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และมาตรฐานการพยาบาล เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้นผลจาการพัฒนาได้นำแนวปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหักโรงพยาบาลบ้านผือ ตามแบบประเมินคุณภาพทางคลินิก Agree II ประเมินคุณภาพได้นำไปประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; [AGREE 1]โดยผู้เชียวชาญ 3 ท่าน ซึ่งผ่านเกณฑ์ประเมินมากกว่าร้อยละ 50 ประกอบด้วย 6 หมวด ดังนี้ หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้คะแนนร้อยละ 77.78 หมวด 2 การมีส่วนร่วนของผู้เกี่ยวข้อง ได้คะแนนร้อยละ 69.44 หมวด 3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้คะแนนร้อยละ 74.60 หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ ได้คะแนนร้อยละ 77.78 หมวด 5 การประยุกต์ใช้ ได้คะแนนร้อยละ 81.48 และ หมวด 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ได้คะแนน ร้อยละ 77.78

ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี รายหมวด พบว่า หมวด 5 การประยุกต์ใช้ ได้คะแนนร้อยละ 81.48 มีความคิดเห็นที่ค่าคะแนนสูงที่สุด อธิบายว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับอุปสรรค และมีปัจจัยเอื้อที่ช่วยในการนำไปใช้ มีกลยุทธ์ที่ช่วยเสริมการนำไปใช้เพิ่มมากขึ้นซึ่งในกระบวนการผู้วิจัยและคณะให้กระบวนการการมีส่วนร่วมโดยสหวิชาชีพ และแหล่งทรัพยากรในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้งาน ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของ Cohen and Uphoff[9] ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมทำให้บุคคลมีโอกาสได้รับทราบข้อมูลและปัญหาต่างๆ มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็น และพิจารณาในการตัดสินใจต่างๆ ในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงาน ภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญกับองค์กร ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือ การเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของระวิวรรณ เดชทวีทรัพย์[10] พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาบาลด้านผลประโยชน์ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ส่องแสงจันทร์[11] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในด้านการประเมินผลและด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี เจียรพงษ์[12] พบว่ามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อทำให้การปฏิบัติงานเป็นระบบมากขึ้น ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการไม่ได้มี

ตำแหน่งเป็นผู้บริหาร/หัวหน้าหน่วยงาน จึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการประเมินผลค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะมีหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ในงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจหลังพัฒนาแนวปฏิบัติในระดับมากข้อ 19. ความเหมาะสมของโรงพยาบาล (ศักยภาพ)ที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาล ($\bar{X}$= 4.38, S.D. = 0.65) เหมาะสม ช่วยลดความเสียงในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยลงได้ เกิดความรู้และทักษะการปฏิบัติตาม ซึ่งการกำหนดแนวทางปฏิบัติ ยึดหลักวิชาการ ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย บุคลากรมีความพึงพอใจและความมั่นใจในการปฏิบัติการ[13]นอกจากนี้ยังช่วยให้การตัดสินใจของพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[14]เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ลดปัญหาระบบส่งต่อ และทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต เกิดความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น [13]

ข้อเสนอแนะ

1.การพัฒนาการรับและการส่งต่อผู้ป่วยจะต้องมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและสถานการณ์

2. การให้บริการได้ครบวงจรโดยมีบุคลากร เครื่องมือ รถพยาบาลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลเอง จะทำให้ระบบการบริหารการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ประสบผลสำเร็จผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้า

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด หรือผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญเหล่านี้มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง ถ้าได้รับการส่งต่อล่าช้าหรือไม่เหมาะสม

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประอาการผู้ป่วยด้วย application ในระบบ online ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านผือทุกคนที่ให้ความร่วมมือและช่วยเก็บข้อมูล และขอขอบคุณครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจ ขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความมีน้ำใจ ของทุกท่าน จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2553). แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

2.แผนพัฒนาระบบส่งต่อเขตสุขภาพที่ 8.(2567). [อินเตอร์เนต]. [สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2567], เข้าถึงจาก https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20200709104351.pdf

3.รายงานประชุมประจำเดือนโรงพยาบาลบ้านผือ ปีงบประมาณ 2567. เอกสารประกอบการประชุม เดือนสิงหาคม 2567.

4.Walls MH. Compartment syndrome: an orthopedic emergency. J Emerg Nurs. 2017; 43(4): 303-7

5.MOEN, Ronald.(2009). Foundation and History of the PDSA Cycle. In: Asian network for quality conference. Tokyo. [Internet]. [cited 2023 Aug 20]. Availiable from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1931720424002940

6.ฉวีวรรณ ธงชัย.(2547). แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

7.วรรณา กรีทอง.(2558). การพัฒนาระบบการบริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

8.บุญชม ศรีสะอาด.(2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.

9.Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

10.ระวิวรรณ เตชทวีทรัพย์. [อินเตอร์เนต]. (2548) ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนล่าง . มหาวิทยาลัยนเรศวร/พิษณุโลก. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2567], เข้าถึงจาก DOI : https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/NU.the.2005.113

11.จินตนา ส่องแสงจันทร์.(2549). การวิเคราะห์ปัจจัยที่มี ผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัด ฉะเชิงเทรา. [(วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ฉะเชิงเทรา.

12.สุปราณี เจียรพงษ์.(2554) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด ปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย.

13.Pitichokphokin, J., Srisupanan, M., Chantharomori., M, & Suwan., P. (2019). Developing Critical Emergency Referral Model, Natal Hospital, Ubonratchathani Province. Journal of Nursing and Healthcare, 37(1); 88-97

14.Nantiya, R. & Krittaya, D. (2016). Development of Caring System for Patient with Life-Threatening in Emergency Department, Naradhiwasrajanakrindra Hospital. Journal of Naradhiwasrajanakrindra University, 8(2); 2-15.

การพยากรณ์จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพรรายเขตสุขภาพ

Forecasting the number of herbal medicine items dispensed by health region

(Received: October 14,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 23,2024)

พันธ์วิรา เวยสาร[1] วัฒนา ชยธวัช[2]
Punvira Voeisarn[1] Vadhana Jayathavaj[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพยากรณ์จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพรรายเขตสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์อนาคตด้วยอนุกรมเวลาตัวแปรเดียว รวบรวมข้อมูลจากรายงานการใช้ยาสมุนไพรของกระทรวงสาธารณสุข พยากรณ์ด้วยทฤษฎีระบบเกรย์ ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2559 ถึง 2566 พยากรณ์ปีงบประมาณ 2567 และเปรียบเทียบกับค่าจริง และใช้ข้อมูลปีงบประมาณปี 2559 ถึง 2567 พยากรณ์ปีงบประมาณ 2568 ผลปรากฏว่า ตัวแบบ GM(1,1) Error Periodic Correction มีค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ต่ำกว่าร้อยละ 10 ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง และมีค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (R^2) มากกว่า 0.80 ความผิดพลาดจากค่าจริงในปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ -1.77 ถึง -25.43 ขณะที่เขตสุขภาพที่ 13 ต่างกับค่าจริงร้อยละ -35.39 ซึ่งต่ำกว่าค่าจริงในปี 2567 มาก แต่เมื่อใช้ข้อมูลจริงปีงบประมาณ 2567 ร่วมด้วยผลการพยากรณ์ปีงบประมาณ 2568 ก็เพิ่มจากค่าจริงในปีงบประมาณ 2567 เกือบทุกเขตสุขภาพ
คำสำคัญ: การพยากรณ์ จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพร เขตสุขภาพ ทฤษฎีระบบเกรย์

Abstract

This researched aimed to forecast the number of herbal medicine items dispensed by health region in the fiscal year 2025. It was the univariate time series forecasting research design. Data were collected from the reports on herbal medicine use by the Ministry of Public Health. Forecasting by Grey System Theory used data from the fiscal year 2016 to 2023 to forecast the fiscal year 2024 and compared with the real values of the fiscal year 2024, and also used data together with the real values of the fiscal year 2024 to forecast the fiscal year 2025. The results showed that The GM(1,1) Error Periodic Correction model had an average absolute error percentage of less than 10 percent and can be used for highly accurate predictions with the coefficient of determinations (R^2) greater than 0.80. The error from the actual value in fiscal year 2024 was -1.77 to -25.43 percent, while the Health Region 13 differed from the actual value by -35.39 percent, which was much lower than the actual value in 2024. But when using actual data for fiscal year 2024 together, the forecast results for fiscal year 2025 increased from the actual value in fiscal year 2024 in almost every health district.
Keywords: Forecasting, the number of herbal medicine items dispensed, health region, the Grey System Theory

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการกระตุ้นปริมาณการใช้ยาสมุนไพรให้มีปริมาณที่มากขึ้น ส่งผลให้ราคายาสมุนไพรลดลง ช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน ลดการนำเข้าสารเคมีและยาแผนปัจจุบันจาก

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
Corresponding author: s64561802029@ssru.ac.th

ต่างประเทศ เป็นการเพิ่มรายได้ให้กับเกษตรกรผู้ปลูกพืชสมุนไพร ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองและสร้างความมั่นคงของระบบยาของประเทศและสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570 มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผลโดยมีตัวชี้วัดของผลลัพธ์ภายในปี 2570 ดังนี้ 1) จำนวนทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 2) จำนวนการสั่งใช้ยาจากสมุนไพร ในระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 3) จำนวนรายการยาจากสมุนไพรได้รับการคัดเลือกเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรและ/หรือบัญชีนวัตกรรมเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 50 รายการ และ 4) ขนาดตลาดของสมุนไพร Herbal Champions เพิ่มขึ้นร้อยละ 10[1] นอกจากนี้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีทิศทางและนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบสุขภาพที่มีการปรับเพิ่มรูปแบบการชดเชยเพิ่มขึ้น ได้แก่ การปรับรูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการสมุนไพรให้เป็นการจ่ายค่าบริการตามรายการ (Fee Schedule) เพื่อช่วยกระตุ้นการใช้สมุนไพรในประเทศเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ระดับหนึ่ง นอกจากนี้ยังได้เพิ่มการเข้าถึงบริการและสนับสนุนภูมิปัญญาไทยด้วย อย่างไรก็ดีเพื่อรองรับการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในระบบบัตรทอง ทาง สปสช. ยังได้ร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจัดทำราคากลางสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกรายการ เพื่อรองรับการนำมาใช้ในการจ่ายชดเชยค่าบริการยาสมุนไพรตามการจ่ายค่าบริการตามรายการในทุกรายการ[2] ซึ่งแต่ละเขตสุขภาพและจังหวัดย่อมต้องดำเนินนโยบายและวัดผลให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการดังกล่าว

ระบบการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมุ่งหวังที่จะจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการบริการในช่วงเวลาหนึ่งภายใต้ความไม่แน่นอนของจำนวนด้วยของบุคคลที่มีความต้องการบริการในช่วงเวลาที่ไม่ต่อเนื่องกัน ตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มาถึงแผนกฉุกเฉินและจำนวนยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ ข้อมูลการพยากรณ์จำนวนในระบบการดูแลสุขภาพอย่างแม่นยำช่วยให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจสามารถคาดการณ์ความต้องการบริการและสามารถตัดสินใจจัดการเตรียมการทรัพยากรอย่างเหมาะสม[3] การพยากรณ์เชิงปริมาณสามารถใช้ได้เมื่อตรงตามเงื่อนไขสองประการ คือ มีข้อมูลตัวเลขเกี่ยวกับอดีต มีเหตุผลที่จะสรุปได้ว่ารูปแบบบางอย่างในอดีตจะดำเนินต่อไปในอนาคต ตัวแบบการพยากรณ์อนุกรมเวลาตัวแปรเดียวคือการพยากรณ์ที่มีตัวแปรสองตัวคือเวลากับสิ่งที่จะพยากรณ์ การสร้างตัวแบบจากข้อมูลช่วงระยะเวลาเท่า ๆ กันในอดีตและอดีตอาจรวมถึงของข้อผิดพลาดด้วย ซึ่งต่างกับตัวแบบการพยากรณ์อนุกรมเวลาหลายตัวแปรที่ต้องพยากรณ์ตัวแปรต้นก่อนเพื่อพยากรณ์ตัวแปรตาม[4]

ทฤษฎีระบบเกรย์ (Grey System Theory) พัฒนาโดยศาสตราจารย์ Julong Deng เมื่อปี พ.ศ. 2525[5] ตัวแบบ GM(1,1) เป็นตัวแบบมาตรฐาน โดย G แทนสีเทา (Grey) และ M แทนตัวแบบ 1 ตัวแรกในวงเล็บแสดงถึงสมการเชิงอนุพันธ์ลำดับที่ 1 และ 1 ตัวที่สองแทนสมการที่มีตัวแปรอิสระเพียงตัวแปรเดียว ตัวแบบ GM(1,1) ใช้กับอนุกรมเวลา ช่วงเวลาเท่ากัน ข้อมูลมีจำนวนน้อย ข้อมูลไม่น้อยกว่า 4 รายการก็สามารถสร้างตัวแบบการทำนายตามทฤษฎีระบบเกรย์ได้[6] หลักการสร้างตัวแบบ GM(1,1) คือ การสร้างอนุกรมเวลาที่มีลักษณะเพิ่มขึ้นอย่างเดียว (monotonic increasing) ด้วยการนำข้อมูลมาสร้างเป็นอนุกรมเวลาของค่าสะสม เมื่อค่าสะสมของอนุเวลา ณ คาบเวลาหนึ่งเท่ากับผลรวมของค่าอนุกรมเวลาก่อนหน้าถึงคาบเวลานั้นทั้งหมด นำค่าสะสมมาเฉลี่ยกับค่าก่อนหน้า แล้วสร้างสมการถดถอยจากอนุกรมเวลาค่าสะสมโดยเฉลี่ย ทำการคำนวณค่าพารามิเตอร์ของสมการถดถอยอนุกรมเวลา (time series regression) ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด จากนั้นใช้สมการถดถอย

พยากรณ์ค่าสะสมแล้วทำการหักลบทอนค่ากลับเป็นค่าพยากรณ์ปกติ[7]

รายละเอียดของตัวแบบทฤษฎีระบบเกรย์ที่ใช้ในการศึกษา คือ ตัวแบบ GM(1,1) เป็นตัวแบบเริ่มต้น ตัวแบบขยาย (GM(1,1)E) และตัวแบบขยายปรับค่าตามรอบ (GM(1,1)EPC)[8] เป็นการปรับปรุงตัวแบบ GM(1,1) ด้วยการปรับค่าคลาดเคลื่อนด้วยอนุกรมฟูริเย่[9] เพื่อให้ตัวแบบสามารถปรับการพยากรณ์ไปตามความโค้งเพิ่มขึ้นลดลงของข้อมูลในอดีตที่ไม่เป็นเส้นตรงได้ วิธีการตามทฤษฎีระบบเกรย์เป็นวิธีที่ใช้กับชุดข้อมูลที่คลุมเครือ ไม่แม่นยำ ไม่สมบูรณ์ และมีความไม่แน่นอนสูง ประสิทธิภาพของตัวแบบ GM (1,1) ได้รับการทดสอบกับวิธีการพยากรณ์ที่ใช้กันทั่วไปและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดวิธีหนึ่ง ในการพยากรณ์ห่วงโว่อุปทานสินค้ามีการใช้ข้อมูลเพียง 7 งวด ก็สามารถพยากรณ์ได้มีความแม่นยำสัมพัทธ์เฉลี่ยถึง 95.5%[10] การพยากรณ์มูลค่าการผลิตสินค้าอุตสาหกรรมสามประเภทของสาธารณรัฐประชานจีนใช้ข้อมูลเพียง 9 ปี (พ.ศ. 2553-2562) ด้วยทฤษฎีระบบเกรย์ ตัวแบบ GM(1,1) โดยมีค่าเฉลี่ยข้อผิดพลาดสัมพัทธ์ (Relative error) ของทั้งสามสินค้าอุตสาหกรรมน้อยกว่า 0.021[11] กระทรวงสาธารณสุขมีรายงานจำนวนรายการจ่ายยาสมุนไพรรายปี ระหว่างปีงบประมาณ 2555 ถึง 2567 รายเขตสุขภาพ[12] การพยากรณ์จำนวนรายการจ่ายยยาสมุนไพรจากข้อมูลในอดีตด้วยวิธีการที่สอดคล้องกับรายการข้อมูลจำนวนน้อยด้วยวิธีการตามทฤษฎีระบบเกรย์ จึงเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการบริหารจัดการการให้บริการยาสมุนไพรในแต่ละเขตสุขภาพในระบบบริการสุขภาพและเพื่อใช้ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร และการจ่ายชดเชยของ สปสช.ในภาพของประเทศต่อไป

ค่าข้อมูลจริงจำนวน n ค่า จาก 1,2,3,...,n

$$X^{(0)} = \left(x^{(0)}(1), x^{(0)}(2), ..., x^{(0)}(n)\right) \quad (1)$$

ค่าข้อมูลสะสมจำนวน n ค่า จาก 1,2,3,...,n

$$X^{(1)} = \left(x^{(1)}(1), x^{(1)}(2), ..., x^{(1)}(n)\right) \quad (2)$$

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพยากรณ์จำนวนรายการจ่ายยาสมุนไพรรายเขตสุขภาพปีงบประมาณ 2568

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์อนุกรมเวลา (Time series analysis) ที่ใช้ข้อมูลในอดีตสร้างตัวแบบพยากรณ์จำนวนรายการจ่ายยาสมุนไพรรายเขตสุขภาพปีงบประมาณ 2568 ตัวแบบอนุกรมเวลาใช้ทฤษฎีระบบเกรย์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจำนวนรายการจ่ายยาสมุนไพรรายปีระหว่างปีงบประมาณ 2555 ถึง 2567 รายเขตสุขภาพจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข[12] เป็นรายงานที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ บุคคลทั่วไปสามารถเข้าถึงได้และที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่รับยาสมุนไพรในแต่ละปีงบประมาณ แต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

เนื่องจากมีข้อมูลรายปีเพียง 13 ปีงบประมาณ (2555 ถึง 2567) ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่มีจำนวนน้อย จึงต้องใช้การพยากรณ์ด้วยตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์ ด้วยตัวแบบ GM (1,1) และ GM (1,1) Error Periodic Correction ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์

สมการของตัวแบบพื้นฐานตามทฤษฎีระบบเกรย์ คือ ตัวแบบ GM(1,1)[9] มีสูตรการคำนวณแสดงในสมการ 1-17 ดังนี้

ค่าข้อมูลสะสมรายการที่ k

$$x^{(1)}(k)=\sum_{i=1}^{k}x^{(0)}(i), k=1,2,...,n \quad (3)$$

ค่าข้อมูลสะสมเฉลี่ยกับรายการก่อนหน้า

$$Z^{(1)}=\left(z^{(1)}(2),z^{(1)}(3),...,z^{(1)}(n)\right) \quad (4)$$

ค่าข้อมูลสะสมเฉลี่ยกับรายการก่อนหน้ารายการที่ k

$$z^{(1)}(k)=\frac{1}{2}\left(x^{(1)}(k)+x^{(1)}(k-1)\right), k=2,3,...,n \quad (5)$$

M^T คือ เมทริกซ์สลับเปลี่ยน (transpose matrix) M

M^{-1} คือ เมทริกซผกผัน (inverse matrix) ของเมทริกซ์ M

$$x^{(0)}(k)+az^{(1)}(k)=b \quad (6)$$

$$Y=\begin{bmatrix}x^{(0)}(2)\\x^{(0)}(3)\\\vdots\\x^{(0)}(n)\end{bmatrix}, B=\begin{bmatrix}-z^{(1)}(2) & 1\\-z^{(1)}(3) & 1\\\vdots & 1\\-z^{(1)}(n) & 1\end{bmatrix} \quad (7)$$

$$a=\left(B^TB\right)^{-1}B^TY=\begin{bmatrix}a & b\end{bmatrix}^T$$

a คือ สัมประสิทธิ์การพัฒนา (The development coefficient) และ (8)

b คือ ปริมาณกระทำสีเทา (The grey action quantity)

สมการอนุพันธ์ของตัวแบบ GM(1,1)

$$\frac{dX^{(1)}}{dt}+ax^{(1)}=b \quad (9)$$

ค่าพยากรณ์สะสมรายการที่ k+1

$$x^{(1)}(k+1)=\left(x^{(0)}(1)-\frac{b}{a}\right)e^{ak}+\frac{b}{a} \quad (10)$$

ค่าพยากรณ์รายการที่ k+1

$$x^{(0)}(k+1)=\left(1-e^{a}\right)\left(x^{(0)}(1)-\frac{b}{a}\right)e^{-ak}, k=1,2,...,n \quad (11)$$

ตัวแบบ GM(1,1) expanded with periodic correction model (GM(1,1)EPC) เป็นการนำตัวแบบ GM(1,1) มาทำการปรับค่าคลาดเคลื่อนด้วยอนุกรมฟูริเย่ (the Fourier series)[8] ซึ่งเป็นฟังก์ชันตรีโกณมิติ cosine และ sine ที่ปรับค่าพยากรณ์ให้เข้าใกล้ค่าจริงได้ดีกว่าสมการถดถอยเชิงเส้นตรงของตัวแบบ GM(1,1)

ค่าความคลาดเคลื่อนรายการที่ k

$$\varepsilon^{(0)}(k)=x^{(0)}(k)-x^{(0)}(k) \quad (12)$$

$$\varepsilon^{(0)}(k) \cong \frac{1}{2}a_0 + \sum_{i=1}^{Z}\left[a_i \cos\left(\frac{2\pi i}{T}\right) + b_i \sin\left(\frac{2\pi i}{T}\right)\right], k = 2,3,...,n$$
$$T = n-1, Z = \frac{(n-1)}{2} - 1 \quad (13)$$

การปรับค่าด้วยอนุกรมฟูริเยร์

$$P = \begin{bmatrix} 1/2 & \cos\left(2\frac{2\pi 1}{T}1\right) & \sin\left(2\frac{2\pi 1}{T}1\right) & \cos\left(2\frac{2\pi}{T}2\right) & \sin\left(2\frac{2\pi}{T}2\right) & \ldots & \cos\left(2\frac{2\pi}{T}Z\right) & \sin\left(2\frac{2\pi}{T}Z\right) \\ 1/2 & \cos\left(3\frac{2\pi}{T}1\right) & \sin\left(3\frac{2\pi}{T}1\right) & \cos\left(3\frac{2\pi}{T}2\right) & \sin\left(3\frac{2\pi}{T}2\right) & \ldots & \cos\left(3\frac{2\pi}{T}Z\right) & \sin\left(3\frac{2\pi}{T}Z\right) \\ \ldots & \ldots & \ldots & \ldots & \ldots & \ldots & \ldots & \ldots \\ 1/2 & \cos\left(n\frac{2\pi}{T}1\right) & \sin\left(n\frac{2\pi}{T}1\right) & \cos\left(n\frac{2\pi}{T}2\right) & \sin\left(n\frac{2\pi}{T}2\right) & \ldots & \cos\left(n\frac{2\pi}{T}Z\right) & \sin\left(n\frac{2\pi}{T}Z\right) \end{bmatrix} \quad (14)$$

สมาชิกของเวคเตอร์ C

$$C = \begin{bmatrix} a_0 & a_1 & b_1 & a_2 & b_2 & \ldots & a_n & b_n \end{bmatrix} \quad (15)$$

$$C \cong \left(P^T P\right)^{-1} P^T \varepsilon^{(0)} \quad (16)$$

ค่าพยากรณ์รายการที่ k

$$x^{(0)}(k) = x^{(0)}(k) - \varepsilon^{(0)}(k) \quad (17)$$

เกณฑ์ตัดสินความแม่นยำของตัวแบบ

ค่าเฉลี่ยความผิดพลาดสัมบูรณ์ (Mean Absolute Error - MAE) เป็นขนาดของค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างค่าจริงกับค่าพยากรณ์จากตัวแบบโดยไม่คิดเครื่องหมาย ค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ Mean Absolute Percentage Error (MAPE)[13]

$$MAPE = \left(\frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\left|\frac{y_i - y_i}{y_i}\right|\right) \times 100\% \quad (18)$$

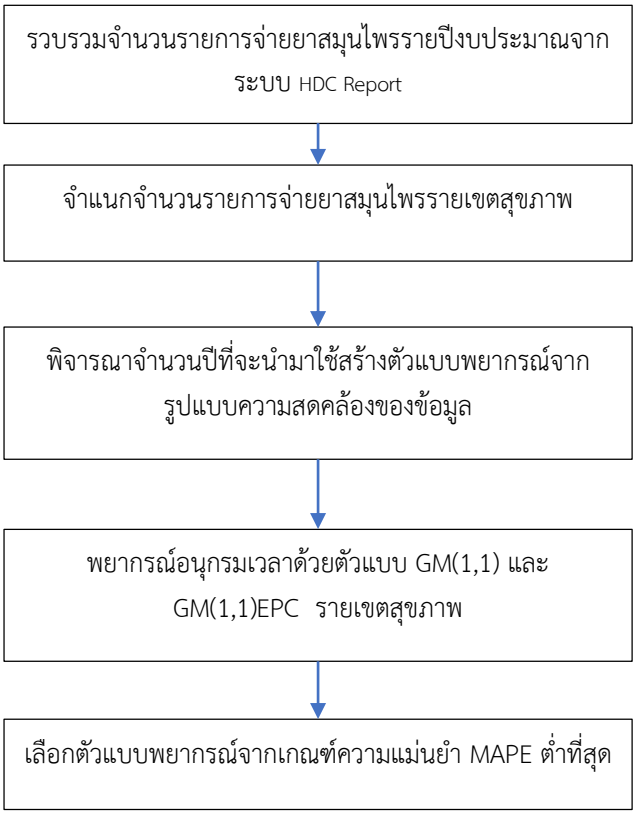
MAPE[14] มีหน่วยเป็นร้อยละที่ทำให้ผู้ใช้งานเข้าใจได้ง่าย โดยแบ่งเกณฑ์ความแม่นยำออกเป็น 4 ระดับ คือ มีความแม่นยำสูง, ใช้พยากรณ์ได้ดี, ตัวแบบมีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์ได้, และ ตัวแบบไม่มีความแม่นยำ โดยมีค่าช่วงของ MAPE มีค่าน้อยกว่า 10, มีค่าระหว่าง 10 ถึง 20, มีค่าระหว่าง 20 ถึง 50, และมากกว่า 50 ตามลำดับ

ค่าข้อมูลจริง y_i จำนวน n ค่า โดย $i = 1,2,...,n$ ส่วน y_i เป็นค่าพยากรณ์ สำหรับคาบเวลาตามข้อมูลที่นำมาใช้พยากรณ์ ส่วนค่าพยากรณ์ไปในอนาคต $i = n+1, n+2,...$

ค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (The Mean Absolute Percentage Error - MAPE)

การประมวลผล

ตัวแบบ GM(1,1) และ GM(1,1)EPC ใช้โปรแกรม MICROSOFT EXCEL เนื่องจากสามารถคูณเมทริกซ์ ทำเมทริกซ์สลับเปลี่ยนและเมทริกซ์ผกผันได้ โดยจะเลือกตัวแบบที่มีค่า MAPE ต่ำที่สุดมาใช้พยากรณ์ ขั้นตอนการประมวลผลดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพประกอบ 1 ขั้นตอนการพยากรณ์

การพยากรณ์

การพยากรณ์แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ใช้ข้อมูลถึงปีงบประมาณ 2566 เพื่อพยากรณ์ปีงบประมาณ 2567 เพื่อการตรวจสอบความแม่นกับข้อมูลจริงปีงบประมาณ 2567

2. ใช้ข้อมูลถึงปี 2567 เพื่อพยากรณ์ปีงบประมาณ 2568

จริยธรรมงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีการใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุข และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละเขตสุขภาพ โดยมีมาตรการการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยงานต่าง ๆ จะถูกจัดเก็บและใช้เฉพาะเพื่อการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือรายละเอียดที่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

2. ข้อมูลทั้งหมดถือเป็นความลับทางการวิจัย และจะนำเสนอในภาพรวมของแต่ละเขตสุขภาพเท่านั้น โดยไม่มีการระบุถึงข้อมูลเฉพาะของหน่วยงานหรือบุคคลใด

3. หน่วยงานที่ให้ข้อมูลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีสิทธิในการปฏิเสธการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบต่อพวกเขา และผู้วิจัยจะให้เกียรติและเคารพการตัดสินใจของหน่วยงานเหล่านั้น

ผลการวิจัย

การพิจารณาข้อมูลรายเขตสุขภาพ

รายงานของกระทรวงสาธารณสุข[12] มีข้อมูลจำนวนรายการจ่ายยาสมุนไพรรายปีงบประมาณ พบว่าในปีงบประมาณ 2555 ที่เป็นปีเริ่มต้น บางเขตสุขภาพไม่มีข้อมูล (n.a.) และในปีงบประมาณ 2556 ถึง 2568 ข้อมูลจำนวนรายการจ่ายยาสมุนไพรต่างไปจากปีงบประมาณ 2559 มาก จึงเริ่มใช้ข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นไป ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 13 ที่จะใช้ข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นไป

การพยากรณ์ปีงบประมาณ 2567

ผลการพยากรณ์ปีงบประมาณ 2567 โดยใช้ข้อมูลถึงปีงบประมาณ 2566 พบว่าตัวแบบ GM(!,1)EPC มีสัมประสิทธิ์การกำหนด และ MAPE สูงกว่า และต่ำกว่า GM(1,1) ตามลำดับ ค่า MAPE ในช่วงการพัฒนาตัวแบบอยู่ระหว่าง 2.06 ถึง 4.73 ซึ่งอยู่ในระดับที่ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 13 เท่ากับ 23.42 สามารถใช้พยากรณ์ได้ เมื่อเทียบกับค่าจริงในปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ -1.77 ถึง -25.43 ขณะที่เขตสุขภาพที่ 13 ต่างกับค่าจริงร้อยละ -35.39

การพยากรณ์ปีงบประมาณ 2568

ผลการพยากรณ์ปีงบประมาณ 2568 โดยใช้ข้อมูลถึงปีงบประมาณ 2567 พบว่าตัวแบบ GM(!,1)EPC มีสัมประสิทธิ์การกำหนด และ MAPE สูงกว่า และต่ำกว่า GM(1,1) ตามลำดับเช่นกัน ค่า MAPE ในช่วงการพัฒนาตัวแบบอยู่ระหว่าง 1.86 ถึง 5.44 ซึ่งอยู่ในระดับที่ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 13 เท่ากับ 24.63 สามารถใช้พยากรณ์ได้ และค่าพยากรณ์ปีงบประมาณ 2568 ก็สูงกว่าค่าจริงในปีงบประมาณ 2567 เกือบทุกเขตสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบการรวมค่าพยากรณ์จากรายเขตกับค่าพยากรณ์รวมเขต 1-13 ด้วยวิธีการ GM(1,1)EPC มีความแตกต่างกันต่างร้อยละ 0.58

สรุปและอภิปรายผล

การนำผลการพยากรณ์ไปใช้เนื่องจากทั้งวิธี GM(1,1) และ GM(1,1)EPC ของเขตสุขภาพที่ 1 ถึง 12 มี MAPE น้อยกว่า 10 มีความแม่นยำสูงจึงอาจใช้ค่าพยากรณ์ของทั้งสองวิธีเป็นค่าช่วงจากระหว่างสองวิธีก็ได้ ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 ค่า MAPE อยู่ในเกณฑ์มีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์ได้เท่านั้น อย่างไรก็ตามการพยากรณ์ปีงบประมาณปี 2568 ยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เอื้อให้มีการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น ความรู้ของผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพร ประสบการณ์ ความคิดเห็น และการมีแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ[15]

จากสถานการณ์ที่มีการพยากรณ์ว่า จำนวนรายการจ่ายยาสมุนไพรในปี 2568 มีจำนวน 27,972,023 ครั้ง นั้น หน่วยบริการด้านสาธารณสุข อาจจะต้องมีการวางแผนในการสั่งซื้อ หรือจัดทำแผนในการสั่งซื้อยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นกว่าปีงบประมาณ 2567 ส่วนโรงงานผลิตยาสมุนไพร ควรมีการเตรียมวัตถุดิบที่อยู่ในรายการยาเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยจากฐานข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรในระบบ Health data center ของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2567 พบว่าอันดับการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 10 อันดับแรกที่มากสุดคือ ฟ้าทะลายโจร, ประสะมะแว้ง, ขมิ้นชัน, แก้ไอมะขามป้อม, อมมะแว้ง, แก้ไอผสมมะขามป้อม สูตรตำรับที่ 1, มะขามแขก, ไพล, น้ำมันไพล และเถาวัลย์เปรียง ประกอบกับการจัดทำข้อเสนองบประมาณในการเบิกจ่ายชดเชยค่ายาสมุนไพรจาก สปสช. หากเป็นการเบิกจ่ายชดเชยในระบบของ point system มีการจ่ายยาสมุนไพร 27,972,023 ครั้ง ซึ่งคำนวณคาดการณ์มูลค่าประมาณ 699,300,566.18 บาท ดังนั้นหากรัฐบาลต้องการส่งเสริมมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรมากกว่า 1,500 ล้านบาท[16] จำเป็นต้องปรับระบบการชดเชยค่ายาสมุนไพรเป็นแบบ Fee Schedule

ข้อเสนอแนะ

จากสถานการณ์ที่มีการพยากรณ์ว่า จำนวนรายการจ่ายยาสมุนไพรในปี 2568 มีจำนวน 27,972,023 ครั้ง นั้น หน่วยบริการด้านสาธารณสุข

อาจจะต้องมีการวางแผนในการสั่งซื้อ หรือจัดทำแผนในการสั่งซื้อยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นกว่าปีงบประมาณ 2567 ส่วนโรงงานผลิตยาสมุนไพร และควรมีการเตรียมวัตถุดิบที่อยู่ในรายการยาเพิ่มขึ้นเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ.(2566). แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). สปสช. ปรับการจ่าย 9 รายการยาสมุนไพร ผลงานปี 66 ชี้ชัด กระตุ้นการใช้สมุนไพรในประเทศ [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.nhso.go.th/news/4281
3. Jalalpour M., Gel Y., and Levin S.(2015). Forecasting demand for health services: Development of a publicly available toolbox. Operations Research for Health Care 1–9. doi:10.1016/j.orhc.2015.03.001
4. Hyndman R.J., & Athanasopoulos G.(2021). Forecasting: principles and practice. 3rded. Melbourne, Australia: OTexts; .
5. Deng J. Grey control system.(1982). Journal of Huazhong University of Science and Technology 1: 9–18.
6. Xie N.(2022). A summary of grey forecasting models. Grey Systems: Theory and Application 12(4): 703–22. doi:10.1108/GS-06-2022-0066
7. Liu S.(2021). Grey system theory and its application. 9th Ed. Beijing: Science Press.
8. Lin Y.H., Chiu C.C., Lin Y.J., & Lee P.C.(2013). Rainfall prediction using innovative grey model with the dynamic index. Journal of Marine Science and Technology 21(1): 63-75. DOI:10.61 19/JMST-011-1116-1.
9. Liu S., & Lin Y.(2010). Grey system theory and its application. Berlin, Heidelberg: Springer.
10. Rahman A. U. , & Zahura M. T. (2018). A Grey Approach for the Prediction of Supply Chain Demand. American Journal of Industrial Engineering 5(1): 25-30.
11. Ma D., Wang Y.(2020) Applying Grey System Theory to Predict the Three Major Industries Structure Evolution in China. Advances in Economics, Business and Management Research 159: 483-489.
12. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center: HDC, มาตรฐาน >> แพทย์แผนไทย >> OPD ปริมาณการจ่ายยาสมุนไพร [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=30bc6364fc06a33a7802e16bc596ac3b&id=65a9f9496401d91402b3cb38805bb4d6
13. Andrés D. Machine Learning Pills: Error Metrics for Time Series Forecasting [Internet]. [cited 2024 Oct 5]. Available from: https://mlpills.dev/time-series/error-metrics-for-time-series-forecasting/
14. Lewis C.D. Industrial and business forecasting methods. London: Butterworthsว.
15. พุทธชาด สังประพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพร ในหน่วยปฐมภูมิ จังหวัดภูเก็ต. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online) 3(2): 122-135.
16. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. “สมศักดิ์” สั่งสธ.ต่อยอด 1 จังหวัด 1 สมุนไพร มอบนโยบาย สปสช.เพิ่มงบแผนไทย [อินเตอร์เน็ต]. 12 ต.ค. 2567 [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.hfocus.org/content/2024/07/31072

.

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Development of a health behavior modification model for diabetic patients to reduce Accumulated glucose level (HbA1C) by raising awareness of self-management. in the situation of COVID-19 Nagae Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: October 14,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 23,2024)

วราลี วงศ์ศรีชา[1] วรรณ์นิภา แสนสุภา[1]พิมพ์ญดา เนียมแดง[1]
Waralee Wongsricha[1] Wannipa Seansupha[1] Phimyada Naimdang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีค่าน้ำตาลสะสม 7-7.99 % อายุน้อยกว่า 60 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 15 กันยายน 2565 ถึง 15 ธันวาคม 2565 การวิเคราะห์ข้อมูลโดย เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้,ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านความพึงพอใจ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา(descriptive statistic) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนความรู้,ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และด้านค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการพัฒนามีค่าลดลง จากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นกัน ส่วนในด้านความพึงพอใจ พบว่าหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาในทุกด้านจากในระดับน้อยเป็นระดับมาก

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน,การพัฒนารูปแบบ,การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ,การสร้างความตระหนักรู้,สถานการณ์โควิด-19

Abstract

This study was action research the objective to study the results of developing a health behavior modification model for diabetic patients to reduce accumulated sugar levels (HbA1C) by creating awareness of self-management in the COVID-19 situation. by sample group Is a diabetic patient with a cumulative sugar level of 7-7.99%, aged less than 60 years. The research instrument has 2 parts: the instrument used to collect data and tools used in research. Data is collected from 15 September 2022 to 15 December 2022, Data analysis by Compare scores on knowledge, awareness and behavior of diabetic patients using Pair t-test statistics to analyze qualitative data Satisfaction aspect with descriptive statistics using frequency distribution, mean, percentage, standard deviation.

The results of the study found that knowledge, awareness scores and health behavior Sample group after development The mean value was significantly higher at .05 and the mean cumulative sugar level (HbA1C) of the sample group. After development, the value decreased. from before development with statistical significance at .05 as well. As for satisfaction It was found that after development The sample group was satisfied with every aspect of development from a low level to a high level.

Keywords: Diabetes, model development, health behavior change, awareness raising, COVID-19 situation

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ถึงแม้ว่าจะมีความ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

เจริญก้าวหน้า ทางวิทยาการเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน แต่ความชุกและอุบัติการณ์กลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในชุมชนเมือง และในชนบท ซึ่งสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียว ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[1]

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือด ให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โดยการวินิจฉัยเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังนี้ 1. มีอาการโรคเบาหวาชัดเจน ได้แก่ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและปริมาณมาก น้ำหนักตัวลดลง โดยไม่มีสาเหตุ ร่วมกับตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่า ≥200 มก./ดล. 2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (อย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ≥126 มก./ดล.3. การตรวจความทนต่อกลูโคสโดยให้รับประทานกลูโคส 75 กรัมแล้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมง ถ้ามีค่า ≥ 200 มก./ดล. 4. การตรวจระดับน้ำตาลสะสม (A1C) ≥ 6.5% โดยวิธีตรวจและห้องปฏิบัติการ ต้องได้รับการรับรองตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อให้การวินิจฉัยโรคเบาหวาน เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากเบาหวาน ทำได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาล ในปัจจุบันระดับน้ำตาลที่เป็นเป้าหมายจะมีค่าที่เหมาะในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขึ้นกับอายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานการมีโรคแทรกซ้อน ความเจ็บป่วยและโรคร่วมรวมถึงประวัติการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าเป็นเบาหวานมาไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงค่าปกติ หรือระดับ A1C < 6.5% (ถ้าเป็นไปได้) หรือ < 7% ในขณะผู้ที่เป็นเบาหวานมานานและมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมหลายโรคที่รุนแรง เป้าหมายของระดับ A1C ประมาณ 7-8% ส่วนในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี ถ้าไม่มีโรคร่วม ควรควบคุมให้เป้าหมายของ A1C < 7% ถ้ามีโรคร่วมแต่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ เป้าหมายของ A1C ควรอยู่ที่ 7-7.5% ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มีเปราะบาง อาจให้เป้าหมาย A1C สูง ได้ถึง 8.5

ปัจจุบันในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบคนป่วยจำนวนมาก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงคือผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะป่วยง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคโควิด-19 ได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้จะมีภูมิคุ้มกันต่ำ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจะต้องควบคุมน้ำตาลให้ได้ แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงสถานการณ์โควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในช่วงโควิดมีการตระหนักไม่ถูก ความรู้ไม่เหมาะ พฤติกรรมและการจัดการตนเองไม่ดี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงได้หากมีการติดเชื้อโควิด-19 ดังการศึกษาของ ศศิธร ชิดนาย[2]. ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้เป็นเบาหวาน: บทบาทของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 การแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 เป็นไปอย่างรุนแรงและรวดเร็วส่งผลกระทบทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มใหญ่ของโลก ทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น และวิชุดา จันทะศิลป์[3].ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน : ในสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้กล่าวถึงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ

กลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยกล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความตระหนักและรู้เท่าทันความเสี่ยงและใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติได้

ในบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลนาแก พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาและขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลนาแก ในปี 2562 – ปี 2564 จำนวน 3,599, 3,855 และ 4,006 คน ตามลำดับ และจากจากสถิติข้อมูลดังกล่าว มีผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลได้ดี HbA1C ได้น้อยกว่า 7 % มีร้อยละ 25.97, 23.79 และ 24.97 ตามลำดับ ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลไม่ได้ HbA1C ได้มากกว่า 7 % 74.07,76.21,75.03 ตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ HbA1C ได้มากกว่า 7 % นี้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 0.73,0.83,0.48 ตามลำดับ ไต ร้อยละ 12.75,11.48,13.81 ตามลำดับ หัวใจ ร้อยละ 1.44,1.78,1.42ตามลำดับ หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.44,4.77, 5.04 ตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าร้อยละ 5.47,6.18,5.82 ตามลำดับ และค่าระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C) ในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลนาแก(รายงาน HDC) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C ได้ดี น้อยกว่า 7 % มีแนวโน้มลดลงทำให้เห็นความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ได้กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ยิ่งมีโอกาสเสี่ยงมากขึ้นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่จะเกิดโรคแทรกซ้อน เพราะจากการติดตามดูแล กระตุ้นหรือสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยน้อยลง โอกาสการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือน้ำตาลสะสมไม่ได้มากขึ้น และรูปแบบบริการของโรงพยาบาลนาแกในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ต้องมีการส่งต่อยาที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนและอาการไม่รุนแรง และที่มี HbA1C ไม่เกิน 9.99% ซึ่งจากการประเมินผู้ป่วยในช่วงโควิด-19 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งยาที่บ้านและที่มารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสม ทั้งในด้านความตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เช่น การที่ไม่ได้เข้าไปพบแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยลืม หรือขาด ความตระหนักรู้ว่าตัวเองเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคให้ได้อย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ได้ควบคุม ขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งมีความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งตนเองและครอบครัว การจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ถูกต้อง คือยังไม่สามารถควบคุมตนเองในด้านการรับประทานอาหารได้ ทำให้มีผลกระทบ และจะเห็นได้ว่า ส่งผลให้ผู้เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ได้มากกว่าคนทั่วไป จากข้อมูลการติดเชื้อโควิด-19 ของอำเภอนาแกที่ผ่านมา[4]

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าจำเป็นต้องมีการส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความตระหนักรู้ในด้าน ดังนั้น โรงพยาบาลนาแกจึงจัดทำโครงการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เราในฐานะผู้รับผิดชอบในการดูแลการกำหนดนโยบายระดับอำเภอ จังหวัด ได้ตระหนักถึงปัญหาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาล HbA1C ในสถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเอง ในสถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 ก่อนและหลังการพัฒนา การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 กันยายน 2565 ถึง 15 ธันวาคม 2565 และมีการขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมและพื้นที่ที่เก็บข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การวิจัยครั้งนี้คือ โรคเบาหวานที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) 7-7.99 % มีที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน รพ.สต.ทุกแห่งในเขตอำเภอนาแก

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาแก ที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) 7.0-7.99% และมีอายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 77 คน

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มผู้ป่วย (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) 7.0-7.99% และมีอายุน้อยกว่า 60 ปี 2) ภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตอำเภอนาแก 3) มารับบริการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนาแก 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 5) สามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ป่วย (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) > 7.99% หรือ< 7% และอายุมากกว่า 60 ปี 2) ภูมิลำเนาไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตอำเภอนาแก 3) ไม่ได้มารับบริการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนาแก 4) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 5) ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การกำหนดเกณฑ์ ขนาดประชากรเป็นหลักร้อย ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 25% ประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) 7-7.99 % และมีอายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 308 คน 25% = 77 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการวิจัย ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คือ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย/เพศ/อายุ /ผู้ดูแล/ที่อยู่/สถานภาพ /ศาสนา/ระดับการศึกษา/อาชีพ/รายได้ครอบครัว/เดือน/สิทธิการรักษาแบบ สอบถาม ข้อมูลด้านสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว/ระยะเวลาการเจ็บป่วย/ข้อมูลสุขภาพ น้ำหนัก/ ส่วนสูงรอบเอว/BP/ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)/ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c)

2. แบบประเมินความรู้ โรคเบาหวาน สำหรับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีคำถามจำนวน 30 ข้อ

3. แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการจัดการตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ

4. แบบประเมินการตระหนักรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีคำถาม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ

ประเมินการตระหนักรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5. แบบประเมินความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนารูปแบบกาปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาล HbA1C ในสถานการณ์โควิด-19โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โดยมีหัวข้อการสอน/ฝึกทักษะดังนี้

- ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรค/ชุดฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหาร/การส่งเสริม/แนะนำด้านการออกกำลังกาย/การฝึกการควบคุมอารมณ์/ความเครียด/การแนะนำการเลิก ลด งดสูบบุหรี่/สุรา/จัดกลุ่ม SHG / การติดตามเยี่ยมบ้าน/วิเคราะห์ปัญหารายบุคคลและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา สาระ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของสาระ เพื่อให้ ข้อคิดเกี่ยวกับแบบสอบถาม การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดสอบคุณภาพกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 20 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือของแต่ละส่วน โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach กำหนดความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.70 โดยแบบสอบถามพฤติกรรม ความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1.1 ศึกษาสภาพจริงของปัญหา โดยการสำรวจปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาแก ที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) 7.0-7.99% และมีอายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 77 คน และสรุปสถานการณ์ปัญหา

ขั้นตอนที่ 1.2 ศึกษาเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องศึกษาตำรา ค้นคว้าเอกสาร บทความ ทางวิชาการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้

รูปแบบ Designing of Model ประกอบด้วยการพัฒนาการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยมีการดำเนินงานดังนี้ 1) ประชุมคณะกรรมการทีมสุขภาพในการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ที่และ รพ.สต./อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2) จัดเรียงลำดับก่อนและหลังตามความสำคัญ ของกิจกรรมและตามความเหมาะสม โดยมีเนื้อหาของกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2.1 กำหนดแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาแก ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) 7.0-7.99% และมีอายุน้อยกว่า 60 ปี

ขั้นตอนที่ 2.2 สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2.3 ตรวจสอบความสอดคล้อง และความเหมาะสมของระบบ

ขั้นตอนที่ 2.4 ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ในสถานการณ์โควิด-19

ขั้นตอนที่ 2.5 การจัดกลุ่มทดลองรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาแก ที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสม

(HbA1C) 7.0-7.99% และมีอายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 77 คน

ขั้นตอนที่ 2.6 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 2.7 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้ระบบ

ขั้นตอนที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3.2 สรุปผลการทดลองใช้ หลังจากได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19

ขั้นตอนที่ 3.3 การประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรม,การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาโดยใช้สถิติ Dependent T-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ สังเกต สัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนา (descriptive statistic) เช่น ความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการศึกษา

1. ในขั้นตอนของการวิจัย มีการดำเนินการอยู่ 2 ขั้นตอน คือ

1.1 สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)

1.2 การออกแบบ/สร้าง/เลือกวิธีการ รูปแบบตามสภาพปัญหาและความต้องการที่พบ และได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 มีดังต่อไปนี้

ตาราง 1 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)

กิจกรรม	การเก็บรวบรวมข้อมูล
1. กิจกรรมให้ความรู้/ฝึกทักษะการเลือกอาหาร-ออกกำลังกาย-ยา/รักษา-อารมณ์-2ส - รายกลุ่ม,รายบุคคล,รายกรณี,ติดตามเยี่ยมบ้านโดย จนท./ทีมสหวิชาชีพ รายที่มีความผิดปกติ/แทรกซ้อน,ติดตามเยี่ยมโดย อสม. ***2. กิจกรรมสร้างความตระหนักรู้*** ***- แจ้งค่าน้ำตาลในเลือด*** - ให้ความรู้/แจ้งความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ***3. กิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจ*** - ตั้งรางวัลให้กับผู้ป่วยที่มีความน้ำตาลสะสมลดลง/ควบคุมได้จากเป้าหมายเริ่มต้น 3 ครั้งติดกัน - ให้เกียรติบัตรผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ดี - ตั้งเป็นบุคคลตัวอย่างในเวทีเรียนรู้สร้างความตระหนักต่างๆ - รางวัลแก่ชุมชน/รพ.สต.ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีมากกว่าร้อยละ 25-30 %ขึ้นไป - ชุมชน/รพ.สต.ตัวอย่างที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี	1.เก็บข้อมูลด้านสุขภาพ 2.ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-ระหว่าง-หลัง การดำเนินโครงการ <u>เอกสาร/เครื่องมือ</u> - ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรค - ชุดฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหาร - การส่งเสริม/แนะนำด้านการออกกำลังกาย - การฝึกการควบคุมอารมณ์/ความเครียด - การแนะนำการเลิก ลด งดสูบบุหรี่/สุรา - จัดกลุ่ม SHG - การติดตามเยี่ยมบ้าน/วิเคราะห์ปัญหารายบุคคลและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

2. ผลการเปรียบเทียบผลการการพัฒนารูปแบบและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลการการพัฒนารูปแบบและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อมูล	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
ก่อนการพัฒนา	77	17.51	2.81	-26.22	76	.000*
หลังการพัฒนา	77	26.69	1.80			
ด้านความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการตนเอง						
ก่อนการพัฒนา	77	8.58	1.49	-30.75	76	.000*
หลังการพัฒนา	77	13.68	1.06			
ด้านพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเอง						
ก่อนการพัฒนา	77	50.34	6.65	-32.09	76	.000*
หลังการพัฒนา	77	78.29	3.79			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบผลการการพัฒนารูปแบบและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการพัฒนา คะแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 17.51 หลังการพัฒนาคะแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 26.69 เมื่อเปรียบเทียบผลการการพัฒนาพบว่า คะแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการตนเองก่อนการพัฒนา คะแนนความตระหนักรู้กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8.58 หลังการพัฒนาคะแนนความตระหนักรู้กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 13.68 เมื่อเปรียบเทียบผลการการพัฒนาพบว่า คะแนนความตระหนักรู้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในด้านพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเอง ก่อนการพัฒนา คะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 50.34 หลังการพัฒนาคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 78.29 เมื่อเปรียบเทียบผลการการพัฒนาพบว่า คะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับ การลด-เพิ่ม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบแนวโน้มค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองนั้น โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1. กิจกรรมให้ความรู้/ฝึกทักษะการเลือกอาหาร-ออกกำลังกาย-ยา/รักษา-อารมณ์-2 ส ทั้งรายกลุ่ม,รายบุคคล,รายกรณี,ติดตามเยี่ยมบ้าน โดย จนท./ทีมสหวิชาชีพรายที่มีความผิดปกติ/แทรกซ้อน,ติดตามเยี่ยมโดย อสม. 2. กิจกรรมสร้างความตระหนักรู้โดยมีการแจ้งค่าน้ำตาลในเลือดการให้ความรู้/แจ้งความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 3. กิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดปรับ

4. ความพึงพอใจของการพัฒนารูปแบบและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเอง ในสถานการณ์โควิด-19 พบว่า ระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนาระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก จากก่อนพัฒนาที่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้พบว่า การส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความตระหนักรู้ในด้านต่างๆ เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองในสถานการณ์โควิด-19 นั้น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค ให้ได้ตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยเอง ในการปฏิบัติตัวทั้งในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การรักษา ที่ต่อเนื่อง และเหมาะสม จากการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการตนเองนั้น โดยการจัดกิจกรรมดังนี้ ให้ความรู้/ฝึกทักษะการเลือกอาหาร-ออกกำลังกาย-ยา/รักษา-อารมณ์-2ส ทั้งรายกลุ่ม,รายบุคคล,รายกรณี,ติดตามเยี่ยมบ้านโดยจนท./ทีมสหวิชาชีพรายที่มีความผิดปกติ/แทรกซ้อน, ติดตามเยี่ยมโดย อสม. กิจกรรมสร้างความตระหนักรู้โดยมีการแจ้งค่าน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้/แจ้งความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และกิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจภายใต้การดูแล การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชน รวมทั้งการช่วยติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้นั้น จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตัวเองในการควบคุมภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ ทั้งสามารถกระตุ้นการสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถควบคุมให้พฤติกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

อยู่ในเกณฑ์ปกติ HbA1C ได้ < 7 % ก็จะทำให้ผู้ป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานได้จากที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กงทอง ไพศาล[5]. ที่ได้ศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่อง ในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งการวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่อง ในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ติดต่อกัน 2 ปี ขึ้นไป ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)≥7mg % จำนวน 40 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้และ รูปแบบการวิจัยแบบ กลุ่มตัวอย่างเดียววัดก่อน-หลัง ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นรายบุคคล ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การสร้างความตระหนักปัญหา 3) การมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ติดตามประเมินความต่อเนื่อง ของการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 – 31 ตุลาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติพรรณผลการศึกษาพบว่าหลังการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมดีขึ้นทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)กระบวนการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ตระหนักในปัญหาสุขภาพของตน มีส่วนร่วมเลือกวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะและสอดคล้องกับบริบทในด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นต่อไป และในงานวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ[6]. ได้วิจัยเรื่องเรื่อง พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง) วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ศึกษาประสิทธิผล และศึกษาต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มิติของผู้ป่วย: ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 จะมีการนัดมาพบแพทย์เดือนละ 1 ครั้ง และเมื่อสามารถควบคุมอาการได้แพทย์จะนัดมาติดตามอาการทุก 2-3 เดือน รูปแบบการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ต้องการให้มีรูปแบบที่มีการตั้งจุดตรวจคัดกรองเบื้องต้น เมื่อพบอาการผิดปกติจะมีช่องทางให้คำปรึกษาในระบบออนไลน์ เป็นการลดการไปพบแพทย์ในโรงพยาบาล มิติบุคลากรทางการแพทย์:ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 แบ่งลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 กลุ่มสี ได้แก่ กลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง ส่วนรูปแบบบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ในอนาคต ต้องการให้มีจุดคัดกรองที่มีอุปกรณ์การตรวจที่เพียงพอ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจได้ง่ายโดยต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงจุดตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น และจุดตรวจคัดกรองควรอยู่ใกล้บ้าน เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงของผู้ป่วยได้ง่าย 2) รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนการนัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก 4 เดือน โดยในเดือนที่ไม่ได้มาที่หน่วยบริการทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือ Self-monitoring record มาส่งให้พยาบาลที่เป็น Casemanager หรือผู้ที่มีหน้าที่ Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย เพื่อรับยาตามปกติ ในกรณี ที่ผลผิดปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract มาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาปัญหาหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติ โดยมีการนัดและจัดบริการให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 3) ผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่กลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า เพศ อายุ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันซิสโตลิก (systolic) ระดับความดันไดแอสโตลิก (diastolic) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ด้านจำนวน visit พบว่า กลุ่มทดลองมาโรงพยาบาล 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมมาโรงพยาบาลทั้ง 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นและความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ที่ 4.25 และ 4.22 ตามลำดับและผู้ให้บริการมีความเชื่อมั่นและความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ที่ 3.75 และ 3.75 ตามลำดับ 4) การศึกษาต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่ พบว่าในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การตรวจครั้งที่ 1 2 3 และ 4 ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ในสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นี้ หรือจะเป็นโรคอื่นๆหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ในการระบาดของโรคได้ว่าผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเปราะบางที่จะทำให้โรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนี้มีความรุนแรงหรือติดเชื้อการระบาดของโรคได้ง่าย การให้ความรู้หรือ คำแนะนำ การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างความตระหนักรู้ในการดูแล

ตนเองเพื่อควบคุมโรค และการป้องกันการติดเชื้อการแพร่ระบาดของโรคนั้นๆได้ จะเป็นการลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มเปราะบางเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2564) .รายงานประจำปี 2564. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
2. ศศิธร ชิดนาย(2564).การดูแลผู้เป็นเบาหวาน: บทบาทของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19.บทความวิชาการ (Academic article).วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์; ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (2021): ม.ค.- มิ.ย. 2564.
3. วิชุดา จันทะศิลป์ (2565).การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน : ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา;ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (2022): พ.ค.–ส.ค. 2565.
4. โรงพยาบาลนาแก (2565) สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาและขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลนาแก ในปี 2562 – ปี 2564
5. กงทอง ไพศาล (2562). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่อง ในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น.วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (2019): กรกฎาคม - ธันวาคม 2562.
6. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง).พิมพ์ครั้งที่ 1,บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด:นนทบุรี.

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร
Development of a care model for pregnant women to prevent premature Labor in Sakon Nakhon Province.

(Received: October 14,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 23,2024)

สุภาณี กิตติสารพงษ์[1], ธีรารัตน์ พลราชม[2], ลีลวัฒน์ กองศูนย์[3]
Supanee Kittisarapong[1], Theerarat Polrachom[2], Leelawat Kongsoon[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลของการพัฒนารูปแบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการพื้นที่นำร่อง 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสกลนคร อำเภอกุสุมาลย์ อำเภอกุดบาก อำเภอสว่างแดนดิน และอำเภอโพนนาแก้ว ในช่วงปีงบประมาณ 2564 จำนวน 50 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงฯ ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, ความรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดใช้ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลังร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยง 3 อันดับแรก ได้แก่ ทำงานหนัก ร้อยละ 24, ความเครียด ร้อยละ 16, ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12, ปัจจัยเสริมที่พบมากที่สุดคือ มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น DM, HT Anemia, BMI มากหรือน้อยกว่าปกติ ร้อยละ 10 หลังร่วมกิจกรรมคะแนนความรู้การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.52 (SD =1.501) เป็น 9.28 (SD= .858) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และอำเภอนำร่อง 5 แห่ง มีภาวะคลอดก่อนกำหนดลดลง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกุสุมาลย์, อำเภอสว่างแดนดิน และอำเภอกุดบาก ร้อยละ 13.33, 10.64 และ 8.15 ลดลงเป็นร้อยละ 8.15, 7.65 และ 5.56 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, หญิงตั้งครรภ์, ภาวะคลอดก่อนกำหนด

Abstract

This action research aims to study the pattern and results of developing a care model for pregnant women to prevent premature birth. Sakon Nakhon Province. The sample group consisted of pregnant women who received prenatal care services at service centers in the pilot areas of 5 districts: Mueang Sakon Nakhon, Kusuman District, Kut Bak District, Sawang Daen Din District and Phon Na Kaeo District. During the period 22 August 2020 - 20 August 2021, Number of people 50 people. Purposive Sampling and qualified according to specified criteria. The tools used to collect data include a general information questionnaire, a knowledge assessment for pregnant women to prevent premature birth, and a screening form for risk factors for premature birth. Data analysis: General information and risk factors used percentage values, premature birth prevention knowledge scores used averages, standard deviations. Compare before and after participating in the activity using paired t-test statistics.

The results of the study found that, Sample group of pregnant women There are 3 top risk factors: work hard 24%, Stress 16%, History of premature birth 12%, The most common additional factors are: Have chronic health problems such as DM, HT Anemia, BMI 10 percent more or less than normal, after participating in the activity, the mean knowledge score on prevention of premature birth increased from 7.52 (SD =1.501) to 9.28 (SD= .858),

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
[2] นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

significantly different at the .05 level. and the 5 pilot districts had a decrease in premature births in 3 districts: Kusuman District, Sawang Daen Din District. and Kut Bak District, 13.33 percent, 10.64 percent, and 8.15 percent decreased to 8.15 percent, 7.65 percent, and 5.56 percent, respectively.
Key Words: Model of development, pregnant woman, premature birth

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอดตลอดจนการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการทางร่างกายและ/หรือสมองของทารก ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จากสถิติการคลอดก่อนกำหนดใน ปีพ.ศ. 2560-2562 เขตบริการสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 5.84, 6.55 และ 6.12 ตามลำดับ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 7.99, 7.40 และ 6.69 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้สูงกว่าระดับเขต สำหรับสถานการณ์ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปีพ.ศ. 2560-2562 ระดับประเทศ ร้อยละ 5.9, 6.22 และ 6.34 ตามลำดับ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 3.69, 5.61 และ 6.11 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดสกลนคร พบร้อยละ 4.42, 6.02 และ 6.64 ตามลำดับ จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดสกลนคร ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สูงกว่าระดับเขตและระดับประเทศ[1]

ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดที่สำคัญคือประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน และหรือมีปากมดลูกสั้นโดยในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดชนิดที่เกิดขึ้นเอง การซักประวัติคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดโดยละเอียดเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์จะช่วยประเมินความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดได้ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและให้การป้องกัน ส่วนการมีปากมดลูกสั้นเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการคลอดก่อนกำหนด สามารถตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงอายุครรภ์ 18-24 สัปดาห์ การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย (LBW) สูงถึงร้อยละ 30.8 หลังจากอายุครรภ์ครบ 26 สัปดาห์ไปแล้ว หากยืดอายุครรภ์ออกไปได้อีกทุก 1 วัน ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกจะลดลงร้อยละ 2 หากคลอดก่อนสัปดาห์ที่ 37 ถือว่าเป็นการคลอดก่อนกำหนด แต่สามารถคลอดได้อย่างปลอดภัย[2]

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2563 งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จึงได้มีการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเริ่มต้นดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอกุสุมาลย์ อำเภอกุดบาก อำเภอสว่างแดนดิน และอำเภอโพนนาแก้ว เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดจังหวัดสกลนคร ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบและผลของการพัฒนารูปแบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในพื้นที่วิจัยนำร่อง 5 อำเภอ โดยผู้วิจัย ดำเนินงานตามขั้นตอนการพัฒนางาน PDSA Cycle ในการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการพื้นที่นำร่อง ได้แก่ อำเภอเมืองสกลนคร

อำเภอกุสุมาลย์ อำเภอกุดบาก อำเภอสว่างแดนดิน และอำเภอโพนนาแก้ว ในช่วงปีงบประมาณ 2564 จำนวน 50 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์อายุอยู่ในช่วง 18-35 ปี 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอด ระยะเวลาการทำวิจัย 5) ญาติหรือสามียินยอมเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ย้ายสถานที่การรักษาไปนอกจังหวัด 2) ไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3) ไม่มีญาติหรือสามีเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนพ่อแม่ ได้ครบตามกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นจากการระดมสมองของทีมวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ สถานภาพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ปัจจุบันท่านกำลังตั้งครรภ์ครั้งที่ ท่านมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ โดยใช้ข้อคำถามแบบมีตัวเลือก (Check list) และระบุคำตอบที่ต้องการ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ แบบเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” ตอบถูก 1 คะแนน และ “ตอบผิด” เท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 11 ข้อ แบบเลือกตอบ “มี” เท่ากับ 1 คะแนน “ไม่มี” เท่ากับ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ข้อมูลทั้งฉบับ โดยนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.84 2) แบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson คือ สูตร KR-21 ได้เท่ากับ 0.78 3) แบบคัดกรองมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson คือ สูตร KR-21 ได้เท่ากับ 0.74

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach) ของ Eaton and Johnson[3] ดำเนินงานตามขั้นตอนการพัฒนางาน PDSA Cycle รายละเอียดดังนี้

ขั้นวางแผน (Plan) 1) ประชุมกลุ่มคณะทำงานเพื่อวางแผนในการจัดทำโครงการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และเน้นข้อมูลในโรงพยาบาลนำร่อง 5 แห่ง 2) เสนอโครงการวิจัยต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
3) ประสานการดำเนินงานโครงการไปยังหน่วยฝากครรภ์นำร่อง 5 อำเภอ จังหวัดสกลนคร 4) ประชาสัมพันธ์โครงการ การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด 5) เตรียมความรู้เรื่องแนวทางและแนวปฏิบัติในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Do)

1. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด สำหรับพยาบาลในคลินิกฝากครรภ์จากโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกหมอครอบครัว อำเภอนำร่อง จำนวน 5 แห่ง โดยมีประเด็นดังนี้

1.1 ปรับแนวคิดของพยาบาลฝากครรภ์ภายใต้ประเด็น ดังนี้ ความสำคัญของภาวะคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมทุกชนิด

ความเครียด ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัย เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน และคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงของโรงพยาบาลชุมชน ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และรวบรวมเป็นองค์ความรู้ เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. จัดทำแผนการสอนหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญของปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนด, คำจำกัดความ, ปัจจัยเสี่ยง, การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด, การประเมินการบีบรัดตัวของมดลูกและการเฝ้าระวังอาการคลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด

3. จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ให้หญิงตั้งครรภ์รายใหม่และรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่คลินิกครรภ์เสี่ยงสูงโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นการตรวจสอบและศึกษาผล (Study)

เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาผลการดำเนินงานว่าบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ร้อยละความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด

2. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ

3. หญิงคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

ขั้นการดำเนินการให้เหมาะสม (Act)

1. วิเคราะห์กระบวนการพัฒนางานที่เกิดขึ้น

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสพัฒนา ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

4. ปรับแผนการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ 013-2563 เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2020-020 วันที่รับรอง 21 สิงหาคม 2563

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach) ของ Eaton and Johnson (2001) ได้รูปแบบ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อม ประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมของหญิงตั้งครรภ์

ขั้นที่ 2 สอนแนะสู่เป้าหมาย การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะครรภ์เสี่ยงและผลกระทบ การเฝ้าสังเกตตนเองที่ผิดปกติ การกำกับตนเองในการมาตรวจตามนัด จูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่

ขั้นที่ 3 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทบทวนความรู้การดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม

การประเมินผล

1. ร้อยละความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

2. คะแนนความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี มากที่สุด จำนวน 29 คน ร้อยละ 58 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด จำนวน 19 คน ร้อยละ 38 อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 19 คน ร้อยละ 38 สถานภาพสมรส (คู่) มากที่สุด จำนวน 39 คน ร้อยละ 78 ปัจจุบันกำลังตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุด จำนวน

22 คน ร้อยละ 44 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์มากที่สุด จำนวน 42 คน ร้อยละ 84

2. ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสกลนคร ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ทำงานหนัก เช่น ยืนนานๆ เดินบ่อย ยกของหนัก ร้อยละ 24, ความเครียด ร้อยละ 16, ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12 และปัจจัยเสริมที่พบมากที่สุดคือ มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น DM, HT Anemia, BMI มากหรือน้อยกว่าปกติ ร้อยละ 10

3. คะแนนความรู้เฉลี่ยหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังร่วมกิจกรรมคะแนนความรู้การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.52 (SD =1.501) เป็น 9.28 (SD= .858) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้สถิติ Pair t-test (n=50)

ตัวแปร	Paired Differences				t	df	p-value
	Mean	SD	95% CI				
			Lower	Upper			
คะแนนความรู้	-1.76	1.74	-2.255	-1.64	-7.134	49	.000*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการติดตามร้อยละของการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ 2563-2564 หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อำเภอ นำร่องในจังหวัดสกลนครที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดลดลง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกุสุมาลย์ อำเภอสว่างแดนดิน และอำเภอกุดบาก ร้อยละ 10.64, 7.65 และ 5.56 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละอุบัติการณ์การเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2563-2564

สถานบริการ	จำนวนคลอดทั้งหมด (คน)	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ ปีงบประมาณ 2563		จำนวนคลอดทั้งหมด (คน)	หลังการพัฒนารูปแบบฯ ปีงบประมาณ 2564		หมายเหตุ
		คลอดก่อนกำหนด (คน)	ร้อยละ		คลอดก่อนกำหนด (คน)	ร้อยละ	
โพนนาแก้ว	59	4	6.78	92	13	14.13	เพิ่มขึ้น
เมือง	880	125	14.20	74	11	14.86	เพิ่มขึ้น
กุสุมาลย์	60	8	13.33	94	10	10.64	ลดลง
กุดบาก	33	3	9.09	18	1	5.56	ลดลง
สว่างแดนดิน	1,607	131	8.15	1,646	126	7.65	ลดลง

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach) ของ Eaton and Johnson (2001) ได้แก่ ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อม ขั้นที่ 2 สอนแนะสู่

เป้าหมาย และขั้นที่ 3 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ[4]

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสกลนคร ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ทำงานหนัก เช่น ยืนนานๆ เดินบ่อย ยกของหนัก ร้อยละ 24, ความเครียด ร้อยละ 16, ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12 และปัจจัยเสริมที่พบมากที่สุดคือ มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น DM, HT Anemia, BMI มากหรือน้อยกว่าปกติ ร้อยละ 10[5]

3. คะแนนความรู้เฉลี่ยหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังร่วมกิจกรรมคะแนนความรู้การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.52 (SD =1.501) เป็น 9.28 (SD= .858) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับรุ้ง ขันธวิชัย[6] ศึกษาผลการศึกษาโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง โรงพยาบาลไชยวาน เน้นการพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ครบ 5 ครั้ง ได้แก่ 1) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ให้ความรู้กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ 3) การทบทวนโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 58.70±11.98 เป็น 78.67±20.82 คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจาก 20.76±9.58 เป็น 32.42±14.77 ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 97

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร: 1) สามารถนำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จังหวัดสกลนคร ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งต่อไป 2) กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กอย่างเท่าเทียมภายใต้การดำเนินงาน 9 ข้อ เพื่อยกระดับคุณภาพสตรีและเด็ก ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ส่งผลให้จังหวัดสกลนคร มีรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอีกรูปแบบหนึ่ง สามารถขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกอำเภอ

ด้านบริการ: 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ควรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการจัดกิจกรรมในโรงเรียนพ่อแม่เพื่อให้มีการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน 2) ควรมีจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม 3) รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุตติยภูมิ และตติยภูมิสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. เขตบริการสุขภาพที่ 8 (2563). สถิติการคลอดก่อนกำหนดใน ปีพ.ศ. 2560-2562 เขตบริการสุขภาพที่ 8
2. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงทีเหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(1): S64-9.
3. Eaton, J., & Johnson, R. (2000). Coaching Successfully. United States: Dorling Kiddersley Publishing.
4. รัศมี พิริยะสุทธิ์, สุนันทา สงกา, พณาวรรณ พาณิชย์. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่าง

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค, 4(2): 376-388.

5. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, วิบูลย์ เรืองชัยนิคม. (2557). ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 22(4): 58-71.
6. รุ้ง ขันธวิชัย (2566). ศึกษาผลการศึกษาโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง โรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567. เข้าถึงได้จาก https://backooffice. udpho.org > control> download.pdf.

การสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

Promoting self-management to prevent Volume overload in patients with end-stage Renal Disease undergoing Hemodialysis, Renu Nakhon Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: October 14,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 23,2024)

พลใส มุลทาเย็น[1] *
Pholsai multhayen

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กระบวนการและผลการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน, แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน และแบบวัดความวิตกกังวล (GAD-7) การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน, พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและความวิตกกังวลใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2.72 (SD=.340) เพิ่มขึ้น 3.08 (SD=.372) ระดับปานกลาง, การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 2.38 (SD=.656) ระดับน้อย เพิ่มขึ้นเป็น 3.08 (SD=.372) ระดับปานกลาง, อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินค่าคะแนนเฉลี่ย 1.54 (SD=.381) ลดลงเป็น 1.31 (SD=.232), คะแนนความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน 9.36 เพิ่มขึ้นเป็น 9.59, ด้านความวิตกกังวลส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

คำสำคัญ: การสร้างเสริม, การจัดการตนเอง, ภาวะน้ำเกิน, ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This study was action research aimed to study Process and results of promoting self-management to prevent fluid overload in end-stage chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. Renu Nakhon Hospital Nakhon Phanom Province. The sample group consisted of end-stage chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. Purposive Sampling and have the qualifications according to the specified criteria. carry out using a 3-step research and development process. During August-October 2024. The tools used Anxiety Scale (GAD-7), Data analysis: General data uses percentage values, knowledge about Volume Overload uses average values. Standard deviation, Behavior to prevent Volume Overload and anxiety using numbers, percentages, averages, and standard deviations. Comparisons were made using Pair t-test statistics.

The results of the study found that before and after the development of the model, the sample group had an average score of food consumption behavior of 2.72 (SD = .340), increased to 3.08 (SD = .372) at a moderate level, water intake control of 2.38 (SD = .656) at a low level, increased to 3.08 (SD = .372) at a moderate level, symptoms and signs of overhydration of an average score of 1.54 (SD = .381), decreased to 1.31 (SD = .232), average knowledge score about overhydration of 9.36, increased to 9.59, and most of the anxiety was at a slight level before and after participating in the activity.

Key Words: Promotion, self-management, Volume Overload, end-stage chronic kidney disease patients on hemodialysis.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

บทนำ

การมีภาวะน้ำเกิน (volume overload) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จากโรคหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งการป้องกันและควบคุมไม่ให้มีภาวะน้ำเกินในร่างกายจะต้องควบคุมอาหารโดยรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำและควบคุมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างช่วงที่ไม่ได้ฟอกเลือด (Inter-dialysis weight gain: IDWG) ให้ไม่เกิน 0.5-1 กิโลกรัมต่อวัน ถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน (volume overload) จะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านเศรษฐกิจ[1]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาทิเช่น วรรวิษา สำราญเนตรและคณะ[2] ศึกษาประสบการณ์การจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 20 ราย ข้อค้นพบประสบการณ์การจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำแนกเป็น 4 ประเด็นหลัก 1) การให้ความหมายต่อภาวะน้ำเกินคือ ไตเสื่อมและบวม 2) การจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินคือ การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการจัดการตนเองด้านจิตใจ 3) ผลกระทบจากภาวะน้ำเกินด้านร่างกายคือ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้และด้านจิตใจคือ กลัว/กังวล เบื่อหน่าย และความไม่แน่นอนของชีวิต 4) ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการน้ำเกินคือ ตนเอง บุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลและมานะ ปัจจะแก้วและพรรณี บัญชรหัตถกิจ[3] ศึกษาการจัดกระทำเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าการจัดกระทำเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ารูปแบบและวิธีการจัดการมีหลากหลายทั้งการศึกษาประสบการณ์จริงของตัวแบบ การพัฒนาโปรแกรมหรือการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบและผลการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาการสร้างเสริมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแพทย์วินิจฉัยให้รหัสโรค (ICD 10) N18.5, N189 & ESRD และได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาล เรณูนคร จังหวัดนครพนม ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างเดียว (Single Subject Research) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร 2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี 4) ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ถูกต้อง 5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดอาทิเช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการสร้างเสริมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการ ศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลา การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนครั้ง การฟอกเลือด/สัปดาห์ จำนวนครั้งของการเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แบบเลือกตอบ “ใช่” เท่ากับ 1 คะแนน และ “ไม่ใช่” เท่ากับ 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ การบริโภคอาหาร, การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม, การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์, การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน

ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้นๆ ทุกวัน หรือทุกครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน

ปฏิบัติเกือบทุกวัน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้นๆ 4-6 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางวันหรือนานครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้นๆ 1-3 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เลย เท่ากับ 1 คะแนน

นำคะแนนไปอธิบายพฤติกรรมผู้ป่วย ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้อยที่สุด

2.4 แบบวัดความวิตกกังวล (GAD-7) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ รายละเอียดดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีปัญหานั้นๆ เลย เท่ากับ 0 คะแนน

บางวัน หมายถึง มีปัญหานั้นๆ 1-2 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา เท่ากับ 2 คะแนน

เกือบทุกวัน หมายถึง 10-14 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา เท่ากับ 3 คะแนน

นำคะแนนอธิบายระดับความวิตกกังวล ดังนี้

0-9 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเพียงเล็กน้อย

10-14 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และควรทำแบบประเมินซ้ำในอีก 1-2 สัปดาห์

15-21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง ควรได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.81 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability): ผู้ศึกษานำแบบประเมินนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ดังนี้ (1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 10 ข้อ แบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson คือ สูตร KR-21 เท่ากับ 0.78 (2) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บราค เท่ากับ 0.71 (3) แบบวัดความวิตกกังวล (GAD-7) หาค่าความเที่ยงโดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบราค เท่ากับ 0.78

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย และการพัฒนา (Research and Development) เรื่อง การสร้างเสริมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนมกลุ่มตัวอย่างเดียว (Single Subject Research) ทดสอบก่อน-หลัง (One-group, Pretest-Posttest Design) โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา

1. ศึกษาสถานการณ์การเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา

2. ประชุมพยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม เพื่อชี้แจงข้อมูล สถิติการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และค้นหาปัญหาร่วมกัน

3) สรุปประเด็นปัญหาที่พบ 3 อันดับแรกที่พบ และนำวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหารูปแบบในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

2) ประชุมระดมสมองทีมพยาบาลหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร เพื่อร่างการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามหลัก 5A คือ Assess, Advice, Agree, Assist และ Arrange

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปใช้ ดังนี้

ระยะก่อนฟอกไต: กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอบถามครั้งที่ 1 รายละเอียดดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไต 3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4) แบบวัดความวิตกกังวล (GAD-7)

ระยะหลังฟอกไต: ก่อนกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคำแนะนำ ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง 2) การติดตามตนเองด้วยการชั่งน้ำหนักและความดันโลหิตที่บ้าน (กรณีมีเครื่องวัดความดันโลหิต) หรือสถานบริการใกล้บ้าน หรือ อสม.ประจำหมู่บ้าน

ระยะประเมินผล: กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอบถามครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 เดือน และเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนกลุ่มย่อย 3-5 ราย เปิดโอกาสให้สอบถามในสิ่งที่สงสัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการ

เลขที่ REC 048/67 วันที่รับรอง 31 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนาและรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา: พบอุบัติการณ์ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบด้านร่างกายมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บวม, หายใจเหนื่อยหอบ, หลอดเลือดดำที่คอโป่ง ด้านจิตใจ รู้สึกหดหู่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความเครียด และวิตกกังวล 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ตามหลัก 5A คือ Assess, Advice, Agree, Assist และ Arrange และ 3) การนำรูปแบบไปใช้: ทดสอบก่อน-หลัง (One-group, Pretest-Posttest Design)

2. ผลของการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52 เพศชาย ร้อยละ 48 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 80 การศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 72 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 52 รายได้มากกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 62 โรคประจำตัว เบาหวาน ,ความดันโลหิตสูงและไตเรื้อรัง ร้อยละ 36 คน ระยะเวลาการฟอกไตเฉลี่ย 2.22 ปี ส่วนใหญ่ฟอกไต 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 72 ประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยเลยมากที่สุด ร้อยละ 56

2.2 ผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม, การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2.72 (SD=.340) เพิ่มขึ้น 3.08 (SD=.372) ระดับปานกลาง, การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 2.38 (SD=.656) ระดับน้อย เพิ่มขึ้นเป็น 3.08 (SD=.372) ระดับปานกลาง, อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินค่าคะแนนเฉลี่ย 1.54 (SD=.381) ลดลงเป็น 1.31 (SD=.232) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม การบริโภคอาหาร, การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม และอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินการบริโภคอาหาร การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม, การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน (n=50)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนร่วมกิจกรรมฯ			หลังร่วมกิจกรรมฯ		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
การบริโภคอาหาร	2.72	.340	ปานกลาง	2.93	.260	ปานกลาง
การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม	2.38	.656	น้อย	3.08	.372	ปานกลาง
การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	4.00	.000	มากที่สุด	4.00	.000	มากที่สุด
อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน	1.54	.381	น้อยที่สุด	1.31	.232	น้อย

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปแกรม (n=50)

ตัวแปร	Pair Sample Test				t	p- value
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
การบริโภคอาหาร	-2.10	1.740	-2.594	-1.605	-8.53	.000*
การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม	-2.10	1.265	-2.459	-1.740	-11.73	.000*
อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน	1.16	.648	.833	7.137	7.13	.000*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

2.3 ผลการประเมินความวิตกกังวล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความวิตกกังวล 0-9 คะแนน จำนวน 48 คน ร้อยละ 96 อยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนความวิตกกังวล 10-14 คะแนน จำนวน 1 ร้อยละ 2 ระดับปานกลางและคะแนนความวิตกกังวล 15-21 คะแนน ระดับสูง จำนวน 1 คน ร้อยละ 2 หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความวิตกกังวล 0-9 คะแนน จำนวน 49 คน และคะแนนความวิตกกังวล 10-14 คะแนน จำนวน 1 ร้อยละ 2 ระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน (GAD-7) (n=50)

คะแนนความวิตกกังวล	**ก่อนร่วมกิจกรรมฯ**			**หลังร่วมกิจกรรมฯ**		
	จำนวน	**ร้อยละ**	**แปลผล**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**แปลผล**
0-9 คะแนน	48	96	เล็กน้อย	49	98	เล็กน้อย
10-14 คะแนน	1	2	ปานกลาง	1	2	ปานกลาง
15-21 คะแนน	1	2	สูง	0	0	สูง

2.4 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผลคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าก่อนร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ย 9.36 คะแนน หลังร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.59 คะแนน ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อน-หลังร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม (n=50)

ตัวแปร	Pair Sample Test				t	p- value
	Mean	Std.	95% Confidence interval of the Difference			
			Lower	Upper		
ความรู้	-.227	.677	-.4332	-.213	-2.226	.031*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

สรุปและอภิปรายผล

1. กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการดำเนินงานเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การพัฒนาการสร้างเสริมการจัดการตนเองฯ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และการประเมินผล สอดคล้องกับเกตุวดี ภูไพบูลย์[4]

ศึกษาการเปรียบเทียบความถี่ในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยเปลี่ยนจากการให้ความรู้แบบเดิมที่ให้ความรู้แบบห้องเรียนซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว ได้เป็นรูปแบบใหม่ คือ ให้ความรู้แบบกระบวนการกลุ่มซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง วิธีการดำเนินงานมี 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างรูปแบบใหม่เบื้องต้น 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบใหม่ 3) การประเมินการดำเนินงานทดลองใช้รูปแบบใหม่

2. พฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมปริมาณน้ำดื่มเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ย 2.93 (SD=.260) และ 3.08 (SD=.372) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ย 4.00 (SD=.000) ระดับมากที่สุด อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินมีค่าเฉลี่ยลดลง 1.31 (SD=.232) สอดคล้องกับฐิติกา พุทธิผลและมยุรี ลี่ทองอิน[5] ศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมภาวะน้ำเกินของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีพฤติกรรมควบคุมภาวะน้ำเกินในระดับดีและระดับปานกลาง และสอดคล้องกับธิดารัตน์ เพชรชัยและคณะ[6] ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจำกัดน้ำ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า (1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($\bar{X}$=3.94) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($\bar{X}$=3.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (2) พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษา พบว่าผลคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วย ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าก่อนร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ย 9.36 คะแนน หลังร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.59 คะแนน สอดคล้องกับ เกตุวดี ภู่ไพบูลย์[4] ศึกษาการเปรียบเทียบความถี่ในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาล บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่าหลังการให้ความรู้แบบกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีคะแนนความถี่ในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลตนเองสูงขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย 29.07 (SD 1.94) เป็น 37.33 (SD 1.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาโปรแกรมและออกแบบให้มีการติดตามผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อครบ 6 เดือน 1 ปี เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกินอย่างสม่ำเสมอต่อไป

2. ในการทำการวิจัยครั้งต่อไป ควรมี การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการเกิดภาวะน้ำเกิน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียมและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลเรณูนครที่ช่วยสนับสนุน ให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. กองพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เทพเพ็ญวานิสย์. นนทบุรี.
2. วรรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุภาพและกชณากาญ ดวงมาตย์พล. (2565). ประสบการณ์การจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 25(2); 41-53.
3. มานะ ปัจจะแก้วและพรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2567). การจัดกระทำเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 32(3); 40-55.
4. เกตุวดี ภู่ไพบูลย์. (2561). การเปรียบเทียบความถี่ในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาล บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร, วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(3); 34-42.
5. ฐิติกา พุทธิผลและมยุรี ลี่ทองอิน. (2562). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมภาวะน้ำเกินของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การศึกษานำร่อง. เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. ธิดารัตน์ เพชรชัย และคณะ. (2561). ผลของการใช้แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์. วารสารแพทย์นาวี, 45(1); 106-20.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวาน บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในพื้นที่อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี

The Effects of Self-Care Promotion Program on Foot Care of Muslim Patients with Diabetes Mellitus in Thung Yang Daeng District, Pattani Province: An Integration with Thai Traditional Medicine.

(Received: October 14,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 23,2024)

นิอิสมาแอล ดอเลาะ[1]
Niismael Doloh[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวาน บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวานที่เข้าตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมฯที่ได้พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม 35 คน ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ใช้เวลาการศึกษา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน แบบคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และ Semmes- Weinstein monofilament ขนาด 5.07 (10 กรัม) จำนวน 1 เครื่อง วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าภาพรวม(Mean=4.2,SD=0.16) มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ (Mean=2.95,SD=0.16) และมากกว่ากลุ่มควบคุม(Mean=3.07,SD=0.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p-value* < 0.001) และหลังใช้โปรแกรมฯกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า(Mean=1.74,SD=0.44) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=2.17,SD=0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=4.330,*p-value* < 0.001)

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, พฤติกรรมการดูแลเท้า

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a Thai traditional medicine-integrated self-care promotion program on foot care behavior among Muslim diabetic patients. This study involved 70 diabetic Muslim patients who met the inclusion criteria, with 35 patients in the experimental group receiving the program and 35 in the control group receiving standard care. The study spanned 5 weeks. Data collection tools were questionnaire assessing foot care behavior in diabetic patients, screening form for foot complications and a Semmes-Weinstein monofilament 5.07 (10 grams) device. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and Independent t-test. The results showed that, after the program, the experimental group had a significantly higher mean foot care behavior score (Mean = 4.2, SD = 0.16) compared to before the program (Mean = 2.95, SD = 0.16) and the control group (Mean = 3.07, SD = 0.41) at a .05 significance level ($p < 0.001$). The experimental group also had a lower risk of foot ulcers (Mean = 1.74, SD = 0.44) compared to the control group (Mean = 2.17, SD = 0.38), with statistical significance ($t = 4.330$, $p < 0.001$).

Keywords: Diabetes, Foot care behavior

[1] โรงพยาบาลทุ่งยางแดง อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลของ International Diabetic Federation พบว่าในปี พ.ศ.2562 มีประชากรทั่วโลกเป็นโรคเบาหวานรวม 463 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 11 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 2.7 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ.2563 เป็นจำนวน 5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 200 รายต่อวัน โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diabetic retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy) ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองและภาวะเท้าเบาหวาน ร้อยละ 5.3-13.4[2] เท้าเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากและยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลของประเทศอีกด้วย เท้าเบาหวานยังมีความสัมพันธ์กับภาวะเส้นเลือดแดงส่วนปลายตีบ (Peripheral arterial disease) และภาวะระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม (Peripheral neuropathy) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะนำไปสู่การถูกตัดเท้าหรือขาได้ จากสถิติพบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ถูกตัดเท้าหรือขามีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน[3] โดยที่ร้อยละ 70-85 ของการถูกตัดเท้าหรือขานั้นสามารถป้องกันได้ อุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าของประชากรทั่วโลกพบประมาณร้อยละ 2-4 ต่อปี สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลผู้ป่วยเท้าเบาหวานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าเกิดขึ้นใหม่จำนวนร้อยละ 1.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน[4] และผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้าหรือขาจำนวนร้อยละ 0.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน พบว่า ความชุกของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานมีประมาณร้อยละ 1-20 ดังนั้นในแผนกลยุทธ์ หรือแผนพัฒนาสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะถูกจัดเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาและเป็นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ปี 2566 ซึ่งจัดอยู่ในหมวดยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) โดยมีมาตรการสำคัญคือ ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน สร้างความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล[5] คลินิกโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งยางแดง ได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานบูรณาการทีมสหวิชาชีพ เช่น มีพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักคลินิกโรคเบาหวาน นักโภชนาการ ทำหน้าที่ให้คำแนะนำแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยแนะนำตามปัญหาแต่ละบุคคลและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ แพทย์แผนไทย มีหน้าที่ตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจทำให้เกิดการพิการหรือตัดอวัยวะได้ในอนาคตซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด เขต และประเทศ

ประชากรในอำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 98 นับถือศาสนาอิสลาม ดังนั้นความเชื่อประเพณีและวัฒนธรรมส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับหลักศาสนาอิสลามอย่างมาก หรือเรียกว่าวิถีชีวิตมุสลิม (MUSLIM WAY OF LIFE) แนวคิดของประชากรในพื้นที่ในเรื่องความเจ็บป่วยจะเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นบททดสอบจากอัลเลาะห์[6] ที่ทดสอบความอดทน ความศรัทธาโดยให้พบกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิมจึงควรรู้ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ในบริบทความเป็นมุสลิม การปฏิบัติตนที่เอื้อต่อวิถีชีวิตอิสลาม ด้วยการปฏิบัติตามแผนการรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้

ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งจะแสดงถึงระดับความศรัทธาที่มีต่ออัลเลาะห์ผู้เป็นพระเจ้า

จากข้อมูลย้อนหลังคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลทุ่งยางแดง พบว่า ในปี 2561 - 2566 มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ตัดนิ้วเท้า มีแนวโน้มที่ไม่แน่นอน พบได้ร้อยละ 0 – 1.32 ซึ่งมีเป้าหมายร้อยละ 0 จากการทบทวน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ตัดนิ้วเท้าขาดความรู้เรื่องการดูแลตัวเองทำให้ปฏิบัติตัวดูแลเท้าไม่เหมาะสม และขาดความตระหนักในการดูแลเนื่องจากไม่รู้ความสำคัญ ผลกระทบที่ตามมาจากการไม่ดูแลเท้าในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ในส่วนของผู้ให้บริการ (สหวิชาชีพ) ประจำคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลทุ่งยางแดง ได้ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งทางไต ตา และเท้า จึงได้มีการตรวจคัดกรองทุกรายในทุกปี ในส่วนของการคัดกรองเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการคัดกรองทุกราย แต่เป็นการคัดกรอง 1 ครั้งต่อปี ในบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำที่ครบถ้วนสมบูรณ์ อาจจะด้วยจำนวนผู้ป่วยในวันนั้นมีจำนวนมาก หรือเจ้าหน้าที่มีภารกิจอื่นแทรก ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการนำเอาแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green และ Kreuter[7] และแนวคิดหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติในอิสลาม[8] มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวาน บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในพื้นที่อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แนวคิดรูปแบบ PRECEDE-PROCEED ของ Green และ Kreuter[7] ในการจัดกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจในตัวบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยสนับสนุน พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการกระทำ และ 3) ปัจจัยเสริม เป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เช่น การกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ ร่วมกับใช้แนวคิดหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติในอิสลาม มุสลิมทุกคนจะต้องมีการยึดถือหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างเคร่งครัด และหลักศรัทธาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันโดยมีทั้งหมด 6 ข้อ คือ 1) ต้องศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า 2) ศรัทธาบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน 3) ศรัทธาในบรรดาศาสนทูต 4) ศรัทธาในท่านศาสดา 5) ศรัทธาในวันสิ้นโลก 6) ต้องศรัทธาต่อสภาวการณ์ที่เกิดขึ้น การวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้เลือกใช้หลักศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า ศรัทธาบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอานและศรัทธาต่อสภาวการณ์ที่เกิดขึ้น และหลักปฏิบัตินั้นมีทั้งหมด 5 ข้อ คือ 1) การปฏิญาณตน 2) การละหมาด 3) การถือศีลอด 4) การบริจาคซะกาตและ 5) การประกอบพิธีฮัจญ์ การวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้เลือกใช้หลักปฏิบัติในการละหมาด เนื่องจากการละหมาดเป็นเสาหลักของศาสนาและกุญแจสวรรค์รวมทั้งเป็นการนมัสการพระเจ้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าระดับปานกลาง ประเมินตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลทุ่งยางแดง อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา คือ (1)อายุ

18-60 ปี ทั้งชายและหญิง (2) ได้การวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (3) ไม่มีประวัติโดนตัดเท้าทั้ง 2 ข้าง และไม่มีแผลที่เท้าก่อนเข้าร่วมการวิจัย (4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง (ระยะ4-5) โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรคหัวใจล้มเหลว และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนเข้าร่วมวิจัย (5) สื่อสารภาษาไทยหรือมลายูได้ และ (6) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ เกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์หรือสงสัยตั้งครรภ์ เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย (1) ไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีวิจัยหรือคำแนะนำจนอาจมีผลต่อการวิจัย (2) ต้องการออกจากการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่สร้างขึ้นจากสูตรของโคเฮนในการคำนวณโดยการหาขนาดอิทธิพล ค่าความแตกต่างจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ [10] ได้เท่ากับ 0.83 กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (α)= 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 66 คน เพิ่มอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้ 2 แนวคิด คือ (1) การนำPRECEED-PROCEED Model ประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษาและกิจกรรม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม รวมทั้งนำแนวคิดหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติในอิสลาม และคู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเป็น 2 ภาษาให้สอดคล้องกับบริบท

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน โดยการตอบใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติเลยหรือน้อยมาก ให้คะแนน 5 ถึง 1 ตามลำดับ ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และ Semmes- Weinstein monofilament เป็นอุปกรณ์ตรวจรับความรู้สึกที่ฝ่าเท้า ขนาด 5.07 (10 กรัม) จำนวน 1 เครื่อง

การดำเนินการศึกษา

1. ขั้นเตรียมการ ชี้แจงผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำความเข้าใจกับเนื้อหาของแบบสอบถาม ทำความเข้าใจเนื้อหาในคู่มือการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม โดยเฉพาะการดูแลเท้า วิธีการตรวจเท้า การนวดฝ่าเท้า การใช้สมุนไพรแช่เท้า การบริหารเท้า และทำความเข้าใจเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มควบคุม จะได้รับคัดกรองเท้าตามมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มทดลอง จะได้รับการคัดกรองเท้าตามมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในการดูแลเท้า สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม

กลุ่มทดลอง ได้รับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในช่วง 5 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ 1 กิจกรรมส่งเสริมความสามารถการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 1) การสร้างแรงแห่งศรัทธา ดูแลตนเองตาม 5 ต. สำคัญในอิสลาม ได้แก่ ตระหนัก ตั้งใจ (เนียต) ตั้งต้น (เตาบัต) ตั้งสติ และ

ต่อเนื่อง (อิสตีกอมะห์) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับสอดแทรกหลักศรัทธาในอิสลาม 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 3) สอนการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดย กิจกรมที่ 1 และ 2 ถือเป็นปัจจัยนำเข้า ตามแนวคิดรูปแบบ PRECEDE-PROCEED 4) สาธิตการดูแลเท้าด้วยตัวเอง บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยการแช่เท้าสมุนไพร การทาน้ำมันสมุนไพร และการนวดด้วยตนเองการบริหารเท้า ซึ่งถือเป็นปัจจัยเอื้อตามแนวคิดรูปแบบ PRECEDE-PROCEED 5) กิจกรรมเสริมแรงจูงใจ ชื่นชมผู้ป่วยที่มาตามนัด ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และเข้าร่วมคัดกรอง ประเมินเท้าเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ร่วมกับกระตุ้นเตือน

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ร่วมกับกระตุ้นเตือน

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ร่วมกับกระตุ้นเตือน

สัปดาห์ที่ 5 ประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ใช้ Paired t-test ในการเปรียบเทียบก่อน และหลัง ในกลุ่มเดียวกัน และใช้ Independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมพื้นฐานในการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วเข้าสู่การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ผลการศึกษา (Results)

1.ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.86 เพศชาย ร้อยละ 26 , โดยมีอายุ 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.57 อายุ 51-55 ปี ร้อยละ 25.71 อายุ 56-60 ปี ร้อยละ 18.57 อายุ 41-45 ร้อยละ 14.29 และอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 2.86 , ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.14 ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 21.43 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ร้อยละ 11.43 และประถมศึกษา ร้อยละ 10 , อาชีพเกษตร/ทำสวน ร้อยละ 28.57 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 24.29 รับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 21.43 กิจการส่วนตัว ร้อยละ 15.71 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 8.57 และอื่นๆ ร้อยละ 1.43

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเท้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังใช้โปรแกรม 2.1 ก่อนใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลเท้าโดยรวม ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลเท้าภาพรวม ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=15.3.4, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเท้า ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้ Independent t-test (n=70)

พฤติกรรมการดูแลเท้า	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	*p*-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมการดูแลเท้าด้านการทำความสะอาด						
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	2.91	0.58	3.06	0.47	1.435	0.156
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.16	0.25	3.06	0.47	12.313	0.001

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเท้า ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้ Independent t-test (n=70)

พฤติกรรมการดูแลเท้า	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	*p*-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมการดูแลเท้าด้านการตรวจเท้าด้วยตนเอง						
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	2.79	0.47	2.96	0.70	1.199	0.235
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.41	0.41	2.96	0.70	10.614	0.001
พฤติกรรมการดูแลเท้าด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า						
ก่อนใช้โปรแกรมฯ						
หลังใช้โปรแกรมฯ	2.98	0.25	3.05	0.33	0.962	0.339
	4.14	0.29	3.13	0.33	13.510	0.001
พฤติกรรมการดูแลเท้าด้านการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า						
ก่อนใช้โปรแกรมฯ						
หลังใช้โปรแกรมฯ	2.97	0.38	2.94	0.54	2.56	0.799
	4.23	0.25	3.00	0.52	12.680	0.001
พฤติกรรมการดูแลเท้าด้านการดูแลบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการลุกลามของแผล						
ก่อนใช้โปรแกรมฯ						
หลังใช้โปรแกรมฯ	3.086	0.31	3.17	0.40	1.002	0.320
	4.086	0.37	3.24	0.49	8.086	0.001
พฤติกรรมการดูแลเท้าภาพรวม						
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	2.95	0.16	3.06	0.41	1.171	0.248
หลังใช้โปรแกรมฯ	4.2	0.16	3.07	0.41	15.304	0.001

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังใช้โปรแกรมฯ หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=4.330, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังใช้โปรแกรมฯ

ระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	*p*-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า	1.74	0.44	2.17	0.38	4.330	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากสรุปผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดในรูปแบบ PRECEDE-PROCEDE model ของ Green และ Kreuter ที่อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ซึ่งนำใช้ในการสร้างกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวาน ร่วมกับใช้หลักศรัทธาและ

หลักปฏิบัติในอิสลาม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดแผลที่เท้า โดยในโปรแกรมจะใช้การบูรณาการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้ปรับให้เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรม และความเชื่อของชาวไทยมุสลิม อีกทั้งแต่ละกิจกรรมที่จัดขึ้นในโปรแกรมทำให้เกิดผลดีต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตัวเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ใช้ PRECEDE-PROCEDE model มาสร้างโปรแกรม พบว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่สูงขึ้น[10] โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวาน บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม ทั้งนี้เพราะมีองค์ประกอบที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการ ของผู้รับบริการ โปรแกรมที่สร้างขึ้นได้ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับ บริบท วัฒนธรรม และความเชื่อของชาวไทยมุสลิม และมีลำดับขั้นตอนการนำไปใช้ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของนาเดีย รอนิง[11] ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการนำไปใช้โปรแกรมมี 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประเมินสภาพ 2) ขั้นปฏิบัติการ จัดกิจกรรมต่าง ๆ และ 3) ขั้นประเมินผลลัพธ์ นอกจากนี้คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่เป็น 2 ภาษา ทำให้สามารถดูแลตนเองด้านการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ต้องจิตร เอี่ยมสมบูรณ์และคณะ[(12)] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าและแผลที่เท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร ซึ่งประกอบด้วยคู่มือการจัดการตนเองในการดูแลเท้าและในการศึกษาครั้งนี้ มีการบูรณาการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ **การนวดเท้าด้วยตนเอง** การนวดช่วยในการปรับปรุงระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการขยายหลอดเลือดเพื่อให้การไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น กระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปยังส่วนปลายได้ดีขึ้น มีผลช่วยให้หลอดเลือดที่ไปยังส่วนปลายได้รับออกซิเจนและสารอาหารได้ดีขึ้น ทำให้รับความรู้สึกดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมิตา ปรารมภ์[13] **การแช่เท้าสมุนไพร** การแช่เท้าในน้ำอุ่น สามารถช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ส่งผลให้มีการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดี ทำให้อาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการแช่ในน้ำสมุนไพรลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันนิศา รักษามาตย์[14]**การทาน้ำมันสมุนไพร** การทาน้ำมันสมุนไพร สามารถเพิ่มความชุ่มชื้นของผิว ผิวไม่แห้ง ซึ่งช่วยลดการเกิดหนังแข็งหรือตาปลาได้ ซึ่งในแนวทางการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ทาโลชั่นหรือน้ำมัน เพื่อคงความชุ่มชื่นของผิว ซึ่งสามารถลดการสร้างหนังหนาแข็งได้ ทั้งนี้น้ำมันสมุนไพรสามารถลดอาการชาและปวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้อีกด้วย เนื่องจากมีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหยขิง ไพล ซึ่งมีสรรพคุณในการลดปวดคลายกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของกมลชนก อบอุ่น[15]

โปรแกรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยนี้มีจุดแข็ง คือ เป็นโปรแกรมที่ใช้งานง่าย สะดวก ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในบริบทความเป็นมุสลิม มีการใช้ภาษามลายูและอาหรับกำกับไว้ ซึ่งสามารถช่วยเอื้อให้ผู้ใช้อ่านเข้าใจเนื้อหาได้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งการทบทวนซ้ำ ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้อาจมีข้อจำกัดไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างออกไป เนื่องจากเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะที่ตั้งอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยมุสลิม

โรคเบาหวาน บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยนี้ มีผลทำให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้อาจมีข้อจำกัดไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างออกไป เนื่องจากเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะที่ตั้งอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยมุสลิมโรคเบาหวาน บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งจากทีมงานดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งยางแดง ทีมงาน Clinic Research ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำรับผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในบริบทความเป็นมุสลิมและผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2560). [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก : https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes.html
2. กองโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/index.php
3. Moxey PW, Gogalniceanu P, Hinchliffe RJ, et al. Lower extremity amputations–a review of global variability in inceidence. Diabet Med 2011;28:1144-53.
4. Rerkasem K., Kosachunhanun N., Tongprasert S. et al. The Development and Application of Diabetic Foot Protocol in Chiang Mai University Hospital with an aim to Reduce Lower Extremity Amputation in Thai Population: A Preliminary Communication. International Journal of Lower Extremity Wounds 2007;6(1): 18-21.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี จังหวัดปัตตานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ptn.moph.go.th/ita/wp-content/uploads/2022
6. มาหามะ เมาะลูลา, ยูซูฟ นิมะ. การบูรณาการองค์ ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริม สุขภาพโรคเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
7. Green, L., & Kreuter, M. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
8. บรรจง บินกาซัน. อิสลามสำหรับผู้เริ่มสนใจอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ อิสลาม; 2546: หน้า 35-37. [Internet] เข้าถึง เมื่อ 1 มีนาคม 2566 เข้าถึงได้จาก https://th.wikipedia.org/wiki/อาซาน & ละหมาด
9. Joanna Briggs Institute. [JBI] Institute for evidence based nursing & midwifery. 2008. [Internet] Cited October 14, 2009. Available from http://www.joannabriggs.edu.au
10. รัชนก หทัยถาวร, มุกดา หนุ่ยศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วารสารพยาบาล 2020; (69)4:21-30
11. นาเดีย รอนิง, ขนิษฐา นาคะ, ทิพมาส ชิณวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าสุขภาพเท้า และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564; (41)1:74-87

12. ต้องจิตร เอี่ยมสมบูรณ์, ธราดล เก่งการพาณิช, มณฑา เก่งการพาณิช, ศรัณญา เบญจกูล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าและแผลที่เท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2560; (47)3:289-300
13. อมิตา ปรารมภ์. ผลการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าด้วยตนเองต่ออาการชาเท้า ในผู้ที่มีภาวะ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมเนื่องจากโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2560
14. วันนิศา รักษามาตย์. พนม ทองอ่อน. ประสิทธิผลของการเหยียบถุงประคบสมุนไพรกับการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรต่ออาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มีนาคม 2022 ; 3(1):13-27
15. กมลชนก อบอุ่น. ปิลันธนา เลิศสถิตธนกร. การพัฒนาครีมนวดเท้าจากน้ำมันขิงเพื่อบรรเทาอาการชาและปวดที่เท้าในผู้ป่วยโรคเส้นประสาทจากเบาหวาน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2554; 7(1):28-38

การวิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดขอนแก่น

The Evaluation of Child Health Promotion Researches in Roi Kaen Sarasin Area 7 for Being Smart, Good and Happy Children (Smart Kids 4.0 Area 7) : The Case Study in Khon Kaen Province.

(Received: October 14,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 23,2024)

วรินทรัตน์ ขันธสะอาด[1] ,ธญยธร แฝงฤทธิ์[1]
Warinrat Khanthasat[1], Thanyathorn Faengrit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีจุดประสงค์เพื่อประเมินผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดขอนแก่น และประเมินผลของโครงการในเรื่องพัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ ทักษะผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และประสิทธิภาพโครงการ มีกลุ่มเป้าหมาย เป็นพื้นที่ดำเนินงาน 26 อำเภอ จำนวน 30 ตำบล ประกอบด้วย 1) ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) ตำบลละ 2 คน จำนวน 60 คน 2) กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 1,150 คน และผู้ปกครองเด็ก จำนวน 1,150 คน ประเมินกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตาม ใช้ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินโครงการ พบว่าจังหวัดขอนแก่น 1) ด้านบริบท ครอบครัวขยายเป็นส่วนใหญ่ ผู้ดูแลหลักในการดูแล เป็นหน้าที่ของ ปู่ ย่า ตา ยาย 2) ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากร ทรัพยากร งบประมาณ และนโยบาย พบว่ามีความพร้อมของการจัดทำโครงการได้ดีมาก 3) ด้านกระบวนการ ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) มีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น ผู้ปกครองมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 37.0 ค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นเป็น 90.9 ± 10.7 คะแนน การจัดกระบวนการ ด้วยโปรแกรมการส่งเสริม Smart Kids Area 7: SA 7 สามารถเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กปฐมวัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 51.2 ± 5.5 คะแนน และมีพัฒนาการสมวัย คิดเป็นร้อยละ 96.6 เพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4)

คำสำคัญ : การประเมินโครงการ; โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก; การสร้างวินัยเชิงบวก;

Abstract

The study was survey research aimed to assess the results of the Evaluation of Child Health Promotion Researches in Roi Kaen Sarasin Area 7 for Being Smart, Good and Happy Children (Smart Kids 4.0 Area 7) in Khon Kaen province for the 2023 budget year. The target groups included 60 teachers, 1,150 children aged 3-5 years with developmental delays, and 1,150 parents from 30 subdistricts across 26 districts. Data were analyzed using descriptive statistics and compared using a t-test.

The results revealed 1. Most families were extended, typically including grandparents 2. The project was well-supported in terms of personnel, budget, and policy 3. Teachers showed an increased mean in their knowledge of early childhood development promotion. Additionally, 37% of parents met the criteria for aliment skills, with the mean score for aliment skills rising significantly to 90.9 ± 10.7 points (p = 0.05). The emotional quotient (EQ) assessment for early childhood also increased to 51.2 ± 5.5 points, with 96.6% of children demonstrating age-appropriate development, which was statistically significant (p = 0.05)

Keywords:, The Evaluation ; Child Development Promotion Program; Preschool Parenting Program

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

บทนำ

เด็กวัยปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญของชีวิตในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็น“หน้าต่างแห่งโอกาสของชีวิต” ที่สมองจะเรียนรู้และพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว และจากผลการสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กชั้นประถมศึกษาที่ 1 ในปี พ.ศ. 2559 และ 2564 จังหวัดขอนแก่นที่ 93.12 และ 99.39 จุด ตามลำดับ ต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย 100 จุด) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (IQ = 102.80) (ข้อมูลกรมสุขภาพจิต ปี 2564) และสถานการณ์ด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย เด็ก 0 - 5 ปี มีรูปร่างสูงดีสมส่วนปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า คิดเป็นร้อยละ 69.94, 73.50, 73.13 ตามลำดับ และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี พบว่าเด็กผู้ชายส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ในปี พ.ศ. 2563-2565[1] สูง 109.87, 110.3, 110.73 ซม. ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และพบภาวะทุพโภชนการ อ้วน เตี้ย ผอม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงได้ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดขอนแก่น ขึ้น และเพื่อประเมินผลโครงการฯ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า หลักการแนวคิดทฤษฎี เพื่อกำหนดรูปแบบการประเมินโครงการให้สอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงาน และเพื่อประโยชน์ต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ ผลวิจัยนี้นำไปกำหนดนโยบายที่สำคัญ และทิศทางการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยตลอดจนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดขอนแก่น และประเมินผลของโครงการในเรื่องพัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ ทักษะผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และประสิทธิภาพโครงการ

วิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบผสม (Mix Method) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แนวทางการประเมินโครงการตาม Stufflebeam’s CIPP Model โดยการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก คือ ระยะก่อนดำเนินโครงการ ระหว่างดำเนินโครงการ และหลังดำเนินโครงการ

ระยะที่ 1 ประเมินก่อนดำเนินโครงการ

การศึกษาบริบท (Context) คือ สภาพแวดล้อมในชุมชน วิถีชีวิตของผู้ปกครอง การเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครอง ความเชื่อ ค่านิยม และปัจจัยนำเข้า Input คือ การศึกษา 4M ประกอบด้วย Man (บุคลากรในการดำเนินงาน) Material (วัสดุ อุปกรณ์ดำเนินงาน) Money (งบประมาณดำเนินงานโครงการ) และ Management (นโยบายการดำเนินงาน)

ผู้ให้ข้อมูล คือหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ตัวแทนภาคีเครือข่าย ครูในศูนย์พัฒนาเด็ก และตัวแทนผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพหรือรองหัวหน้ากลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หรือเป็นผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดอย่างน้อย 2 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เป็นผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดที่เป็นผู้วิจัยในโครงการนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แนวทางการสัมภาษณ์ และพูดคุยซักถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จัดทำรายงาน(Producing the report) การเขียนรายงานการวิเคราะห์เชิงประเด็นต้องได้ข้อมูลที่ชัดเจน เชื่อมโยง มีความเป็นเหตุเป็นผล และไม่มีการซ้ำซ้อนของข้อมูล

ระยะที่ 2 ประเมินระหว่างดำเนินโครงการ

เป็นการประเมิน Method กระบวนการดำเนินงานโครงการประเมินผลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ

กิจกรมที่ 1 จัดกระบวนการเรียนรู้แก่ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) ด้วยโปรแกรมการส่งเสริม Smart Kids Area 7: SA 7 จังหวัดขอนแก่น

ประชากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และครูจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ครูผู้สอนระดับอนุบาลจากโรงเรียนประถมศึกษา ในจังหวัดขอนแก่น ที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการคัดเลือกจากผู้มีประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และสามารถถ่ายทอดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริม Smart kids Area 7: SA 7 ที่ได้รับการถ่ายทอดได้ ในจังหวัดขอนแก่น 30 ตำบล ตำบลละ 2 คน จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จากโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมายดำเนินงาน มีประสบกการณ์ดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ครูหรือผู้ดูแลเด็กจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ครูระดับอนุบาลจากโรงเรียนประถมศึกษา ในพื้นที่เป้าหมายดำเนินงาน ที่มีประสบการณ์ดูแลเด็กปฐมวัยไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมตลอดระยะเวลา 2 วัน 2) ไม่สามารถเก็บข้อมูลประเมินความรู้ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการได้อย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถามประเมินความรู้ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ด้านความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการใช้โปรแกรมการส่งเสริม Smart kids Area 7: SA 7 โดยใช้แบบสอบถามจากหลักสูตรพัฒนาโค้ชและผู้นำกลุ่มโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมของกรมสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนา

กิจกรมที่ 2 จัดกระบวนการเรียนรู้ สำหรับ พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ประเมินกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ เก่ง ดี มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดขอนแก่น ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ภายใน 1 สัปดาห์ก่อนดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 และประเมินหลังเข้าร่วมโครงการ ภายใน 1 สัปดาห์หลังดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 เสร็จสิ้น

โดยมีจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับ พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างความพร้อม
2) กิจกรรมที่ 2 สร้างสายใย 3) กิจกรรมที่ 3 สร้างวินัย 4) กิจกรรมที่ 4 สร้างเด็กเก่งครั้งที่ 1 5) กิจกรรมที่ 5 สร้างเด็กเก่ง

กลุ่มตัวอย่าง 1) เด็กปฐมวัย 3 - 5 ปี ในพื้นที่ตำบลตัวอย่างที่มีผลการประเมินพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จำนวน 1,150 คน 2) ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในพื้นที่ตำบลตัวอย่าง จำนวน 1,150 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เด็กปฐมวัย 1.1) เป็นเด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการดูแลโดยสถานพัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดขอนแก่น 1.2) เป็นเด็กที่

ผ่านการประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ตามเกณฑ์อายุ และผลการประเมินเป็นเด็กมีภาวะพัฒนาการสงสัยล่าช้า 2) ผู้ปกครอง 2.1) เป็นบิดา มารดา หรือผู้ซึ่งไม่ใช่บิดามารดาโดยสายเลือดกับเด็ก อาจจะเกี่ยวข้องกับสายเลือดหรือไม่ก็ได้ รับหน้าที่ในการเลี้ยงดูของเด็กวัยก่อนเรียน เช่น ปู่ย่า ตายาย ญาติของเด็ก 2.2) ผู้ปกครองเด็กสามารถ อ่าน ออกเขียนภาษาไทยได้ 2.3) ผู้ปกครองเด็กสมัครใจเข้าร่วมวิจัยและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยได้ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ 2.4) ผู้ปกครองเด็กอาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) เด็กที่มีความพิการด้านร่างกาย 2) มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและด้านสติปัญญา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติด้านสติปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบบสอบถามโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ เก่ง ดี มีสุข เขตสุขภาพที่ 7 (Smart Kids 4.0 Area 7) ปีงบประมาณ 2566

กิจกรรมที่ 3 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ เป็นกระบวนการควบคุมติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ โดยผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด

ระยะที่ 3 ประเมินผลโครงการ1) ประสิทธิผล คือ ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประเมินทักษะผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย ประเมินหลังโครงการฯ ภายใน 1 สัปดาห์หลังดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 2) ประสิทธิภาพ คือ ประเมินระยะเวลา ความเหมาะสม งบประมาณ การบริหารจัดการ จุดอ่อนจุดแข็งในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 073

ผลการศึกษา

1. ระยะก่อนดำเนินโครงการ

1.1 ด้านบริบท (Context Evaluation) 1) ขอนแก่นเป็นจังหวัดใหญ่ที่มีลักษณะครอบครัวแบบขยาย ซึ่งปู่ย่าตายายมักเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัย 2) การเลี้ยงดูส่วนใหญ่เน้นเรื่องความปลอดภัยมากกว่าการพัฒนาการ ส่งผลให้เกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้า ด้านการเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา เช่น พูดช้าหรือสื่อสารไม่คล่อง เป็นต้น 3) มีแนวโน้มให้เด็กใช้สมาร์ทโฟนและดูโทรทัศน์ตั้งแต่อายุยังน้อย ทำให้เกิดปัญหาด้านสมาธิสั้นและพฤติกรรมก้าวร้าว 4) พบว่าพัฒนาการของเด็กบางส่วนล่าช้าเนื่องจากขาดการส่งเสริมพัฒนาการจากพ่อแม่โดยตรง

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) โครงการมีการจัดการบุคลากรอย่างชัดเจน มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครู ให้สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีนโยบายด้านการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัด อำเภอ และตำบล ด้านอุปกรณ์และงบประมาณมีข้อจำกัดบางส่วน เช่น อุปกรณ์ตรวจพัฒนาการบางอย่างไม่เพียงพอหรือชำรุด รวมถึงปัญหาการโอนงบประมาณล่าช้า

2. ระยะระหว่างดำเนินโครงการ

2.1 ผลการจัดกระบวนการเรียนรู้แก่ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) ด้วยโปรแกรมการส่งเสริม Smart Kids Area 7: SA 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้แก่ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 อายุเฉลี่ย 43.52 ± 7.36 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 70.00 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นครูและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ร้อยละ 26.67 นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 23.33 ตามลำดับ เป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยสังกัดโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ ร้อยละ

36.67 มีประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.33 รองลงมา 3 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00

2.2 ผลการจัดกิจกรรมเรียนรู้สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง เด็กปฐมวัยที่เข้าร่วม มีเด็กชายและเด็กหญิงจำนวนเท่ากัน มีอายุระหว่าง 3 – 5 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3 ปี – 3 ปี 11 เดือน ร้อยละ 68.5 ผู้ปกครองที่เข้าร่วม เป็นพ่อแม่ของเด็กมากที่สุด ร้อยละ 62.44 เป็นปู่ย่าตายาย ร้อยละ 35.13 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.3 และเพศชาย ร้อยละ 15.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.55 ± 14.09 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 89.8 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.8 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.7 อาชีพของผู้ปกครองพบมากที่สุด คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.6 เกษตรกรรม ร้อยละ 28.3 โดยรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.3

2.3 การเยี่ยมเสริมพลังและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ การเยี่ยมเสริมพลังลงพื้นที่ใน 3 อำเภอ คือ อุบลรัตน์ กระนวน และเมืองขอนแก่น เพื่อถอดบทเรียนและสังเกตการณ์ พบจุดเด่น ผู้บริหารระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีนโยบายและให้ความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยการดำเนินงานและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง จุดอ่อนและประเด็นปัญหา พบว่าระยะเวลาในการดำเนินงานมีข้อจำกัด จากการโอนงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ล่าช้า ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา อยากให้ระยะเวลาในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น และการโอนงบสนับสนุนจาก สปสช. เร็วขึ้น มีการจัดอบรม ครู ก เพิ่มขึ้น และอยากให้พื้นที่ระดับอำเภอ และตำบลชุมชนมีการสนับสนุนงบเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกปี เพื่อให้สามารภนำโปรแกรม SA 7 ขยายให้เด็กทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรม และมีความยั่งยืน

3. ระยะหลังดำเนินโครงการ ในระยะหลังการดำเนินงาน ผู้วิจัยทำการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ดังนี้

3.1 ประสิทธิผล

3.1.1 ผลการประเมินพัฒนาการเด็ก พบว่าหลังที่เข้าร่วมการจัดกระบวนการเรียนรู้ เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 96.6 และมีเด็กที่ยังคงพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 3.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการตรวจประเมิน พัฒนาการของเด็กปฐมวัย	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (N = 1,150)	หลังเข้าร่วมโครงการ (N = 1,150)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พัฒนาการสมวัย	-	1,111 (96.6)
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	1,150 (100.0)	39 (3.4)
- พัฒนาการสงสัยล่าช้า 1 ด้าน	886 (77.0)	28 (2.4)
- พัฒนาการสงสัยล่าช้า 2 ด้าน	217 (18.9)	3 (0.3)
- พัฒนาการสงสัยล่าช้า 3 ด้าน	33 (2.9)	3 (0.3)
- พัฒนาการสงสัยล่าช้า 4 ด้าน	11 (1.0)	5 (0.4)
- พัฒนาการสงสัยล่าช้า 5 ด้าน	3 (0.3)	-
พัฒนาการสงสัยล่าช้าจำแนกรายด้าน		
- ด้านการเคลื่อนไหว (GM)	122 (10.6)	-
- ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM)	423 (36.8)	13 (1.1)
- ด้านความเข้าใจภาษา (RL)	369 (32.1)	14 (1.2)
- ด้านการใช้ภาษา (EL)	260 (22.6)	20 (1.7)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการตรวจประเมิน พัฒนาการของเด็กปฐมวัย	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (N = 1,150)	หลังเข้าร่วมโครงการ (N = 1,150)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
- ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS)	304 (26.4)	16 (1.4)

3.1.2 ทักษะผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ผลของการประมินก่อนเข้าร่วมการจัดกระบวนการเรียนรู้ฯ พบว่า ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 16.0 เมื่อประเมินหลังฯ พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.0 ส่วนค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นจาก 80.2 ± 13.8 คะแนน เป็น 90.9 ± 10.7 คะแนน เปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและ ความฉลาดทางอารมณ์	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (N = 1,150)	หลังเข้าร่วมโครงการ (N = 1,150)	Statistic test	P-value
(23 - 115 คะแนน)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย*ผ่านเกณฑ์* (96 คะแนน ขึ้นไป)	184 (16.0)	425 (37.0)		
ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย*ไม่ผ่านเกณฑ์* (น้อยกว่า 96 คะแนน)	966 (84.0)	725 (63.0)		
ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล	108 43 80.2 13.8 ไม่ผ่านเกณฑ์	108 62 90.9 10.7 ไม่ผ่านเกณฑ์	-24.23*	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.1.3 ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กปฐมวัย เมื่อประเมินหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้ฯ ครบ 5 ครั้ง พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มขึ้นร้อยละ 71.3 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพิ่มขึ้นจาก 44.3 ± 8.7 คะแนน เพิ่มเป็น 51.2 ± 5.5 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

ผลการประเมิน ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กปฐมวัย	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (N = 1,150)	หลังเข้าร่วมโครงการ (N = 1,150)	Statistic test	P-value
(15 – 60 คะแนน)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (1 – 39 คะแนน)	314 (27.3)	37 (3.2)		
ปกติ (40 – 55 คะแนน)	744 (64.7)	820 (71.3)		
สูงกว่าเกณฑ์ (56 – 60 คะแนน)	92 (8.0)	293 (25.5)		
ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล	60 17 44.3 8.7 ต่ำกว่าเกณฑ์	60 25 51.2 5.5 ปกติ	-27.63*	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ประสิทธิภาพ สรุปผลการศึกษาได้ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ระยะเวลา มีกรอบการกำหนดการดำเนินงานที่สั้นเกินไป ทำให้ระยะเวลาในการดำเนินโครงการค่อนข้างจำกัดในกระบวนการที่กำหนดไว้ ส่งผลให้ต่องเร่งรีบดำเนินงาน

2) ความเหมาะสม จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายได้ให้ข้อคิดเห็นร่วมกันว่า โครงการฯ มีความสำคัญและส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นอย่างมาก กิจกรรมที่จัดทำได้ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ได้ครอบคลุมทั้งคุณครูผู้ดูแลเด็ก ครอบครัว รวมถึงตัวเด็กเอง จนเกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้จริง โปรแกรมนี้เหมาะสมกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์นั้น จำเป็นต้องมีงบประมาณการดำเนินงาน รวมถึงระยะเวลาอย่างเพียงพอ เพื่อที่จะจัดกิจกรรมได้อย่างครอบคลุมในพื้นที่

3) งบประมาณ การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยเป็นนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 7 จึงมีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานจำนวนมากและต่อเนื่องทุกปี โดยแหล่งงบประมาณหลักๆ ได้แก่ งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ (PPA) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น กองทุนหลักประกันสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเงินบำรุงของหน่วยบริการ การสนับสนุนแหล่งงบประมาณต่างๆ แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารเห็นความสำคัญต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย อย่างไรก็ตาม งบประมาณที่ได้รับจัดสรรใน 2-3 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2564 - 2566) แม้จะมีสัดส่วนที่มาก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเมื่อเทียบกับกลุ่มเป้าหมายเด็กปฐมวัยทั้งหมดถือว่ายังไม่คลอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และไม่เพียงพอ

4) ความคุ้มทุน พบว่า เด็กที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ มีพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ดีขึ้น พฤติกรรมของเด็กขณะอยู่ที่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น รวมไปถึงผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าในโครงการนี้ มีประสิทธิผลในการพัฒนาเด็กปฐมวัย การลงทุนใน

โครงการฯ ถือว่ามีความคุ้มทุนในการใช้งบประมาณและคุ้มทุนในการดำเนินงาน

5) การบริหารจัดการ พื้นที่ในแต่ละอำเภอสามารถนำกิจกรรมในโปรแกรม Smart Kids 4.0 Area 7 มาบูรณาการกับการดำเนินงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนด้านความ เกิดการวางแผนร่วมกันของเครือข่ายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งทำให้เห็นภาพผลลัพธ์ชัดเจนมากขึ้น เกิดความเข้มแข้งและความต่อเนื่องในการพัฒนาโปรแกรมให้เกิดความยั่งยืน

6) จุดแข็ง การเห็นความสำคัญและนโยบายในการพัฒนาเด็กให้เติบโตเป็นเด็กที่มีคุณภาพ ถือเป็นจุดแข็งและเป็นจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่การใช้โปรแกรมครั้งนี้ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งในพื้นที่ดำเนินการผู้บริหารได้เห็นความสำคัญถึงการนำโปรแกรมไปใช้และมองว่าเป็นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายระดับกระทรวงและในพื้นที่ สามารถพัฒนาต่อยอดได้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็ก

7) จุดอ่อน บางพื้นที่ขาดบุคลากรในการดำเนินงานด้วยภาระหน้าที่หลักที่ต้องรับผิดชอบและจะต้องทำกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบกับระยะเวลาในการทำเร่งรัดและการทำกิจกรรมกลุ่มที่มีหลายช่วงอายุร่วมกันต้องใช้ทักษะในตัวครู ก พอสมควร ทำให้ทักษะบางอย่างบางคนยังขาดประสบการณ์ในการดำเนินการบางครั้งการดำเนินกิจกรรมบางกิจกรรมไม่ครบถ้วน ผู้ปกครองเป็นผู้สูงอายุ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย และมีการเปลี่ยนแปลงผู้ปกครองในการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้การได้รับความรู้และพัฒนาทักษะไม่ต่อเนื่อง

8) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม การดำเนินงานที่มีแผนงานโครงการเชิงนโยบายซึ่งมีความละเอียดอ่อนสลับซับซ้อนและมีความยุ่งยากควรจะมีความร่วมมือของทุกภาคส่วนในเครือข่ายช่วยบริการร่วมด้วยช่วยกัน ควรมีทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่ายลงพื้นที่ร่วมปฏิบัติการดำเนินงานตามโครงการด้วยเพื่อความครอบคลุมและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับจากทีมสุขภาพและเพื่อเป็นการส่งต่อแผนงานพัฒนางานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ในปีต่อๆไป

สรุป และอภิปรายผล

1. การใช้รูปแบบประเมินแนวคิดการประเมินซิปป์ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ทำให้รับรู้ผลของแต่ละด้านซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินโครงการอย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ ธเนตร หลงศรี ในการการศึกษาการประเมินโครงการจัดและส่งเสริมการจัดการศึกษาตลอดชีวิตเพื่อคงสมรรถนะทางกายจิตและสมองของผู้สูงอายุในรูปแบบกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิต 4 มิติ (มิติสุขภาพ มิติเศรษฐกิจ มิติสภาพแวดล้อม มิติสังคม)[8]

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นในทุกด้านและมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาลาวาตี สนิหวี,อังคณา วังทอง กล่าวว่า ผู้ปกครองมีความเข้าใจความรู้ ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กได้[13]

3. เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์ดีขึ้น กิจกรรมการสร้างวินัย กิจกรรมสร้างเด็กเก่งที่ส่งเสริมเด็กให้สามารถทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมตามวัย กิจกรรมเล่านิทาน เต้นสร้างความสนุก กิจกรรมการชมสร้างความภูมิใจ กิจกรรมศิลปะสร้างจินตนาการ และการทำสมาธิ เป็นกิจกรรมในโปรแกรมในโครงการฯ[5]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารจัดการโครงการ ควรจัดทำร่างต้นแบบโครงการเพื่อยื่นเสนอของบกองทุนต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการของบประมาณเพื่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแก่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ จัดหาทุนหรืองบประมาณในท้องถิ่นเพื่อดำเนินโครงการฯ ได้อย่างต่อเนื่อง และควรเพิ่มงบประมาณในการดำเนินงานในพื้นที่ให้มากขึ้น

2. ด้านความต่อเนื่องของโครงการ ควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเห็นผลลัพธ์ในตัวเด็ก และความยั่งยืนของโปรแกรม

3. ควรมีการการจัดทำข้อมูล ผลการดำเนินงานตามโครงการฯ ที่มีประสิทธิภาพส่งผลดีต่อผู้ปกครองและเด็กและเพื่อประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ และขยายผลการดำเนินงานต่อในพื้นที่อื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM). กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2565, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2021
3. จันทร์อาภา สุขทัพภ์ (บรรณาธิการ). (2565). เดินหน้า สร้างเด็กไทย ไอคิวดี การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพ: โรงพิมพ์บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.
4. จันทร์พิมพ์ สารากร, จุฑามาศ โชติบาง, & มาลี เอื้ออำนวย. (2563). ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลสาร, 47(1), 1-11. เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2566, จาก http://cmuir.cmu.ac.th/jspui/handle/6653943832/68760
5. ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์, อมรา ธนศุภรัตนากีรติ, & ลิ่มสืบเชื้อ (บรรณาธิการ). (2565). โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program; Triple P). เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด.
6. ณัฐพร ตุ๊ก ไชยเดช. (2556). การเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: GoToKnow. เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566, จาก https://www.gotoknow.org/posts/143455
7. ณัฐวรินทร์ สิริเดชทวีติยา, & มยุรี วัดแก้ว. (2556). การวิจัยประเมินผลโครงการ การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการติดตามและประเมินผลตามแนวคิดแผนที่ผลลัพธ์ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบการประเมินของสเตกและสตัฟเฟิลบีม. วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย, 5, 226-240.
8. ธเนตร หลงศรี. (2565). การประเมินโครงการจัดและส่งเสริมการจัดการศึกษาตลอดชีวิตเพื่อคงสมรรถนะทางกายจิตและสมองของผู้สูงอายุในรูปแบบกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิต 4 มิติ. เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2566, จาก http://cmi.nfe.go.th/nfecmiad/myfile/20221124CHmqga2.pdf
9. ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, & จิริยา อินทนา. (2564). การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564 โดยใช้แนวคิดการประเมินของสตัฟเฟิลบีม. วารสารการวัด ประเมินผล สถิติ และการวิจัยทางสังคมศาสตร์, 2, 36-46.
10. พิสณุ ฟองศรี. (2551). การเขียนรายงานประเมินโครงการ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เพชรรุ่งการพิมพ์.
11. รัตนะ บัวสนธ์. (2556). การประเมินโครงการ: การวิจัยเชิงปริมาณ (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: คอมแพคปริ๊น.
12. Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). Evaluation theory models & application. San Francisco: John Wiley.
13. ฮาลาวาตี สนีหวี, & อังคณา วังทอง. (2563). การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2566, จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/article/download/240465/164557

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.5 September - October 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART II

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 263
ชณาทิพย์ ธรรมมุลตรี

การพยาบาลและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย 273
รัดก้าว กัญญาบัญดิษฐ์

การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว 281
สมเจตน์ เณรรักษา ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,จำเนียร สุวรรรณชาติ

การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร 290
สาวิตรี ประทุมภาพ ,กิตติ เหลาสุภาพ

รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต 297
อัษฎาพร ใจสุข ,รัชดา บุญแก้ว ,วิชิต เรืองแป้น

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น 307
กฤษดา โม้เวียง

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดสุโขทัย 316
วิลาสินี หงสนันทน์ , จิตอนุวัต พุ่มมวง , วิจิตร โภคา

พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี 326
หทัยพัชร์ แก้วประสิทธิ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ที่บ้าน : กรณีศึกษา 335
กัลยา นนท์สกุล

การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : กรณีศึกษา 344
แอนนา บุญอิ่ม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน : กรณีศึกษา 353
ปฏิมา มะพะสาธุโร

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น : กรณีศึกษา 364
ทัศนีย์ ณ ป้อมเพ็ชร

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ร่วมกับภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) : กรณีศึกษา 371
ยุพล รู้รักตน

การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย 379
จันทราภา นิกร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 387
อังคณา ศรีไสย ,เพ็ญพักร์ ทองศรี

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 396
วชิรารัตน์ วรรณศิริ , รณภูมิ สุรันนา , ชนิดา โอษคลัง

การพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตา โรงพยาบาลขอนแก่น: กรณีศึกษา 2 ราย 404
เกษร ภูริกิจโกศล

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น 412
นงเยาว์ คำปัญญา , จริยา โคตนาคำ

การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 420
มยุรฉัตร อุทปา ,พิศสมัย ไลออน ,กาญจนา จันทะนุย ,นิจพร สว่างไธสง ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุใน
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 431
พงษ์เดช จาวรุ่งฤทธิ์

ผลการใช้โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยต่อระดับการไหลของน้ำนม
ในมารดาหลังการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 439
อัญชลี ชลเมธีกุล , พนิดา แก้วใส

การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 448
วิภารัชญ์ ประมวลปรีชา

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุ
ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี 455
ปิยะพร พุ่มแก้ว

การพัฒนารูปแบบการดูแลแผลในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังสถาบันราชประชาสมาสัย 466
วัชราภรณ์ พุ่มโพธิ์ทอง , นรินทร กลกลาง

การวิเคราะห์การรอดชีวิตและความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการ
แพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 477
จักรกริช กุลกั้ง

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต
แบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวาจังหวัดสมุทรสงคราม ... 487
วราภรณ์ บุญเจริญ

ผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 496
รัชฎาภรณ์ ภูโอบ ,นฤมล พากเพียร

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 507
สิริลักษณ์ แฝงสมศรี ,จารุณี บุญหลาย ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

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 29 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ตุลาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน การจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน การดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน งานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล การประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก การพยากรณ์จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า การวิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต การพยาบาลและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับ การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

The Development of Nursing care model for Septic Shock Patients, Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: October 14,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 23,2024)

ชณาทิพย์ ธรรมมุลตรี[1]
Chanatip Thummultree[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาล บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างเกี่ยวกับความคาดหวังของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และแนวทางการสนทนากลุ่ม 2.) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และ 3.) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะเชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ประกอบด้วย 6 ประเด็นได้แก่ 1. การใช้ระบบสัญญาณเตือน 2. การประเมินอาการและการปฏิบัติการพยาบาลใน 6 ชั่วโมงแรก 3. การเจาะเลือดและส่งเพาะเชื้อเพื่อหาต้นเหตุของการติดเชื้อ 4. การบริหารยาปฏิชีวนะ 5. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 6.การบริหารยาควบคุมความดันโลหิต โดยมีแนวทางในการการพยาบาลผู้ป่วย หลังจากนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้ การปฏิบัติงานของพยาบาลมีความเป็นระบบและมีมาตรฐานมากขึ้น โดยการประเมินผลใน 3 เดือนหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในภาพรวมอยู่ในระดับมากและพยาบาลวิชาชีพยังมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่มีความชัดเจนในแนวทางการรักษา

คำสำคัญ : การติดเชื้อในกระแสโลหิต, รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย,

ABSTRACT

This action research aimed to develop a nursing care model for septic shock patients at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province. Sample size were 13 nurses working in the female inpatient department at Ban Phai Hospital. Research instruments included: 1) unstructured interviews to gather information on the expectations of doctors and nurses in caring for patients with septic shock, challenges in patient care, and guidelines for focus group discussions, 2) assessment tools to evaluate adherence to nursing practice guidelines and satisfaction with the nursing care model for septic shock patients, and 3) nursing outcome recording forms. Qualitative data were analyzed through content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The study found that the developed nursing care model for patients with septic shock consisted of six key elements: 1) the use of an early warning system, 2) assessment and nursing interventions within the first six hours, 3) blood culture collection and testing for the source of infection, 4) administration of antibiotics, 5) intravenous fluid administration, and 6) the use of vasopressors to control blood pressure. After implementing the developed nursing care model, nursing practices became more systematic and standardized. An evaluation conducted three months after implementation showed that the average performance level was high overall, and professional nurses were satisfied with the model due to its clear treatment guidelines.

Keywords : septic shock, nursing care model

[1] โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ช็อก (Shock) เป็นกลุ่มอาการของการไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะส่วนปลายลดลง จนทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายล้มเหลว เช่น ไต ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น ในผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อรุนแรง (Severe Sepsis) [1] ช็อกแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ช็อกจากการ สูญเสียเลือดหรือน้ำ (Hypovolemic shock) ช็อกจากโรคหัวใจ (Cardiogenic shock) ช็อกที่เกิดจากปริมาณเลือดลดลงจากการขยายตัวของหลอดเลือด (Distributive shock) และช็อกผสมแบบหลายประเภท (Mixed type) โดยกลุ่ม Distributive shock มี 3 ชนิด ย่อยตามสาเหตุ ได้แก่ ช็อกที่เกิดจากปฏิกิริยาการแพ้ (Anaphylactic shock) ช็อกจากระบบประสาท (Neurogenic shock) และช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) [2] ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) คือ ภาวะที่ร่างกายมีการติดเชื้ออย่างรุนแรงในกระแสโลหิต (septicemia) มีการสร้างสารพิษ (endotoxin) ทำให้เกิดภาวะ endotoxemia ซึ่งสารพิษดังกล่าวจะทำให้เกิดการช็อก โดยการกระตุ้นให้มีการทำลายเซลล์โดยตรงและกระตุ้นให้มีการหลั่งสารต่างๆ ทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของระบบการไหลเวียนโลหิต ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ไม่เพียงพอ โดยที่อวัยวะนั้นๆ ไม่ตาย แต่จะสูญเสียหน้าที่หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ลดลง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าปกติ อัตราการไหลเวียนโลหิตลดลงหรือช้าลงและปริมาณโลหิตที่ไหลกลับเข้าหัวใจน้อยลงไม่เพียงพอ[2,3]

ภาวะ Septic shock เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยและมีอัตราการเสียชีวิตสูงหากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที การพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน โดยกระบวนการเริ่มต้นจากการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (Health assessment) การรายงานแพทย์เพื่อวินิจฉัยในระยะแรก (Early diagnosis) และการช่วยเหลือเบื้องต้น (Initial resuscitation) เช่น การให้ยาปฏิชีวนะและสารน้ำทดแทน พร้อมกับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด โดยตรวจสอบสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และปริมาณปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต การรักษาจะเน้นที่การกำจัดตำแหน่งติดเชื้อร่วมกับการให้ยา เช่น ยาเพิ่มความดันโลหิต Corticosteroid และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการให้เลือดหรือส่วนประกอบตามแผนการรักษา หากการพยาบาลเป็นไปอย่างรวดเร็วและเหมาะสม จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไตวาย และลดอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อควบคุมการติดเชื้อและประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ [2,3,4]

การใช้คะแนนการเตือนล่วงหน้า (Early Warning Score: EWS) เป็นเครื่องมือสำคัญในการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยในระหว่างการรักษา โดยการประเมินจากข้อมูลสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ และระดับความรู้สติ เพื่อนำมาคำนวณเป็นคะแนนสำหรับคาดการณ์ภาวะทรุดลงของผู้ป่วย ซึ่ง National Early Warning Score (NEWS) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนถึงโรงพยาบาลและระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล [5]

เครื่องมือ NEWS เริ่มใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 2012 และได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจจับความผิดปกติของผู้ป่วย และช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของระบบ Track and Trigger Systems (TTS) ที่ใช้งานในสหราชอาณาจักรสำหรับการติดตามและวางแผนการรักษาในภาวะฉุกเฉิน ในขณะเดียวกัน วิทยาลัยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาได้นำ NEWS มาใช้ในระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health System: NHS) เพื่อช่วย

ในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Thailand Patient Safety Goals) และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้วางมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความปลอดภัยในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง [6]

โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ปี 2564-2566 จำนวน 204, 251 และ 208 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกร่วมด้วยจำนวน 143, 148 และ 150 ราย ตามลำดับ ในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะตัวในการพยาบาล ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยเน้นความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยเป็นสำคัญในการศึกษา ทั้งนี้แนวทางในการพยาบาลดังกล่าว จะสามารถใช้ได้จริงเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพการณ์ในการใช้ระบบสัญญาณเตือน (National Early Warning Score: NEWS) หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น และ 3) การประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาล บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

พื้นที่การศึกษา

ใช้สถานที่การศึกษาเป็นหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนร่วมที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึก และตรงประเด็นและสามารถให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาการวิจัย ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง เกี่ยวกับความคาดหวังของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น และแนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

2. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิตเมื่อแรกรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในหญิง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยในหญิง การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต และความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบประเมินเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 – 5 แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก, 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย และ1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย หาความตรงโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

3. แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย รายงานผลการปฏิบัติงานและแนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นที่ผ่านมา และรวบรวมข้อมูลความคาดหวังของแพทย์ และพยาบาลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล และปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 ข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ระยะเวลา 1 วัน) ร่วมกับกลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้การบันทึกการสนทนา หลังจากนั้นนำมาถอดแบบคำต่อคำ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาล บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น หลังการทดลองใช้รูปแบบ 3 เดือน (มิถุนายน - สิงหาคม 2567) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลบ้านไผ่เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีจำนวนเตียงรองรับ 90 เตียง แต่ให้บริการจริงถึง 114 เตียง โรงพยาบาลมีแผนบริการสุขภาพ (Service Plan M2) ครบทั้ง 5 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ กุมารเวชกรรม และนรีเวชกรรมและสูติกรรม โดยเฉพาะสาขาอายุรกรรมซึ่งมีผู้ป่วยมากที่สุด หนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis โดยในช่วงปี 2564-2566 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต 2564 - 2566 จำนวน 204, 251 และ 208 ราย ตามลำดับเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก (Septic shock) ร่วมด้วยจำนวน 143, 148 และ 150 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และรักษาตัวที่หอผู้ป่วยในหญิงเป็นจำนวน 72, 60 และ 54 ราย ซึ่งภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นภาวะวิกฤติที่อวัยวะหลายระบบของร่างกายล้มเหลว และจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเป็นจำนวนมาก

จากสถิติ ผู้ป่วยจำนวน 242 รายที่มีภาวะ Sepsis ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เนื่องจากมีภาวะติดเชื้อรุนแรงจนเกิดการล้มเหลวของระบบต่างๆในร่างกาย ในจำนวนนี้ 35 ราย เสียชีวิต ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ญาติขอรับกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ทำให้ภาวะ Septic shock เป็น 1 ใน 5 กลุ่มโรคที่มีอัตราการตายสูงที่สุดในโรงพยาบาล

การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่ผ่านมา มีดังนี้ ด้านการดูแล พบว่า ยังไม่มีการเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ในด้านระบบบริการ พบว่า การประเมินผู้ป่วยยังล่าช้า การคัดกรองไม่มีการแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงอย่างชัดเจน ด้านปฏิบัติการพยาบาล พบว่า มีการปฏิบัติที่หลากหลาย ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน พยาบาลยังขาดความเข้าใจและการตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ใช้เวลานานเกิน 1 ชั่วโมง ในการส่งเลือดเพาะเชื้อ และการบริหารยาปฏิชีวนะ การบริหารสารน้ำทดแทนไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ไม่มีการกำหนด warning signs ที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ส่งผลให้เกิดอวัยวะสำคัญล้มเหลว และอัตราการเสียชีวิตสูง

ความคาดหวังของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้แก่ คาดหวังให้พยาบาลสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือช่วยเช่น NEWS (National Early Warning Score) เพื่อการคาดการณ์ภาวะทรุดลงของผู้ป่วย และรายงานอาการอย่างทันท่วงที คาดหวังว่าพยาบาลจะปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่กำหนด เช่น การให้ยาปฏิชีวนะภายในเวลาที่กำหนด การให้สารน้ำทดแทน รวมถึงการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพเป็นความคาดหวังสำคัญ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างราบรื่นและทันเวลา โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงความต้องการและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตพัฒนาขึ้นเพื่อให้พยาบาลสามารถทำงานร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยเน้นที่การประเมินอย่างรวดเร็ว การรักษาทันท่วงที และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ซึ่งแต่ละส่วนมีบทบาทสำคัญในการ

ดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ดังนี้ 1. การใช้ระบบสัญญาณเตือน (National Early Warning Score: NEWS) 2. การประเมินอาการและการปฏิบัติการพยาบาลใน 6 ชั่วโมงแรก (Early Goal Directed Therapy) 3. การเจาะเลือดและส่งเพาะเชื้อเพื่อหาต้นเหตุของการติดเชื้อ 4. การบริหารยาปฏิชีวนะ 5. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Load Fluid) 6.การบริหารยาควบคุมความดันโลหิต (Vasopressor) โดยมีแนวทางในการการพยาบาลผู้ป่วย ดังภาพที่ 2

การประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาล บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

1. การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาล บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น คือ เพศหญิง ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 36.84 ปี (S.D. =9.63) ต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 58 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.92 ปี (S.D. =3.75) เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ร้อยละ 100.0 หลังการทดลองใช้รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยหญิง 3 เดือน พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.49 คะแนน S.D. =0.30) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยในหญิง ค่าเฉลี่ย 4.52 คะแนน S.D. =0.34) ดังตารางที่ 1

2. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต หลังการทดลองใช้รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยหญิง 3 เดือน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาล บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 คะแนน S.D. =0.33) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความพึงพอใจต่อความชัดเจนของแนวทางการวินิจฉัยโรคและการรักษา ค่าเฉลี่ย 4.54 คะแนน S.D. =0.52) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (n = 13)

การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1. การประเมินการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิตเมื่อแรกรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในหญิง	4.46	0.31	ระดับมาก
2. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยในหญิง	4.52	0.34	ระดับมากที่สุด
3. การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต	4.48	0.39	ระดับมาก
4. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต	4.48	0.37	ระดับมาก
รวม	4.49	0.30	ระดับมาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (n = 13)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1. ความพึงพอใจต่อการใช้ NEWS Score ในการประเมินอาการของผู้ป่วย	4.15	0.38	ระดับมาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (n = 13)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
2. ความพึงพอใจต่อการปรึกษาแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ	4.31	0.47	ระดับมาก
3. ความพึงพอใจต่อการบริหารยาปฏิชีวนะ	4.31	0.63	ระดับมาก
4. ความพึงพอใจต่อการ Load IV Fluid	4.46	0.52	ระดับมาก
5. ความพึงพอใจต่อการบริหารยา Norepinephrine	4.46	0.52	ระดับมาก
6. ความพึงพอใจต่อการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ	4.39	0.51	ระดับมาก
7. ความพึงพอใจต่อความชัดเจนของแนวทางการวินิจฉัยโรคและการรักษา	4.54	0.52	ระดับมากที่สุด
8. ความพึงพอใจต่อความเพียงพอของอุปกรณ์และเครื่องมือ	4.23	0.60	ระดับมาก
9. ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยเช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	4.08	0.76	ระดับมาก
10. มีความพึงพอใจในช่องทางติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขา	4.23	0.60	ระดับมาก
รวม	4.31	0.33	ระดับมาก

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต หลังการทดลองใช้รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยหญิง 3 เดือน พบผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตรวมจำนวน 32 ราย โดยผู้ป่วยผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลตามรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ร้อยละ 100.0 ได้แก่ การใช้ระบบสัญญาณเตือน (National Early Warning Score : NEWS) ในการประเมินผู้ป่วย การประเมินอาการกิจกรรมทางการพยาบาล 6 ชั่วโมง (early goal directed therapy) และประเมิน MAP ซ้ำ การเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อมีความถูกต้อง การบริหารยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังมีคำสั่งการรักษา ความถูกต้องของการบริหารยาควบคุมความดันโลหิต (Vasopressor) และผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า จำหน่ายกลับบ้าน 25 ราย ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 7 ราย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ได้นำเสนอผลการพัฒนารูปแบบที่ช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความเป็นระบบมากขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ตามประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้:

สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตมีจำนวนมากในช่วงปี 2564 - 2566 แต่การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไผ่ยังขาดการเชื่อมโยงแผนการดูแลระหว่างแพทย์และพยาบาล การประเมินอาการของผู้ป่วยล่าช้า และไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจนในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ทำให้การรักษาไม่ทันเวลา ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง สถานการณ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจำเป็นต้องมีการตอบสนองที่รวดเร็วเพื่อป้องกันการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญต่างๆ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติ ทำงานแข่งกับเวลาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและเกี่ยวข้องในทุกกระบวนการตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วย ประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ไปจนถึงการให้การรักษาและการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย รวมถึงส่งต่อไปยังหน่วยที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเสียชีวิต และลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต[7]

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตพัฒนาขึ้นเน้นการใช้เครื่องมือ National Early Warning Score (NEWS) ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้นและสามารถคาดการณ์ภาวะทรุดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ยาปฏิชีวนะและการให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว รวมถึงการใช้ยา Vasopressor ในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตต่ำ มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อสอดคล้องกับแนวทางการรักษาภาวะ Sepsis ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย [1] ซึ่งเน้นการดูแลรักษาในช่วง 6 ชั่วโมงแรก (Early Goal Directed Therapy) ที่เป็นช่วงสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี [8] โดยรูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยใช้ NEWS score การเจาะเลือด การบริหารยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เทคนิคการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการศึกษา การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม[9] รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการพัฒนา เน้นการพัฒนาระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว และ การศึกษาการประเมินและการจัดการภาวะช็อกจากการติดเชื้อให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้และปฏิบัติ การใช้ดัชนีแสดงภาวะช็อกเป็นเครื่องมือในการคัดกรองความรุนแรงของภาวะติดเชื้อ รวมทั้งประเมินระบบไหลเวียนโลหิตก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกเพื่อให้มีการเฝ้าระวังติดตามการ เปลี่ยนแปลงและแก้ไขภาวะช็อกอย่างรวดเร็วและทันท่วงที [10] ซึ่งรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานและก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของแนวทางการรักษาผู้ป่วยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยลดการเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น การปรับใช้รูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดภาระของระบบบริการสุขภาพ

การประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตงานผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาล บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า หลังจากนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้ การปฏิบัติงานของพยาบาลมีความเป็นระบบและมีมาตรฐานมากขึ้น โดยการประเมินผลใน 3 เดือนหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง และพยาบาลวิชาชีพยังมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่มีความชัดเจนในแนวทางการรักษา การใช้เครื่องมือ NEWS รวมถึงการบริหารยาและสารน้ำที่มีประสิทธิภาพ การใช้รูปแบบการพยาบาลช่วยลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อสามารถฟื้นตัวและกลับบ้านได้มากขึ้น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนา สอดคล้องกับการศึกษา การศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม [9] ที่พบว่า ผลการประเมินการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พยาบาลประเมินว่าสามารถปฏิบัติตามรูปแบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นประจำได้มากกว่าร้อยละ 90 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบและแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในครั้งนี้เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการปฏิบัติงาน รูปแบบการพยาบาลได้รับการสื่อสารและอธิบายให้

ทีมพยาบาลทราบอย่างชัดเจน ทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจถึงแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม รวมถึงการฝึกฝนทักษะในการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น NEWS สำหรับการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย และเครื่องมือในการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างทันท่วงที การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการประเมินเหล่านี้ ทำให้การนำไปใช้งานจริงมีความสะดวกและเหมาะสมกับบริบทการทำงานมากขึ้น พยาบาลไม่เพียงแต่ได้ฝึกทักษะการใช้งานเครื่องมือ แต่ยังมีส่วนในการปรับปรุงให้เครื่องมือเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังเสริมสร้างความมั่นใจในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อภาวะช็อกจากการติดเชื้อของพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและการดูแลที่เป็นมาตรฐานช่วยให้ทีมพยาบาลและแพทย์สามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรทำงานร่วมกันโดยเชื่อมโยงการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นเอกภาพ พร้อมทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพแบบบูรณาการ เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการติดตามและกำกับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัยและสอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่เปลี่ยนแปลงตามความรู้ใหม่ๆ โดยเฉพาะแนวทางการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาตลอดเวลา

3. ควรมีการติดตามผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิเคราะห์และทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่การรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินจนถึงการจำหน่ายกลับบ้าน โ เพื่อค้นหาจุดที่มีความเสี่ยงหรือข้อบกพร่องในกระบวนการที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.(2558). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558.

2.ณัฐธยาน์ บุญมาก.(2567). การพยาบาลฉุกเฉินในภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาตร์สุขภาพ. 26(1):65–73.

3.วรลักษณ์ ศรีวิลัย.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;16(1):237–49.

4. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. (2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(1):319–30.

5.พิศาล ชุ่มชื่น,นิตยศรี ดวงอาทิตย์.(2564). เครื่องมือประเมินการเฝ้าระวังและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย. วารสารแพทย์เขต 4-5. 40(2).

6.กรรณิกา ศิริแสน.(2558). ประสิทธิผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

7.ทิฏฐิ ศรีวิสัย.(2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 9(2):152–62.

8.ศศิณา รักบำรุง.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธาน [Internet]. Website Academic Research & Innovation โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. Available from: www.srth.go.th/home/research (Vol.1 NO.1 February-December, 2024)

9.รุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จรูญศรี มีหนองหว้า, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.29(3):56–74.

10.จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล และพรทิพย์ จอกกระจาย.(2561). การประเมินและการจัดการภาวะช็อคจากการติดเชื้อ. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 10 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย. 29 - 30 มีนาคม 2561, 599-609;

การพยาบาลและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care and follow-up care for bedridden with pressure sores at home : study of 2 cases.

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 20,2024 ; Accepted: October 21,2024)

รัดก้าว กัญญาบัญดิษฐ์[1]
Radkoaw Kanyabandith[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับกับผู้ดูแลและครอบครัวรวมถึงความเข้าใจลักษณะของแผลกดทับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โภชนาการที่จะสามารถส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกับผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มมากขึ้น ศึกษาในผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับจำนวน 2 รายที่เข้ารับการดูรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับบริการการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย ได้มาตรฐานและได้รับการสนับสนับด้านเวชภัณฑ์การล้างแผล อุปกรณ์ที่นอนลมเพื่อป้องกันแผลกดทับลุกลาม และกรณีศึกษาทั้ง 2 รายผู้ดูแลและครอบครัว ชุมชนมีความพึงพอใจต่อบริการ

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง การดูแลแผลกดทับ การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ครอบครัวหรือผู้ดูแล

Abstract

This case study aimed to study and compare the skills of caring for bedridden patients with pressure sores with caregivers and families, including understanding the characteristics of pressure sores, health literacy, nutrition that can promote, prevent, and rehabilitate to prevent more severe complications for bedridden patients. The study was conducted on 2 bedridden patients with pressure sore complications who were admitted for inpatient treatment at home at Somdej Phra Yupparat Kranuan Hospital, Khon Kaen Province, between February 3, 2024 and May 30, 2024.

The results of the study found that both case studies received appropriate, safe, and standard care services and received support in terms of wound cleaning medical supplies, air mattress equipment to prevent pressure sores from spreading. In both case studies, caregivers, families, and communities were satisfied with the services.

Keywords: Bedridden patient care, pressure ulcer care, home visits, educating caregivers and families.

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบสาธารณสุขมีความก้าวหน้าและมีวัฒนาการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น จากการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติคาดว่าในปี พ.ศ. 2572 ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าแปดพันล้านคน และจะมีผู้สูงอายุจำนวนมากถึง 390 ล้านคน สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2564[1] มีผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงมากกว่า 3 แสนคน แบ่งเป็นผู้สูงอายุติด เตียงประมาณร้อยละ 1.5 ติดบ้านร้อยละ 19 ปี พ.ศ. 2566 มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 (20.66%) ในปี พ.ศ. 2566 คาดจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นถึง 2.6 ล้านคน ในจำนวนนี้จะมีผู้สูงอายุติดเตียง ประมาณ 2 แสนคน และติดบ้าน 2.5 ล้านคน ปี พ.ศ. 2576 เป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) จะมีประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด[2]

สำหรับพื้นที่ของผู้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ติดเตียงมีแผลกดทับเข้ารับบริการดูที่บ้าน(

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

Home ward) มีจำนวน 39 ราย พบมีแผลกดทับ บริเวณก้นกบ มีเนื้อตายทุกราย และยังพบว่าผู้ดูทำแผลหรือ Care giver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการทำแผลกดทับ มีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับ อีกทั้งอุปกรณ์ เช่นเตียง ที่นอนลม มีไม่เพียงต่อผู้สูงอายุที่ป่วย หรือเวชภัณฑ์สำหรับทำแผลไม่เพียงพอ อีกทั้งการเดินทางมารับบริการทางสาธารณสุขมีความลำบาก ทำให้ครอบครัวเกิดภาวะเครียด ล้างแผลเองตามอัตภาพ ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อการให้บริการแบบองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวมได้ดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง มีแผลกดทับ โดยมีอาสาสมัครเจ้าหน้าสาธารณสุข (อสม) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับเข้ามาร่วมดูแลกับหน่วยบริการ มีหน้าที่ช่วยทำแผลและให้คำแนะนำครอบครัวในการทำแผลตามแผนการรักษา นอกจากนี้หน่วยบริการยังคอยสนับสนุนเวชภัณฑ์สำหรับทำแผลให้เพียงพอ และติดตามประเมินแผลกดทับทุกวันผ่านระบบ Telemedicine หรือ Application Line

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับกับผู้ดูแลและครอบครัวรวมถึงความเข้าใจลักษณะของแผลกดทับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โภชนาการที่จะสามารถส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกับผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลได้แก่ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับจำนวน 2 รายที่เข้ารับการดูรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2567

1. เลือกเรื่องที่ทำการศึกษาผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 เพื่อนำมาเปรียบเทียบ
2. ทำบันทึกข้อความเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย
3. รวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษต่าง ๆ แผนการรักษาของเวชระเบียนผู้ป่วย
4. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารวิชาการบทความ แนวคิด ทฤษฎี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล
5. รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ มาวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พร้อมปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
6. สรุปผลการดำเนินการศึกษา เรียบเรียง สรุปรายงาน ตรวจสอบความถูกต้อง จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่ทางเว็บไซต์

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับได้รับการดูแลเป็นผู้ป่วยในดูแลที่บ้าน (Home ward) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้งการพยาบาลในชุมชน

การประเมินภาวะสุขภาพ สภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการตัดสินใจให้การพยาบาลขณะเยี่ยมบ้าน การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง วันที่ 6 เมษายน 2567 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง วันที่ 30

พฤษภาคม 2567 ทั้งสองกรณีมีความเหมือนกันในด้านข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยพบว่า เป็นผู้สูงอายุ มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดภาวะป่วยติดเตียงมีแผลกดทับเกิดขึ้น

การเปรียบเทียบการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[3] ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบมีความบกพร่องของแบบแผนสุขภาพข้อที่ 2 (โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร) ข้อที่ 3 (การขับถ่าย)ข้อที่ 4 (กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย) ข้อที่ 5 (การพักผ่อนนอนหลับ) ข้อที่ 6 (สติปัญญาและการรับรู้) ข้อที่ 7 (การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์) ข้อที่ 8 (บทบาทและหน้าที่) และข้อที่ 10 (การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด) ซึ่งนำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การแบ่งระดับลักษณะของแผลกดทับ[4] ดังแสดงในตารางที่ 1

การประเมินการตรวจสภาพร่างกาย จิตใจและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองกรณีดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งระดับลักษณะของแผลกดทับ[4]

แผลกดทับ	**การสูญเสียเนื้อเยื่อ**	**ลักษณะการประเมินที่พบ**
แผลกดทับระดับ1	ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด	-รอยแดงเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกด
แผลกดทับระดับ2	สูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนมองเห็นชั้นหนังแท้	-แผลมีสีชมพู -ไม่พบเนื้อเยื่อใหม่ -ไม่พบเนื้อตาย -มีตุ่มน้ำใสหรือตุ่มน้ำใสที่แตก
แผลกดทับระดับ3	สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดมองเห็นชั้นไขมัน	-มองเห็นชั้นไขมันในแผล - มองไม่เห็นชั้นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก - อาจพบเนื้อเยื่อใหม่สีแดง - อาจพบเนื้อตาย
แผลกดทับระดับ4	สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและ ชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	-มองเห็นและตรวจพบชั้นเนื้อเยื่อพังผืดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก - อาจพบเนื้อตาย
แผลกดทับที่ไม่สามารถ ระบุระดับได้	สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและ ชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	- ถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตาย แห้งแข็ง - ไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้
แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก	ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาดหรือผิวหนังฉีกขาดเกิดเป็นแผล	- สีผิวเป็นสีแดงช้ำหรือสีม่วง - รอยแดงเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกด - ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าฉีกขาดเห็นแผลเป็นสีดำหรือตุ่มน้ำมีเลือดอยู่ข้างใน
แผลกดทับบริเวณเยื่อบุผิว	มีหรือไม่มีการสูญเสียเยื่อบ	บริเวณเยื่อบุผิวร่วมกับการมีประวัติใช้อุปกรณ์แพทย์ ในตำแหน่งที่เกิดแผล
แผลกดทับที่เกิดจาก อุปกรณ์ทางการแพทย์		แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยหรือดูแลรักษา ลักษณะของแผลกดทับจะมีรูปแบบหรือรูปร่างเหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การประเมินสภาพร่างกาย	**ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1**	**ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2**
สภาพทั่วไป	วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 รับผู้ป่วยไว้ในความด้วยรถนอนเวลา 15.00 น เพศชาย วัยสูงอายุ รูปร่างผอมแห้ง ผิวเหลืองซีด ศีรษะมองเห็นผิวหนังติดกะโหลก ใบหน้าอิดโรย ไม่ลืมตา ท่าทางอ่อนเพลีย ผิวหนังเหี่ยวลอก	วันที 13 กุมภาพันธ์ 2567 รับผู้ป่วยไว้ในความ ด้วยรถนอน เวลา 13.00 น เพศหญิง วัยสูงอายุตอนต้น รูปร่างผอมแห้ง ผิวเหลืองซีด ศีรษะมองเห็นผิวหนังติดกะโหลก ใบหน้าอิดโรย ไม่ลืมตา ท่าทางอ่อนเพลีย ผิวหนังเหี่ยว

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การประเมินสภาพร่างกาย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	เป็นขุย มีกลิ่นเหม็นของแผลกดทับ ข้อติดทั้งร่างกาย ไม่สื่อสาร จำอะไรไม่ได้ ร้องครางเมื่อจับตัวและเมื่อล้างแผล	ลอกเป็นขุย มีกลิ่นเหม็นของแผลกดทับ ข้อติดทั้งร่างกาย ไม่สื่อสาร กระพริบตา อ้าปากค้าง ร้องครางเมื่อจับตัวและเมื่อล้างแผล
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนักตัว 32 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย(BMI) 11.47ต่ำกว่าเกณฑ์	น้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย(BMI) 22.22ต่ำกว่าเกณฑ์
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตรปรอท
ความเข้มข้นของออกซิแจน	ความเข้มข้นของออกซิเจน 92 เปอร์เซ็นต์	ความเข้มข้นของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์
ผิวหนัง	ผิวแห้ง รอยขุยตามร่างกาย บริเวณก้นกบมีแผลกดทับลึกถึงกระดูก มีเนื้อตาย	ผิวแห้ง รอยขุยตามร่างกาย บริเวณก้นกบมีแผลกดทับลึกถึงกระดูก มีเนื้อตาย
ศีรษะ	ผมสั้น พบรังแคบนหนังศีรษะ ผมแห้งหยาบ	ผมสั้น ไม่พบรังแค มีสีขาวแซมไม่แห้งเป็นมันวาว
ใบหน้า	ผอมเรียว แก้มตอบ ตาเบิกกว้างไม่มีขี้ตา ไม่มีรอยช้ำ เวลาเรียกม่ลืมตา	ผอมเรียว แก้มตอบ ตาเบิกกว้างไม่มีขี้ตา ไม่มีรอยช้ำ เวลาเรียกกระพริบตาได้เล็กน้อย
เล็บ	เล็บแข็งมีรอยขุย สีเหลือง	เล็บสั้นสะอาด มีรอยขุยเล็กน้อย
ตา	ไม่ลืมตา รอยคราบน้ำตาแห้ง	ตาเบิกกว้างตลอดเวลา ไม่มีขี้ตา ไม่มีรอยช้ำ
หู	เรียกไม่ได้ยิน ไม่ตอบสนอง	เรียกมีกระพริบตา ยิ้มบ้างเล็กน้อย
จมูก	รูจมูกแห้ง มีขนาดเท่ากัน ขณะหายใจปีกจมูกไม่บาน	รูจมูกมีขนาดเท่ากัน ขณะหายใจปีกจมูกไม่บาน ไม่มีน้ำมูก
คอ	คลำไม่พบก้อนโตที่คอ	คลำไม่พบก้อนโตที่คอ
ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก	ขณะหายใจดูสมมาตร ฟังปอด ไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น เสียงเสมหะหรือเสียงฟู่ หายใจไม่หอบ	ขณะหายใจดูสมมาตร ฟังปอด ไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น เสียงเสมหะหรือเสียงฟู่ หายใจไม่หอบ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ปลายมือซีด	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ปลายมือซีด
ระบบทางเดินอาหาร	ท้องคลำได้ก้อนแข็งเป็นลูก ๆ รับประมานเป็นข้าวต้มได้น้อย4-5 คำ	ท้องคลำไม่ได้ก้อนเพราะลูก ๆ สวนถ่ายไปแล้ว รับประมานเป็นข้าวต้มหมดถ้วย
ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธ์	ปัสสาวะออกน้อยสีเข้ม อวัยวะเพศปกติใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	ปัสสาวะออกปกติสีใส อวัยวะเพศปกติใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

กรณีศึกษา 2 รายนี้มีความผิดปกติที่เหมือนกัน ได้แก่ ร่างกายผอมแห้ง มีไข้ต่ำ ๆ ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ มีท้องผูก ขับถ่ายยาก ต้องสวน ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกผิดปกติ ข้อติดเคลื่อนไหวไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ระบบประสาทผิดปกติ สื่อสารไม่ได้ มีกระตุกเมื่อล้างแผล ความผิดปกติทั้งหมดเนื่องจาก การดำเนินของสภาวะโรคของผู้ป่วยและมีภาวะติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเคลื่อนต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับที่มีความรุนแรง แผลลุกลามและเกิดการติดเชื้อง่าย และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ซึ่งทั้ง 2 กรณีศึกษามีบาดแผลกดทับอยู่ในระดับ3

จากการติดตามเยี่ยมบ้านของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าปัญหาด้านผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การดูแลแผลกดทับและการป้องกันไม่ให้แผลกดทับลุกลามยังไม่ถูกต้อง การดูแลชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การดูแลความสุขสบายต่าง ๆ ที่ต้องได้รับทั้งหมด และการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ต้องจัดการเช่น อาการปวดขณะล้างแผลกดทับ หรือจากการเคลื่อนย้ายและความวิตกกังวลของครอบครัวต่อ

ความเจ็บป่วย เนื่องจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ทางด้านครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ทั้งด้านการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ความสะดวกในการเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุข ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านภาวะโภชนาการ การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยมีความแตกต่างกันซึ่งพบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวขณะเยี่ยมบ้านดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลปัญหาที่พบขณะเยี่ยมบ้านายของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่10 กุมภาพันธ์ 2567 จากการเยี่ยม พบปัญหาผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอซูบผอม แผลกดทับติดเชื้อมีกลิ่นเหม็น แบบแผนของชีวิตประจำวันมีการเปลี่ยนแปลง ไม่สุขสบายจากอาการปวดขณะล้างแผลและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	**เยี่ยมครั้งที่ 1** วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567 จากการเยี่ยม พบปัญหาผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอซูบผอม แผลกดทับติดเชื้อมีกลิ่นเหม็น แบบแผนของชีวิตประจำวันมีการเปลี่ยนแปลง ไม่สุขสบายจากอาการปวดขณะล้างแผลและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย
เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2567 จากการเยี่ยม ยังพบปัญหาผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ แผลกดทับติดเชื้อ แบบแผนชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลขณะล้างแผลและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	**เยี่ยมครั้งที่ 2** วันที่ 18 มีนาคม 2567 จากการเยี่ยมยังพบปัญหาผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ แผลกดทับติดเชื้อมีกลิ่น แบบแผนชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง ไม่สุขสบายจากอาการปวดขณะล้างแผลและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย
เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 1 มีนาคม 2567 จากการเยี่ยมยังพบปัญหาผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ แผลกดทับติดเชื้อ แบบแผนชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง ไม่สุขสบายจากอาการปวดขณะล้างแผลและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	**เยี่ยมครั้งที่ 3** วันที่ 28 เมษายน 2567 จากการเยี่ยมยังพบปัญหาผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ แผลกดทับเริ่มดีขึ้นแต่ยังเสี่ยงติดเชื้อ แบบแผนชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลขณะล้างแผลและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย
เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 20 มีนาคม 2567 จากการเยี่ยมผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ครอบครัวรู้สึกเศร้า คิดถึงผู้ป่วยที่อยู่ด้วยกันมานานแต่ก็พยายมปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวันโดยการไปวัดทำบุญตักบาตรทุก ๆ วัน มีญาติที่สนิทกันมาเป็นเพื่อนทั้งช่วงกลางวัน และกลางคืน	**เยี่ยมครั้งที่ 4** วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 จากการเยี่ยม พบปัญหาผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ แผลกดทับแดงดีแต่ยังเสี่ยงติดเชื้อ แบบแผนชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง ไม่สุขสบายจากอาการปวดแลขณะล้างแผลและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

จากการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีศึกษารายที่ 1 หลังจากการให้การพยาบาล การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและครอบครัวยังพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามอัตภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนภรรยาของผู้ป่วย อยู่บ้านกับหลาน ต้องส่งต่อดูแลให้กับทีมปฐมภูมิ อสม และชุมชน ให้ช่วยกันดูแลปัญหาที่ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง หรือการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข ทั้งการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและการบำบัดรักษา ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ขณะติดตามเยี่ยมบ้านพบว่าการดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวและ อสม ซึ่งมีพัฒนาการด้านทักษะการล้างแผลในทางที่ดีขึ้นหลังจากได้รับคำแนะนำขณะเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การสอนสาธิตวิธีการล้างแผลกดทับ การป้องกันแผลกดทับไม่ให้ติดเชื้อหรือลุกลาม การให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมส่งเสริมการหายของแผลกดทับและการจัดเวชภัณฑ์ให้เพียงพอสำหรับการล้างแผลในแต่ละวัน รวมถึงการส่งต่อดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรวดเร็ว

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[5]

ตารางที่ 4 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยที่ 1 แผลกดทับเสี่ยงต่อติดเชื้อเพิ่ม ข้อมูลสนับสนุน Subjective data: ผู้สูงอายุป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หลังออกจากโรงพยาบาลดูแลกันเองตามอัตภาพ Objective data: แขน ขาอ่อนแรง นอนติดเตียงและข้อติด แผลกดทับเกรด 3 วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้แผลกดทับติดเชื้อเพิ่มหรือไม่ให้แผลกดทับลุกลาม เกณฑ์การประเมิน 1. แผลกดทับไม่ลุกลาม 2. ผิวหนังรอบ ๆ ชุ่มชื้น อ่อนนุ่ม ไม่มีรอยแดงเข้มรอบ ๆ แผลหรือตามปุ่มกระดูก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพรอบ ๆ แผลกดทับว่ามีรอยแดงเกิดขึ้นหรือไม่และประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทั่วร่างกาย 2. แนะนำญาติหรือผู้ดูแลในการช่วยพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมงเพื่อลดระยะเวลาในการเกิดแรงกดทับและพลิกตะแคงตัวด้วยความนุ่มนวลไม่ควรให้ผิวหนังเสียดสีกับที่นอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่ม 3. สอนญาติให้ดูแลผ้าปูที่นอนจัดให้เรียบตึงอยู่เสมอหรือเปลี่ยนเป็นที่นอนลมหรือที่นอนยางพาราเพื่อกระจายแรงกดทับไม่ให้ตกอยู่ที่ใดที่หนึ่ง 4. สอนญาติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรมีผ้ารองในการเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันการเสียดสีของผิวหนังและระหว่างเคลื่อนย้ายควรยกผู้ป่วยขึ้นแทนการลากตัวผู้ป่วยไปบนเตียง 5. สอนญาติและผู้ดูแลให้นวดบริเวณหลังหรือบริเวณผิวหนังที่มีปุ่มกระดูกเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ถ้าผิวหนังแห้งแนะนำให้ใช้ครีมโลชั่นทาเพื่อช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้นเพิ่มขึ้น 6. สอนญาติหรือผู้ดูแลให้ล้างแผลกดทับด้วยความนุ่มนวลหลีกเลี่ยงการขัดถูแผลแรง ๆ ควร เปลี่ยนผ้าก๊อสทุกครั้งที่มีน้ำเหลืองซึมชุ่มหรือมีปัสสาวะอุจจาระปนเปื้อนเข้าไปในแผล
ข้อวินิจฉัยที่ 2 มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง Subjective data: ผู้สูงอายุป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ข้อติด Objective data: เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนท่าเดียวมีญาติช่วยเช็ดตัว ช่วยแปรงฟัน ล้างหน้า หวีผม แต่งตัวใส่เสื้อผ้าหรือผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง เกณฑ์การประเมิน 1. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยได้ทั้งหมด 2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านสุขวิทยาและกิจวัตรประจำวันเกิดความสะอาด สุขสบาย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Bathel ADL index 2. สอนญาติและผู้ดูแลให้การดูแลด้านการเคลื่อนไหวผู้ป่วยเช่น การเคลื่อนไหวแขน ขา การลุกนั่งและการเสริมสร้างทักษะการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ 3. สอนญาติและผู้ดูแลให้ดูแลด้านแบบแผนการขับถ่ายทั้งปัสสาวะอุจจาระให้ดูแลความสะอาด ความสุขสบายหลังขับถ่าย 4. สอนญาติและผู้ดูแลให้ดูแลด้านแบบแผนการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ โดยจัดที่นอนที่นิ่มสบายและอยู่ในที่โล่งเงียบสงบ อากาศถ่ายเทสะดวก
ข้อวินิจฉัยที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลกดทับขณะล้างแผล Subjective data: ป่วยติดเตียง สีหน้านิ่วเมื่อสัมผัสแผลกดทับหรือขยับตัว Objective data: มีอาการตัวเกร็งและมี เสียงครางขณะล้างแผลกดทับ วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการปวดขณะล้างแผลกดทับและผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากขึ้น นอนหลับได้สนิทไม่ร้องครวญคราง 2. ไม่เกร็งตัวหรือไม่ขมวดคิ้วเมื่อขยับตัว	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการปวดขณะล้างแผลและประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดแผลขณะล้างแผลจากสีหน้าขมวดคิ้วหรือเสียงครวญคราง 2. ให้ยาลดปวดเมื่อจำเป็นตามการรักษาของแพทย์หรือก่อนล้างแผลกดทับประมาณ 30 นาทีก่อนล้างแผล 3. สอนแนะนำญาติหรือผู้ดูแลขณะให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดอาการปวดเคลื่อนย้าย 4. สอนญาติหรือผู้ดูแลให้นำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้เช่น การอ่านหนังสือให้ฟัง เปิดวิทยุบทสวดมนต์เบา ๆ เปิดเพลงที่ชื่นชอบให้ฟัง 5. พูดคุยและสัมผัสด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวลขณะให้การพยาบาล
ข้อวินิจฉัยที่ 4 มีภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากรับประทานอาหารไม่เพียงพอ	กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 4 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
Subjective data: ผู้สูงอายุป่วยติดเตียง ซูบผอมเป็นเวลานาน Objective data: ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ ต้องพึ่งผู้อื่น รูปร่างผอม ผิวแห้ง หนังติดกระดูก BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารและพลังงานให้เพียงต่อร่างกาย เกณฑ์การประเมิน 1. ร่างกายไม่ซูบผอม ผิวหนังมีความยืดหยุ่นชุ่มชื้น ไม่แห้ง ผิวมันวาว 2. รับประทานอาหารในแต่ละมื้อได้หมดถาด	1. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะพร่องโภชนาการโดยประเมินจาก BMI ประเมินความตึงตัว ความชุ่มชื้นของผิวหนัง 2. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการและปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยซึ่งควรได้รับในแต่ละวันครบ 5 หมู่และ1,800 กิโลแคลอรี่ต่อวัน 3. แนะนำให้จัดเตรียมอาหารอ่อนให้รับประทานครั้งละน้อยและเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็นครั้งละ 5-6 มื้อและไม่ควรเร่งรีบในการให้ป้อนอาหาร จัดอาหารให้น่ารับประทาน
ข้อวินิจฉัยที่ 5 รู้สึกหมดหวังด้อยค่าในตัวเองเนื่องจากการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ Subjective data: ผู้สงอายุป่วยติดเตียงเป็นเวลานาน ใบหน้าเศร้า Objective data: สื่อสารไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งผู้อื่นทั้งหมด วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและยอมรับต่อการสูญเสียหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้มากขึ้น นอนหลับได้นานขึ้น ไม่มีอาการหงุดหงิด 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น มีแววตาที่มีสดใสความสุข ยิ้มแย้ม	กิจกรรมการพยาบาล 1. สอนญาติและผู้ดูแลให้ช่วยออกกำลังกายบ่อย ๆ (Passive exercise) 2. กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการ ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนต่าง ๆ สม่ำเสมอ3. ให้คำชมเชยแก่ผู้ป่วยเมื่อสามารถทำ กิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ 4. ช่วยวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเช่น การออกกำลังการหรือเรื่องอื่น ๆ แนะนำแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ

สรุปและอภิปรายผล

จาการการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลและการติดตามเยี่ยมกรณีศึกษา 2 ราย การให้การพยาบาลและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับที่บ้าน กรณีศึกษา 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ผลจาการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลขณะเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นอสม ในหมู่บ้านดูแลตามคำแนะนำและตามกำลังของครอบครัวทำให้การหายของแผลกดทับมีแนวโน้มที่ไม่ดี แผลกดทับขยายลุกลาม ติดเชื้อ ร่างกายไม่มีแรงที่จะต่อสู้และฟื้นตัวได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงวันที 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ให้การพยาบาลขณะเยี่ยม ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการหายของแผลกดทับดีขึ้น แผลกดทับไม่ขยายวงกว้างแผลกดทับแคบลง ไม่มีภาวะติดเชื้อผู้ป่วยไม่ได้กลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล จากทั้ง 2 กรณีศึกษาผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการศึกษาปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME-SSS รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ พยาธิสภาพแบบแผนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมีผลกระทบกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับบริการการดูแลที่

เหมาะสม ปลอดภัย ได้มาตรฐานและได้รับการสนับสนับด้านเวชภัณฑ์การล้างแผล อุปกรณ์ที่นอนลมเพื่อป้องกันแผลกดทับลุกลาม และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ดูแลและครอบครัว ชุมชนมีความพึงพอใจต่อบริการ [4,5]

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้นอกจากการทำแผลแล้วการสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการคุณภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนให้แก่ครอบครัวและผู้ดูแลยังเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านเป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน ได้แก่ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับที่บ้านแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัว โดยการให้ความรู้ เรื่องการดูแลแผลกดทับที่บ้าน ความรู้ด้านโภชนาการอาหาร การจัดหาหรือเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การค้นหาผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนให้ได้เข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการดูแลแผลกดทับเช่น หมอพร้อม Telemedicine หรือ Line เพื่อให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ

2. การพัฒนาระบบการส่งต่อดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับให้เข้มแข็ง รวดเร็วเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งทางด้านบุคคลากรทีมสุขภาพจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านต้องใช้เวลานานในการดูแล ทั้งให้คำแนะนำ การสอน สาธิตขณะเยี่ยมบ้าน อีกทั้งพยาบาลชุมชนยังขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับที่บ้าน ขาดคู่มือสำหรับใช้เป็นแนวทางในการล้างแผลกดทับที่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นจะต้องมี การทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับขณะเยี่ยมบ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและปรับปรุงแนวทางดูแลให้ทันสมัย มีมาตรฐานและปลอดภัย การจัดทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับ การจัดทำคู่มือหรือแนวทางการดูแลแผลกดทับสำหรับผู้ดูแล และครอบครัวอย่างง่ายที่บ้าน การจัดทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างง่ายให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการจัดทำแนวทางการสนับสนุนเวชภัณฑ์สำหรับล้างแผลแก่ผู้ดูแลและครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคคลากรที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้อำนวยการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ตลอดจนผู้ป่วย ครอบครัวและญาติที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กันยารัตน์ กุคำจัด.การติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีแผลกดทับ.2563(เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค.2567)หน้าที่4.

2.ศิริธร สินธุ,รวมพร คงกำเนิด,นัยนา หนูนิล,กฤตพัทธ์ ฝึกฝน,นิชดา สารถวัลย์แพศย์,ปทุมทิพย์ อดุลวัฒศิริและคณะ.การปฏิรูปประเทศในสังคมผู้สูงวัย:การพัฒนาพื้นที่เชิงนิเวศเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส), 2564.

3.รัชนี ผิวผ่อง.เอกสารการสอนวิชา9552203 การประเมินภาวะสุขภาพ:การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11แบบแผนกอร์ดอน.2565(เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค.2567)หน้าที่5.

4.ผกามาศ พีธรากร.การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: ระดับและลักษณะแผลกดทับ.2564(เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค.2567)หน้าที่5

5.โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. แนวปฏิบัติ พยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ.2565(เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค.2567จาก: https//coggle.it>diagram>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล)

การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

Performance Assessment of Network of Primary Care Units in Sa Kaeo district.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

สมเจตน์ เณรรักษา[1] รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[1] จำเนียร สุวรรรณชาติ[2]
Somjed Nanruksa[1] Rattanachai Pechsombut[1] Jumnion Suwannachat[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว พื้นที่เป้าหมายการประเมินประกอบไปด้วย 4 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยใช้โมเดล CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ด้วยกระบวนการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท (Context Evaluation) แต่ละเครือข่ายมีการบูรณาการใช้กระบวนการพัฒนางานในพื้นที่ ได้แก่ การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอและระดับเครือข่ายที่ชัดเจน การพัฒนาระบบคุณภาพตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 และมีการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ด้วยกระบวนการจัดการความรู้และการเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบาย งบประมาณ บุคลากร และทรัพยากร ที่มาสนับสนุนการดำเนินการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีค่าคะแนนการประเมินอยู่ในระดับสูง ด้านกระบวนการตามองค์ประกอบ UCCARE 5 ระดับ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ทุกแห่งผ่านการประเมิน ระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน ด้านการประเมินด้านผลผลิตกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ทุกแห่งมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 มีค่าคะแนนการประเมินอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ : เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU), พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562, CIPP Model

Abstract

This study was survey research aimed to assess the effectiveness of the Network of Primary Care Unit (NPCU) at the sub-district level in Mueang Sa Kaeo District, Sa Kaeo Province and to study the factors of success as well as the challenges and obstacles in the operation of the NPCU network in the district. The target area for the evaluation includes four primary care unit networks in Mueang Sa Kaeo District, Sa Kaeo Province. The evaluation employs Stufflebeam's CIPP Model, Data were collected and analyzed by quantitative method with descriptive statistics.

The results showed that the context of each network integrates processes for local development, such as issuing orders to appoint an operations committee and defining clear roles and responsibilities for the district and network levels of the primary care unit network. There has been quality system development in line with the Primary Health Care Service Standards of 2023, and the NPCU network has been developed through knowledge management processes and learning from routine work to research. The input factors policy, budget, personnel, and resources supporting the NPCU network from the main hospitals and local administrative organizations were found to be at a high level according to the evaluation scores. The process evaluation, based on the UCCARE five-level framework, found that all NPCU networks scored level 4 or higher, showing improvement compared to the previous year. In the product evaluation, the sample group opined that all NPCU networks have developed and met the Primary Health Care Service Standards of 2023, with high evaluation scores.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

Keywords: Network of Primary Care Units (NPCU), Primary Health System Act of 2019, CIPP Model.

บทนำ

ประเทศไทย มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพที่เน้นการดูแลสุขภาพพื้นฐานแบบพอเพียงและสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งเป็นการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยจะส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน รัฐธรรมนูญ ฉบับปี พุทธศักราช 2550 มาตรา 80 (2) ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย[1]

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย ได้พัฒนาต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิกระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศ ที่ผ่านมาความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ และกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อ *“สร้างเสริมสุขภาพ”* และบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประชาชนจำนวนมากยังคงเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้เกิดปัญหาความแออัดและเป็นภาระอย่างมากต่อประชาชนทั้งค่าเดินทางและเวลาที่สูญเสียไปในการเดินทาง ทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ[2] หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการสร้างระบบที่ให้บริการผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพให้บริการอย่างทั่วถึงใกล้บ้าน ใกล้ใจ จะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ระยะยาว[3]

ในปี พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ถูกประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา วันที่ 30 เมษายน 2562 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 โดยได้กำหนดการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ในการดูแลประชาชน เป้าหมายทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ดูแลประชาชน 8,000-12,000 คน มีการจัดการระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การลดความแออัดและเพิ่มคุณภาพบริการ โดยเป้าหมายในปี 2563 ร้อยละ 40 ของประชากรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine: FM) ดูแลประชาชน (26 ล้านคน) มีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Unit: NPCU) ตามจำนวนประชากรที่ต้องดูแล 8,000-12,000 คน ในการจัดตั้ง PCU และ NPCU ใช้ระบบ 3S ประกอบด้วย 1) SYSTEM ขอบเขตและแนวทางการจัดบริการ 2) STAEF ขอบเขตและแนวทางการจัดบริการ 3) STRUCTURE ความเหมาะสมของที่ตั้ง คลินิกหมอครอบครัว โดยคาดว่าประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ คือสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ลดนอนโรงพยาบาล ลดป่วย ลดพิการ ประหยัดเวลาลดการรอคอย และประหยัดเงินลดการเดินทาง

จากนโยบายที่กล่าวมา เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว (สสอ.เมืองสระแก้ว) และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว (รพร.สระแก้ว) ได้ดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน 4 เครือข่าย ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 9 แห่ง ใน 4 ตำบล โดยใช้หลักการจัดตั้งจากตำแหน่งที่ตั้งของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเป็นศูนย์กลาง จัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ใน 4 ทิศ ล้อมรอบเหมือนเป็นด่านหน้าก่อนมาประชาชนจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ผลการดำเนินการ

สามารถลดจำนวนคนไข้ได้ร้อยละ 20 ในปีแรกของการดำเนินการ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ทั้งหมดผ่านการประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ.2563-2566

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจในการประเมินผลการดำเนินงานและปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและขยายการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) สำหรับให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน และส่งเสริมการส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างถูกต้องและตรงตามความต้องการ เกิดความยั่งยืนในการจัดการสุขภาพด้วยประชาชนเอง โดยมีการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งภาครัฐและเอกชล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว

2.เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey Research) วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้วและเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว ที่มีการดำเนินงานกิจกรรมครบทั้ง 3 องค์ประกอบ โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 45 คน ดังนี้ 1) ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายปฐมภูมิ จำนวน 1 คน 2) สาธารณสุขอำเภอและผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอฝ่ายบริหาร จำนวน 2 คน 3) ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของโรงพยาบาล จำนวน 1 คน 4) ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของ สสอ.จำนวน 1 คน 5) ผู้จัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 4 คน 6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน 7) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 23 คน 8) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน 9) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แม่ข่ายเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 4 คน

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล 1) เป็นคณะกรรมการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว 2) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว 3) เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพ (ภาครัฐและภาคประชาชน) ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว 4) ยินดีและมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี (ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) การดำเนินในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม ประเด็นการดำเนินงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามกรอบ CIPP Model

ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบริบท 2) ปัจจัยด้านนำเข้า 3) ปัจจัยด้านกระบวนการทำงานตามองค์ประกอบ UCARE 4) ปัจจัยด้านผลผลิต แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตอนที่ 2 ข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสระแก้ว ตามองค์ประกอบการประเมินผล ได้แก่ 1) ด้านบริบท 2) ด้านปัจจัยนำเข้า 3) ด้านกระบวนการ และ 4) ด้านผลผลิต จำแนกออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ด้านบริบท เป็นการประเมินบริบทของพื้นที่ในการดำเนินงานระบบสุขภาพในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสระแก้ว ประเด็นการประเมินประกอบด้วยบริบทด้านการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ความสอดคล้องของการดำเนินงานกับการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบสุขภาพในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร ได้แก่ โครงสร้างของคณะกรรมการ ความเป็นหนึ่งเดียวกันของทีม 2) ด้านงบประมาณ ได้แก่ แหล่งที่มาของงบประมาณ ความเพียงพอ และการร่วมแบ่งปันเพื่อพัฒนาตามประเด็นปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ 3) ด้านทรัพยากร ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ จำนวนความเพียงพอ และการร่วมแบ่งปันทรัพยากร

ส่วนที่ 3 กระบวนการทำงานตามองค์ประกอบ UCARE ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านการทำงานร่วมกันในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการ 4) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร 5) ด้านการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

ส่วนที่ 4 ด้านผลผลิต เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการดำเนินงาน และการมีคณะกรรมการดำเนินงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

โดยแบบแบบสอบถามทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการทำงานตามองค์ประกอบ UCARE และด้านผลผลิตเป็นประเภทแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิอร์ท (Likert rating scales) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ระดับการประเมินมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีระดับการให้คะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการดำเนินงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานด้านมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน จากการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยเลือกใช้ข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์และมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ จากผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน พบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าเท่ากับ 0.89 ขึ้นไปทุกข้อคำถาม ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในลำดับต่อไป 2) การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ผ่านแล้วไปทดลองใช้กับประชากรในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ตาม

วิธีการของ Cronbach[4] มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) ขออนุมัติการจัดเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว 2) ประชุมเตรียมความพร้อมสำหรับทีมผู้ช่วยนักวิชัย 3) จัดทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิจัยเชิงปริมาณด้วยสถิติวิเคราะห์และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลการประเมินตาม CIPP Model และ UCARE ประเมินผลโดยใช้เกณฑ์กำหนดตามขอบเขตของค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์[5] ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการวิจัย 31/2566 วันที่รับรอง 21 มีนาคม 2567 วันที่หมดอายุ 20 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้วพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.69 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 31.10 มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 42.22 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 40-50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.78 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 80 รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 20 สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-9 ปี ร้อยละ 5.30 รองลงมาคือ 10-19 ปี ร้อยละ 46.70 ในส่วนของบทบาทในเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 66.70 รองลงมาคือคณะกรรมการบริหาร ร้อยละ 26.70 และผู้บริหาร ร้อยละ 6.70 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)เป็นสถานที่ปฏิบัติงานมากที่สุด ร้อยละ 90.10 รองลงมาคือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 6.70 และโรงพยาบาล ร้อยละ 2.20

2. การประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามกรอบ CIPP Model ในแต่ละด้าน พบว่า

2.1 ด้านบริบท (Context) พบว่า การแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีค่าเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ $\bar{X}$ = 4.95 (S.D.= .29) ผลการประเมินดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาและผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อยู่ในระดับสูงที่สุด และประเด็นการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถทำให้เกิดการทำงานเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ มีค่าเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุดคือ $\bar{X}$ = 3.88 (S.D. = .57) ผลการประเมินอยู่ในระดับสูง

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ $\bar{X}$ = 4.64 (S.D.= .48) ผลการประเมินดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาและผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อยู่ในระดับสูงที่สุด และประเด็นจำนวนบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพเพียงพอ

ต่อการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมหมอครอบครัว มีค่าเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุดคือ $\bar{X}$ = 3.48 (S.D. = .50) ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 ด้านกระบวนการ (Process) ประเมินตามตามองค์ประกอบ UCARE พบว่า การบูรณาการ การวางแผนนิเทศ ติดตามงาน การดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ $\bar{X}$ = 4.40 (S.D.= .46) ผลการประเมินดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาและผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)อยู่ในระดับสูง และ ประเด็นการสรุปผลการประเมิน และนำผลไปพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุดคือ $\bar{X}$ = 3.34 (S.D. = .58) ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่า เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ทุกแห่งมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 มีค่าเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ $\bar{X}$ = 4.95 (S.D.= .29) ผลการประเมินดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาและผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(NPCU) อยู่ในระดับสูงที่สุด และอัตราของบุคลากรต่อประชากรมีความเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานทุกสาขาวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุดคือ $\bar{X}$ = 3.45 (S.D. = .42) ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว มีประเด็นการอภิปรายดังนี้

ด้านบริบท ผลการประเมินบริบทของการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนเป็นประเด็นที่คณะกรรมการให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารได้ให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าว เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังมีการนำข้อมูลด้านสุขภาพมาวิเคราะห์หาปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ และนำมาวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน โดยมีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันวางแผนการดำเนินการในระดับตำบล ดำเนินการใน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลสระขวัญ ตำบลศาลาลำดวน ตำบลท่าแยกและตำบลท่าเกษม มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน 4 เครือข่าย และมี รพ.สต. อยู่ในเครือข่ายจำนวน 9 รพ.สต. รูปแบบการดำเนินงานหรือกิจกรรมของแต่ละเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับคณะกรรมการ ทีมเจ้าหน้าที่และบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตำบลท่าเกษม มีการดำเนินการให้บริการผู้รับบริการด้วยแพทย์ทุกวัน เนื่องจากมีแพทย์มาประจำเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)ตำบลศาลาลำดวน แพทย์ประจำเครือข่ายออกเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ท่าแยกและแก่งสีเสียด แพทย์ตรวจและจัดกิจกรรมในชุมชนให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนตามแผนการพัฒนา

ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร ผู้บริหารของหน่วยงาน ให้ความสนใจและให้การสนับสนุนบุคลากร ให้เพียงพอทุกสาขาวิชาชีพในการจัดบริการ โดยมีการวางแผนการพัฒนาบุคลากรเฉพาะด้านที่มีความจำเป็นในการบริการตามมาตรฐานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) เช่น สนับสนุนแพทย์เข้าอบรมหลักสูตรหมอครอบครัว (FM) ระยะสั้น จัดสรรงบประมาณในการส่งพยาบาลอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวการจ้างบุคลากรตามมาตรฐานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2) ด้านงบประมาณ ผู้บริหารของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพ มีความพร้อมในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โดยมีงบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (สปสช.) เป็นหลัก ในแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะให้การสนับสนุนงบประมาณแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการกองทุน และขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) ด้านทรัพยากร คณะกรรมการฯ มีการจัดทำแผนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในส่วนขาดของการจัดบริการตามแผนพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โดยเฉพาะการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลมาทดแทน เนื่องจากไม่รองรับโปรแกรมต่างๆ ที่นำมาใช้ เนื่องมาจากคุณสมบัติของอุปกรณ์มีการเสื่อมสภาพตามระยะเวลาการใช้งานที่นาน ซึ่งผู้บริหารได้เห็นชอบและให้การสนับสนุนงบประมาณ

ด้านกระบวนการ โดยใช้องค์ประกอบ UCCARE 5 ด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้ 1) ด้านการทำงานร่วมกัน หลักในการวางแผนการดำเนินการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) คณะกรรมการให้ความสำคัญในการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานที่ชัดเจน เหมาะสมตามตำแหน่งและวิชาชีพ เพื่อให้การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดประชุมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ภาคีเครือข่าย เพื่อความเข้าใจและร่วมกันวางแผนการดำเนินการในทิศทางเดียวกัน โดยมีการจัดประชุมชี้แจงอย่างต่อเนื่อง ร่วมถึง การวางแผนนิเทศติดตามงาน ตามเป้าหมายการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่กำหนดร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของรัชดาภรณ์ ทองใจสด[6] ที่พบว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอคือขาดการประสานงานเนื่องจากมีหลายภาคส่วน ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของทีมสุขภาพ เครือข่ายและชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมน้อยในการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมดำเนินการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ชดาภร ศิริคุณ และวุธิพงศ์ ภักดีกุล[7] ที่ได้สำรวจความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนคร โดยการใช้การสนทนากลุ่ม และการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ โดยการใช้ CIPP Model พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนต่อดำเนินคือการส่งเสริมให้มีโครงสร้างและการกำหนดหน้าที่ ในรูปแบบของสภาอำเภอ คณะกรรมการต้องมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และต้องมีการส่งเสริมการรับรู้ต่อปัญหาสังคม พร้อมกับกระตุ้นการตอบสนองต่อสังคม สนับสนุนอย่างเป็นระบบ ส่วนผลผลิตที่ได้จากเครือข่ายการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้นเป็นโครงการที่แก้ปัญหาสุขภาพที่มาจากการสืบค้นปัญหาชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมให้การสนับสนุน จนเกิดเป็นองค์จนเกิดเป็นองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ ๆ ซึ่งโดยมากมักเป็นโรคเรื้อรัง 2) ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชนในการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ควรจัดให้ชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพเช่น ร่วมประชุมวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนและชุมชน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองได้ตรงตามความต้องการสอดคล้องกับการศึกษาของ ธเนศ ภัทรวิรินกุล[8] ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด พบว่าผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจะประสบผลสำเร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการได้ต้องมีเครือข่ายการทำงานที่มีศักยภาพในการวางแผนการดำเนินงานระบบสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาบริบทและความต้องการของชุมชนที่แท้จริงและมีการบูรณาการงบประมาณเพื่อใช้ในการทำกิจกรรมแก้ไขปัญหาของพื้นที่ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนอื่นๆ อย่างเป็นรูปธรรมเพียงพอและเหมาะสมตามสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ 3) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่ากับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยผู้รับบริการ

มีความคาดหวังกับผลการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ในพื้นที่ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับผู้ให้บริการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้เกิดทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ ความภูมิใจ ความคาดหวังในผลของการแก้ปัญหาสุขภาพของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ[3] 4) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร คณะกรรมการมีแผนสนับสนุนการพัฒนาบุคคลากรตามแนวทางเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการประสานงานเพื่อขอสนับสนุนทรัพยากรบุคคลจากภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประสานความร่วมมือและระดมทรัพยากรทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ บุคลากร และทรัพยากร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ เช่น เรื่องงบประมาณประสานงานกับเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องบุคลากรประสานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายเดียวกัน หรือหากต้องการพลังมวลชนในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขก็ประสานผู้นำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านตามความเหมาะสมของงานหรือกิจกรรมที่กำหนดสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์และคณะ[9] ด้านบุคลากรมีการประเมินจากผู้ให้บริการพบว่า มีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมากต่อแผนพัฒนาบุคลากรและวิธีการพัฒนาสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการมีความสำคัญต่อผู้รับบริการเห็นได้จากความพึงพอใจจากการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับมาก[8] 5) ด้านการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว ให้ความสำคัญต่อการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพในระดับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม 5 กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่ม เป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยในภาพรวมของ คปสอ. เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินการของแต่ละเครือข่าย โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้มีมุมมองเพียงแค่ด้านสาธารณสุขหรือด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเท่านั้น แต่รวมถึงมุมมองด้านคุณภาพชีวิตด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมชย์ เลิศขาม ป้อม, มโน มณีฉายและธีระ วรธนารัตน์[10] พบว่าการจัดบริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นของแต่ละอำเภอมีความหลากหลายและแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่

ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ ด้านผลผลิตและผลลัพธ์จากการดำเนินงาน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้วทุกแห่งมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การมีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุตามนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (5 กลุ่มวัย) บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการการสนับสนุนของผู้บริหาร คณะกรรมการ และภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีความสุข สุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม[9]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในประเด็นการจัดบริการ Telemedicine ร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพระบบการ Consult แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ตามลำดับ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบพื้นที่โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบพื้นที่อำเภอที่แตกต่างกันทั้งในเชิงขนาด และเชิงภูมิศาสตร์ของจังหวัดสระแก้ว

เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
2. พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์. เรียนรู้อะไรเมื่อเป็นแพทย์ใช้ทุน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิแพทย์ชนบท; 2552.
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา. สุขภาพปฐมภูมิบริการปฐมภูมิจากปรัชญาสู่การปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
4. Cronbach, L. J. Essentials of psychological test. 5th ed. New York: Harper Collins; 1970.
5. Best, John W. & James V. Kahn. Research in Education. 7th ed. Boston: Allyn and Bacon; 1997.
6. รัชดาภรณ์ ทองใจสด. การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2565; 9(2): 24-36.
7. ชดาภร ศิริคุณและวุธิพงศ์ ภักดีกุล. การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ Systemระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557; 2(1): 1-12.
8. ธเนศ ภัทรวิรินกุล. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560; 13(1) : 3 – 11.
9. สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์และคณะ. การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2559; 105-130.
10. ปราโมชย์ เลิศขามป้อม, มโน มณีฉาย และธีระ วรธนารัตน์. การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงจาก https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4384

การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร
Development Infectious Waste Management Model of Contracting Unit of Primary Care, Mueang Yasothon District, Yasothon Province.

(Received: October 15,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 24,2024)

สาวิตรี ประทุมภาพ[1] กิตติ เหลาสุภาพ[2]
Sawitree Prathumphap, Kitti Laosupap

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร กลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร และโรงพยาบาลยโสธร จำนวน 284 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ขั้นตอนการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยของ Kemmis & McTaggart (PAOR) ประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติการการสังเกตการณ์และการสะท้อนกลับวิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และประเมินผลของรูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังดำเนินการความรู้และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการที่ต้องมีการวางแผนเพื่อแก้ไปญหาระยะยาว ได้แก่ การจัดหาสถานที่รับฝากมูลฝอยติดเชื้อ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และเพิ่มกำลังคนในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ การจัดทำข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และปัญหา 2) การวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน 3) การติดตามและประเมินผล และ 4) การปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop an appropriate infectious waste management model for the health service network in Mueang Yasothon District, Yasothon Province. The development group consisted of 284 participants, including local administrative organizations, community leaders, village health volunteers, sub-district health promotion hospital staff, the Mueang Yasothon District Public Health Office, and Yasothon Hospital. The research instrument used was a questionnaire. The research followed the Kemmis & McTaggart (PAOR) process, which includes planning, action, observation, and reflection. Data were analyzed by collecting, categorizing, conducting content analysis, and evaluating the model using Paired t-test statistics to compare the differences in knowledge and behavior scores before and after model development.

The study found that, after implementation, knowledge and behavior in infectious waste management significantly improved. Management issues and obstacles that require long-term planning include finding locations for infectious waste storage, providing material and equipment support, increasing personnel for waste transportation, and enacting local administrative regulations. The infectious waste management model for the health service network in Mueang Yasothon District, Yasothon Province consists of four key steps: 1) analyzing the infectious waste management situation and problems, 2) planning and setting operational guidelines, 3) monitoring and evaluation, and 4) continuous improvement and development.

Keyword: Management model, Infectious Waste, Contracting Unit of Primary Care

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] ปร.ด.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, Corresponding author Email: kitti.l@ubu.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ปัญหามูลฝอยล้นเมืองเป็นผลมาจากปริมาณมูลฝอยเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่องจนเกิดการตกค้างสะสมของมูลฝอยมายาวนาน และการขาดระบบการบริหารจัดการมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ ปี 2565 มีปริมาณมูลฝอยสูงถึง 25.70 ล้านตัน ซึ่งสูงกว่าปี 2564 ถึงร้อยละ 2.88 ก่อให้เกิดปัญหามลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ที่เป็นแหล่งกำจัดมูลฝอย รวมไปถึงผู้ที่ปฏิบัติงานและสัมผัสกับมูลฝอยเหล่านั้น[3] สถานการณ์ของมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงน่าเป็นห่วงทั้งในด้านของการเพิ่มปริมาณขึ้นอย่างรวดเร็ว และประชาชนยังขาดความเข้าใจในการกำจัดหรือแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชนบ้านเรือน ในหลายประเทศมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนที่เป็นอุปกรณ์ป้องกันจากคนทั่วไปและการรักษาจากทีมงานแพทย์ เช่น หน้ากากอนามัย เข็มฉีดยา และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รักษาผู้ป่วยติดเชื้ออื่นๆ มูลฝอยติดเชื้อเป็นขยะที่อันตรายในแง่ของการส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ที่อาจไปสัมผัส การเป็นพาหะในการแพร่กระจายเชื้อไปตามแหล่งชุมชน จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการจัดการที่ถูกวิธี[2]

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีรูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยให้โรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการเก็บรวบรวมและส่งไปกำจัด โดยมีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 2 แบบ คือ การจัดรถจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปรับมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลขนาดเล็ก และสถานพยาบาลขนาดเล็กรวบรวม และขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปส่งให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อนำไปกำจัดต่อไป ส่วนคลินิกเอกชน คลินิกสัตว์ และโรงพยาบาลสัตว์ ยังไม่มีระบบการรายงานสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นระบบ[3]

จากการสำรวจปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัดยโสธร ในช่วงของปี 2563 – 2565 ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ในปี 2565 มีปริมาณมูลฝอยสูงถึง 531,200 กิโลกรัม ซึ่งสูงกว่าปี 2564 ถึงร้อยละ 10.41 และในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ก็มีปริมาณของมูลฝอยติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2565 มีปริมาณสูงถึง 8,408 กิโลกรัม สูงกว่าปี 2564 ถึงร้อยละ 17.23 ซึ่งมูลฝอยที่เกิดขึ้นนั้นมีแหล่งกำเนิดมาจากการรับรักษาในโรงพยาบาล การทำ Home Isolation (HI), Community Isolation (CI), Local Quarantine (LQ) หรือแม้กระทั่งการตรวจหาเชื้อด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจ Antigen test kit (ATK) การสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรค และยังไม่มีรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในชุมชน และเกิดการระบาดของโรคเป็นวงกว้าง รวมไปถึงการที่สถานบริการสาธารณสุขโอนย้ายไปอยู่ภายใต้การดูแลขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อว่าจะยังคงเป็นรูปแบบเดิมหรือไม่ และงบประมาณในการจัดการหน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบ ด้วยปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ให้ประชาชนปลอดภัยจากการแพร่กระจายของเชื้อโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัด

ยโสธร ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R)[1] ดำเนินการวิจัยในเขตอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 24 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยนำข้อมูลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาวางแผน ออกแบบพัฒนารูปแบบการจดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพต่อไปโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการได้แก่ 1) จัดประชุมหารือแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร 2) มอบหมายหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการตามแนวทางที่ได้ประชุมหารือร่วมกัน 3) ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการ 4) สะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และหารือแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และ 5) ดำเนินการตามวงรอบอีกครั้ง และระยะที่ 3 เปิดเป็นรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร และโรงพยาบาลยโสธร กลุ่มตัอย่าง คือ ตัวแทนจากหน่วยงานดังกล่าวข้างต้น จำนวน 284 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2) ประสบการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2. แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค

3. สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน สอนการใช้โปรแกรมรายงานมูลฝอยติดเชื้อของกรมอนามัย (e-manifest) Role Model และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

4. แบบสอบถามพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานที่ทำงาน สังกัด

ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน หน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก/ผิด โดยการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้ ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน และตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในเขตอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 12 ข้อ มีการให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ (1-3 คะแนน)

5. แบบสอบถามพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC (Item-Objective Congruency Index) 0.67 – 1.00 นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร และนำมาวิเคราะห์หาความเสี่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.76 และ 0.82 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จากการดำเนินงานที่ผ่านมา

2) จัดประชุมการวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน พร้อมทั้งอบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง

3) การติดตามและประเมินผลความรู้และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

4) การปรับปรุงรูปแบบจากปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-136/2566 ลงวันที่ 12 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.8 มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 31.0 (อายุเฉลี่ย 52 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.1 สถานที่ทำงานส่วนใหญ่จัดอยู่ในหมวดอื่นๆ (อสม. และประชาชน) ร้อยละ 57.4 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 45.1 โดยตำแหน่งงานในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ อสม. ร้อยละ 22.9 ซึ่งมีระยะเวลาปฏิบัติงานสูงสุด 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.1 หน้าที่ปฏิบัติเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อจัดอยู่ในหมวดอื่นๆ (ประชาชน และ อสม.) ร้อยละ 65.1

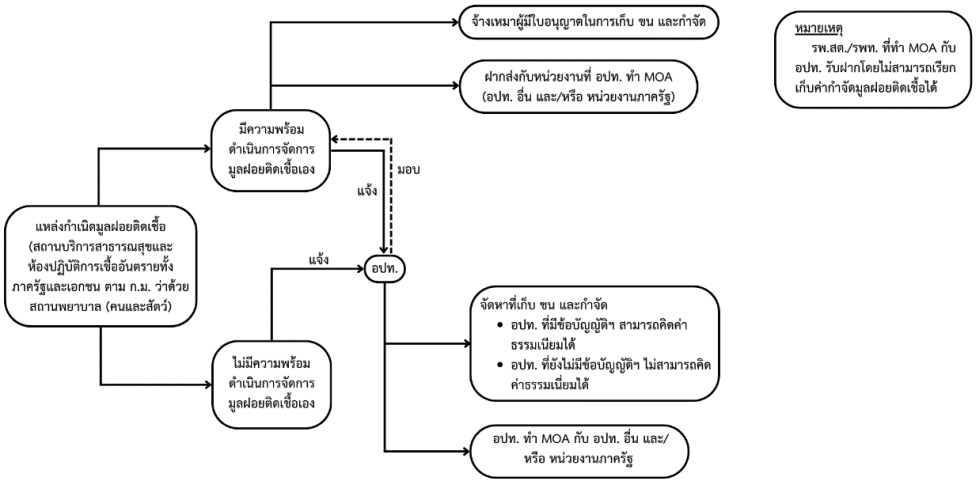
2. ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และปัญหา พบว่า อำเภอเมืองยโสธรยังไม่มีรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และขาดกฎข้อบัญญัติที่เหมาะสม ซึ่งการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และความเข้าใจในแนวทางการจัดการร่วมกัน

2.2 ขั้นตอนการวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน พบว่า มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ (ตารางที่ 1) และแนวทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน (ภาพประกอบที่ 1)

ตารางที่ 1 บทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1. ร่วมกันวางแผนและสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ 2. จัดทำข้อบัญญัติมูลฝอยติดเชื้อ และจัดทำแผนงบประมาณในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3. จัดให้มีการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่เพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง 4. สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 5. จัดให้มีสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 6. ติดตามและประเมินผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1. ร่วมกันวางแผนและสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ 2. สนับสนุนความรู้ด้านวิชาการ แนะนำแนวทางปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง 3. แจ้งต่อ อปท. ในพื้นที่ว่าเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ 4. ควบคุมดูแลและจัดการมูลฝอยติดเชื้อของตนให้เป็นไปตามมาตรฐาน และจัดสรรงบประมาณค่ากำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 5. ติดตามประเมินผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน	1. เข้ารับการอบรมเรื่องของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2. ตรวจเยี่ยมติดตามและสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับเจ้าหน้าที่ 3. ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
ประชาชนในพื้นที่	1. ให้ความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องและปลอดภัย 2. เข้ารับการอบรมเรื่องของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3. จัดให้มีจุดทิ้งมูลฝอยติดเชื้อในบ้าน และอยู่ในบริเวณที่เหมาะสม 4. ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธรจังหวัดยโสธร

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อน-หลังการดำเนินการ (n=284)

ความรู้และพฤติกรรม	จำนวน (คน)	95% CI of Mean difference	*p*-value
ความรู้	284	1.92 (1.75 – 2.09)	<0.001
พฤติกรรม	284	3.37 (3.00 – 3.75)	<0.001

2.3 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล หลังการดำเนินการได้มีการติดตามประเมินความรู้และพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ความรู้และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี ไม่มีระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2)

2.4 ขั้นตอนการปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง พบว่า ยังคงพบประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดได้ ส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ไม่มีสถานที่รับฝากมูลฝอยติดเชื้อ ไม่มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และกำลังคนในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางตำบลยังไม่มีข้อบัญญัติเรื่องมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นเพราะการดำเนินการดังกล่าวต้องใช้งบประมาณ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการจัดทำแผนและใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ จึงต้องมีการติดตามการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร พบว่า อำเภอเมืองยโสธรยังไม่มีรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และขาดกฎข้อบัญญัติที่เหมาะสม ซึ่งการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และความเข้าใจในแนวทางการจัดการร่วมกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภู่จินดา[4] ที่พบว่า ปัญในหารดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องมูลฝอยติดเชื้อ และหน่วยงานสาธารณสุขมีปัญหาในการคัดแยก รวบรวม เก็บขน และนำส่ง โดยที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ชัดเจน และปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ความร่วมมือที่ใกล้ชิดและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญในพื้นที่ ควรได้รับการออกแบบร่วมกันและประสานงานโดยแผนกควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี ไม่มีระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้น 1.92 คะแนน (95% CI = 1.75 – 2.09) และมีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้น 3.37 คะแนน (95% CI = 3.00 – 3.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภลักษณ์ ดำรงเชื้อ[6] ที่พบว่า หลังการดำเนินการประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ทั้งนี้จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการในบางประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดได้ ส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ไม่มีสถานที่รับฝากมูลฝอยติดเชื้อ ไม่มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และกำลังคนในการขนย้ายมูล

ฝอยติดเชื้อ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางตำบลยังไม่มีข้อบัญญัติเรื่องมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นเพราะการดำเนินการดังกล่าวต้องใช้งบประมาณ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการจัดทำแผนและใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของอาคม กินาวงศ์[5] ที่พบว่า รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่งเสริม สนับสนุน รวมทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ ภาคประชาชนให้ความร่วมมือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาวัสดุครุภัณฑ์

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จะต้องมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการดำเนินการแก้ไขปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จะต้องมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งต้องร่วมกันวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาในส่วนที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ โดยเฉพาะในส่วนของการออกข้อบัญญัติเรื่องมูลฝอยติดเชื้อ สถานที่รับฝากมูลฝอยติดเชื้อ และการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ

2. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่แต่ละตำบล เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการ

3. ติดตามการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร เป็นไปอย่างยั่งยืน

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ รวมถึงสนับสนุนกำลังคนในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปยังสถานที่พักเพื่อรอการกำจัด

เอกสารอ้างอิง

1. Kemmis S, & McTaggart R. Participatory Action Research: Communicative Action in the Public Sphere, in N.Denzin and Y.Lincoln (Eds.) Handbook of Qualitative Research. California: Sage; 2000.
2. มนันญา ภู่แก้ว. (2563) ปัญหามูลฝอยติดเชื้อจากโรคระบาดโควิด-19.สืบค้นเมื่อเดือนตุลาคม 2566 จาก https://cdc.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2599
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2565 – 2570.
4. ประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภู่จินดา. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. The Southern Network Journal of Nursing and Public Health. 2565;9(2):193-207.
5. อาคม กินาวงศ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อองค์การบริหารส่วนตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2566;6(2):149-158.
6. ศุภลักษณ์ ดำรงเชื้อ. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จังหวัดภูเก็ต. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(3):50-64.

รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต

Environmental Management Model within the Organization for Improving the Quality of Life of the Police in the Three Southern Border Provinces in the Future

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

อัษฎาพร ใจสุข[1] รัชดา บุญแก้ว[2]วิชิต เรืองแป้น[3]
Asadaporn Jaisuk[1] Rachada Boonkaew[2] Vichit Rangpan[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต โดยใช้เทคนิค EDFR ผู้เชี่ยวชาญ 24 คน ได้รับการคัดเลือกผ่านการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน ประเมินรูปแบบจำลอง และได้ทำการทดลองในสถานีตำรวจ 3 แห่ง คือ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 184 คน คัดเลือกโดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie and Morgan นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล t - test

จึงได้ผลทีมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับเนื้อหา ในด้านสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ชีวภาพ คุณภาพชีวิต และคุณค่าประโยชน์การนำไปใช้ ได้แก่ ประเด็นการบริโภคอาหาร สภาพอาชีพ ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย เครื่องนุ่งห่ม สถานที่พักผ่อน สิทธิและมนุษยชน สุขภาพ การศึกษา การพักผ่อน ความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ คุณภาพสิ่งแวดล้อม ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม โอกาสทางสังคมและการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกัน ความมั่นคงในการดำรงชีวิต และสิทธิทางการเมือง ผลการวิจัยในการทดลองเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นก่อนและหลังการทดลอง บ่งชี้ถึงการปรับปรุงที่สำคัญในมิติคุณภาพชีวิตต่าง ๆ รวมถึง การค้นพบนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการจัดการสิ่งแวดล้อมเชิงรุกภายในองค์กรในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดีขององค์กรและสังคมในวงกว้าง จากการทดลองเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นก่อนและหลังการนำโมเดลมาใช้ผลปรากฏว่ามีแล้วดำเนินการแล้วมีผลทางสถิติมากขึ้นทุกประเด็นมีค่า $p < .01$ แสดงว่า โมเดลนำไปใช้ได้

คำสำคัญ: รูปแบบ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร คุณภาพชีวิต ข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต

Abstract

The management of the environment within an organization is important to the development of resources for the organization. As highlighted in the study of this research. The purpose was to develop a model for environmental management within organizations to enhance the quality of life of police officers in the three southern border provinces in the future. Using the EDFR technique, 24 experts were selected through purposive sampling, Using 15 experts to evaluate the simulation model. and. An experiment was conducted in three police stations, with one being small and divided in the middle, and one large police station. A sample size of 184 was determined using Krejcie and Morgan's calculation formula. This result presented the results of the t-Test data analysis.

As a result, the results have a consistent relationship with the content. In the physical environment, Biology, quality of life, and value of use. These include issues of food consumption, occupational conditions, housing, safety, and clothing. Resting place Human rights and health, education, leisure, economic well-being, Environmental quality, Social environment, Equal social opportunities and participation stability in life and political rights

---

[1] ร.ต.อ., ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

[2] ดร.อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

[3] รองศาสตราจารย์ ดร.อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

The results of the experiment involved a comparative analysis of opinions before and after Applying the model, the results show that once it had been implemented, it had more statistical results. Every type had a value of $p < 0.1$, showing that the model can be used.

Keywords: Organizational environmental management model, quality of life, future police officers in the three southern border provinces

บทนำ

รูปแบบการบริหารทรัพยากรบุคคลซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งของบริหารงานองค์กร เพราะบุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการบริหารองค์กร และบุคลากรยังเป็นผู้ใช้ปัจจัยอื่น ๆ ในการทำงานและการบริหารองค์กร อันได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เงิน และการจัดการที่ดี ปัญหาที่สำคัญที่สุดของการบริหารงาน คือ การที่ทรัพยากรบุคคลไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ โดยมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ตลอดจนการพัฒนาขององค์กร หากปัญหานี้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางก็จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าในด้านรูปแบบการบริหารจัดการจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร[1] ทั้งนี้เพราะการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานจะเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรในองค์กรทำงานอย่างมีความสุข และนำมาซึ่งการเพิ่มผลผลิต (Productivity) ของผู้ปฏิบัติงานทุก ๆ คนในองค์กร ที่ดีย่อมส่งผลต่อความก้าวหน้าด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจหรือผลผลิตต่าง ๆ เป็นต้น และสิ่งสำคัญก็จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรได้ อันจะช่วยให้อัตราการขาดงาน การลาออกลดน้อยลงเกิดประสิทธิผลขององค์กรในแง่ขวัญกำลังใจ[2]

การปฏิบัติหน้าที่ของข้าราชการตำรวจใน 3 จังหวัดชายแดน ภาพรวมในปัจจุบันนั้นอยู่ในพื้นควบคุมพิเศษ ไม่ว่าจะด้วยเรื่องของกฎหมายที่มาบังคับใช้อยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัยภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้นค่อนข้างที่จะมีปัญหาในมิติที่หลากหลายไม่ว่าเรื่องความมั่นคงย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่ของรัฐ บวกกับปริมาณงานที่มีมาก การสั่งงานสู่ผู้ปฏิบัติที่ซ้ำซ้อน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่จะส่งผลต่อความเบื่อหน่ายและความอ่อนล้าในการปฏิบัติงาน อาจจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้โดยเฉพาะงานของตำรวจเป็นองค์กรที่บังคับใช้ และต้องปฏิบัติตามกฎหมายอาญาในการนำไปบังคับที่ใช้กันทุกภาคทุกจังหวัดในสังคมของประเทศไทย แต่ยกเว้นเฉพาะพื้นที่พิเศษการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารงานของข้าราชการตำรวจในสามจังหวัดชายแดนใต้ที่มีความพิเศษที่แตกต่างจากข้าราชการตำรวจในจังหวัดอื่น ๆ ตรงที่มีมิติการทำงานของบริบทที่มีมิติหลากหลาย ทางด้านพหุสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ทัศนคติ ศรัทธาและความรู้สึกที่มีความเปราะบางในการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐกับประชาชนในบริบทในพื้นที่สามจังหวัด ชายแดนใต้ ข้าราชการตำรวจที่มี ภูมิลำเนามาจากที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศไทยเมื่ออยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ต้องเกิดการเรียนรู้ รับรู้วัฒนาธรรมให้กลมกลืนกับบริบทใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จะต้องให้ความสนใจ ตอบปัญหา ส่งเสริม สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ๆ ซึ่งระยะเวลาในการแก้ไขปัญหา 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่หาข้อสรุปหรือข้อยุติที่ไม่อาจกำหนดวันสิ้นสุดได้ อาจจะส่งผลต่อความเบื่อหน่าย อ่อนล้าหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ[3]

ด้วยปัจจัยหลากหลายมิติ และสภาพปัญหาในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญ และทำการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการตำรวจสถานีตำรวจภูธร 3

จังหวัดชายแดนใต้ในอนาคต เพื่อข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บังคับบัญชาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปประกอบการพิจารณาวางแผนแก้ไขปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรที่ส่งผลต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการตลอดจนปรับปรุงแนวทางในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้บรรลุเป้าหมายไปพร้อม ๆ กับการยกระดับพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจสถานีตำรวจภูธร 3จังหวัดชายแดนใต้ และผู้ที่สนใจต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต เป็นการวิจัยอนาคต (Future Research) โดยใช้เทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) ดำเนินการวิจัยตามความมุ่งหมายที่กำหนดไว้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารและบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ในหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต โดยใช้เทคนิค EDFR จำนวน 24 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

2. ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบประเมินโมเดล จำนวน 15 คน ซึ่งคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบประเมินโมเดลเพื่อจัดสรรกลุ่มคนที่จะเข้าร่วมในการวิจัยหรืออาศัยการสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิในวงการนั้น ๆ เสนอรายชื่อบุคคลรับการเลือกสรรให้เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การคัดเลือกนี้จำเป็นต้องพิจารณากันอย่างละเอียดรอบคอบเพื่อให้ได้มาซึ่งผู้ที่เหมาะสมจริง ๆ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคตรวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้บริหารจากสถานีตำรวจในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตัวแทนจากภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกิจการตำรวจและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อมองค์กร ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อประเมินรูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต รวมถึงปัญหา และอุปสรรคในรูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต

3. ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย คือ ข้าราชการตำรวจ 3 กลุ่ม คือ ขนาดเล็ก (ตำบลปะแต) อำเภอยะหา จังหวัดยะลา จำนวนตำรวจ 32 นาย ขนาดกลาง (อำเภอแม่ลาน) จำนวนประชากร 58 นาย และขนาดใหญ่ (อำเภอยี่งอ) จังหวัดนราธิวาส จำนวน 93 นายโดยใช้สูตรการคำนวนของเครจซี และมอร์แกน

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

ของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นตอนวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาร่างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและนำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ทรงทั้ง3 คนตรวจสอบ ต่อจากนั้นสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสร้างเครื่องมือในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมารวมกันตัดทอนข้อความที่ซ้ำกันหรือตัดส่วนที่เกินไปจากกรอบของการวิจัยที่กำหนดไว้ออกได้ โดยการหาถ้อยคำที่ครอบคลุมข้อความทั้งหมด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามรักษาถ้อยคำของผู้ให้สัมภาษณ์ไว้ให้มากที่สุด การเขียนเป็นภาษาที่สั้นกะทัดรัดพยายามรักษาความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญให้มากที่สุด เขียนแนวโน้มเพียงประเด็นเดียวใน 1 ข้อ ทั้งนี้ เพื่อป้องกันมิให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความสับสนในประเด็นนั้นๆ

2. การคัดเลือกการกำหนดและเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การคัดเลือกการกำหนด และเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 24 คน โดยกำหนดหลักเกณฑ์ คือผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในด้านรูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมด้านรูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคตและผู้เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต โดยผู้วิจัยต้องติดตามกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัว อธิบายจุดมุ่งหมายและขั้นตอนการวิจัย เวลาที่ใช้โดยประมาณ และประโยชน์ของการวิจัยย้ำถึงความจำเป็นและความสำคัญของผู้เชี่ยวชาญสัมภาษณ์ (EDFR รอบที่ 1)

3. การทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3 การทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3 เป็นการนำแบบสอบถามไปสอบถามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 24 คน และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน เพื่อทำการจำแนกข้อมูลหาฉันทามติ (Consensus) ในการทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3 ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้รับรู้ข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedbacks)เป็นของกลุ่มโดยส่วนรวม โดยหาค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ของกลุ่มผนวกด้วยคำตอบเดิมของตนเองแล้วขอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาตอบใหม่ แล้วดำเนินการวาดรูปภาพอนาคต

4. การตรวจสอบรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมการประเมินรูปแบบโดยใช้ Connoisseurship เป็นการตรวจสอบรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคตโดยการทำสนทนากลุ่มอิงผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 คน เพื่อนำสู่การดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมการรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต

5. การลองนำโมเดลไปใช้ในสถานที่จริงหลังจากการประเมินรูปแบบโดยใช้ Connoisseurship เมื่อได้โมเดลจึงนำไปทำการทดลองใช้รูปแบบ ณ สถานีตำรวจ 3 แห่ง โดยคัดเลือกจากสถานีระดับกลาง ได้แก่ 1) สถานีตำรวจภูธรตำบลปะแต อำเภอยะหา จังหวัดยะลา 2) สถานีตำรวจภูธร อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี และ 3) สถานีตำรวจภูธร อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส และผู้ตอบแบบสอบถามก่อนดำเนินการจำนวน 184 คน ได้มาจากการคำนวณจากสูตรเครซี่ และมอร์แกน ต่อมานำโมเดลไปเผยแพร่เพื่อปฏิบัติในหน่วยพื้นที่เป้าหมาย 3 แห่ง เป็นระยะเวลา 1 เดือน แล้วจึงนำมาประเมินหลังดำเนินการอีกครั้งหนึ่ง

การนำผลการวิจัยไปใช้ หลังการประเมินรูปแบบโดยใช้ Connoisseurship แล้ว จึงนำโมเดลไปทำการทดลองใช้รูปแบบ ณ สถานีตำรวจ

จำนวน 3 สถานี 3 ขนาด ประกอบด้วย ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ตามลำดับ ได้แก่ สถานีตำรวจภูธรตำบลปะแต อำเภอยะหา จังหวัดยะลา สถานีตำรวจภูธรอำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี และสถานีตำรวจภูธรอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส โดยกระบวนการทดลอง คือ ทำการทดลองโดยลงพื้นที่สถานีตำรวจทั้ง3สถานี และแจกแนวปฏิบัติที่จะทำการทดลองโดยใช้เวลาในการทำการทดลองเป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังครบกำหนดระยะเวลาแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลหลังทดลอง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติความแตกต่าง t-Test วิธีการนี้ใช้t- test แบบ dependent ได้แก่สถิติการทดสอบค่า t มีชื่อเฉพาะว่า t - test for dependent Samples เป็นการเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลการวิเคราะห์ ดังนี้

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพด้านบริโภคอาหารหลักในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในอนาคต เลือกสรรร้านอาหารที่สะอาดและและมีระเบียบ ภาชนะอาหารจะต้องสะอาด ร้านอาหารควรจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีไม่มีสิ่งสกปรกเช่นขยะ ร้านอาหารโต๊ะเก้าอี้จะเป็นระเบียบสะอาด เนื่องจากระบบงานของตำรวจไม่มีเวลาที่แน่นอนเลยไม่มีเวลามาเอาใจใส่ตนเองในการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารเท่าที่ควร[4]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านอาชีพในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการ ตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในอนาคต ฝึกอบรมการใช้อาวุธและการปฏิบัติหน้าที่อย่างไรให้ปลอดภัย มีความรู้เฉพาะตัวในแต่ละชุมชน ให้การสนับสนุนในด้านการศึกษาหรือฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถอยู่เสมอ ให้โอกาสเรียนรู้รูปแบบอื่น ๆ นอกเหนือจากงานประจำที่ทำอยู่ หน่วยงานปรับปรุงและนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาปรับใช้ในการทำงาน มอบหมายงานตรงตามความรู้ความสามารถมากขึ้นตามสายงาน เสริมสร้างความสามัคคีภายในหน่วยเพราะสภาพหน้างานที่ทำต้องมีความเชื่อใจกัน คุ้มค่าจ้างกับความสมดุลวิชาที่เรียนมา และรายได้มีความสมดุลกับชีวิตประจำวัน[5]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการ ตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ควรส่งเสริมการฝึกอาชีพให้แม่บ้านเพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และเพิ่มรายได้ มีคู่มือแนะนำการบริการประชาชน รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีเวลาว่างเป็นของส่วนตัว ช่วยเหลือผู้บังคับบัญชา ฝาผนังห้องมีภาพสวย ๆ และประทับใจ จัดดอกไม้บนโต๊ะทำงาน มีเครื่องดื่มยามว่างเช่นกาแฟ เนื่องจากงานเยอะงาน นโยบายและข้อสั่งการที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนกำลังพลซึ่งแต่ละโรงพักก็มีกำลังพลไม่เท่ากันฉะนั้นงานก้อนเดียวที่สั่งตรงมาจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติให้ทำตามรูปแบบและผลการปฏิบัติแบบเดียวกันหมด[6]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านบ้านเรือนที่อยู่อาศัยในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ความสะอาดเรียบร้อยและธรรมชาติต้นไม้ที่ร่มรื่น พื้นที่จัดกิจกรรมเป็นลักษณะการครบวงจร สะอาดแข็งแรงมั่นคงไม่ทรุดโทรมรกร้าน ควรมีความสงบและความเป็นส่วนตัว ไม่ควรมีเหล็กจัด

เพื่อป้องกันไฟไหม้คนเข้าออกไม่ได้ จำกัดอาณาเขต และมีบริเวณที่ประหยัดและจำเป็น จัดพื้นที่เป็นสัดส่วนเพื่อการใช้สอย อาคารที่อยู่ควรมีการกำหนดระเบียบเพื่อความสวยงาม ควรจะเป็นบ้านอาคารเดียวกันมีบริเวณ มีรั้วกันเข้าออก ด้านด้านหน้าและด้านหลัง ขโมย เนื่องจาก มีจำนวนค่อนข้างไม่เพียงพอสำหรับบางโรงพักเนื่องจากแต่ละปีมีการรับจำนวนกำลังพลเพิ่มเติมเข้ามา[7]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านหลักประกันสุขภาพในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในอนาคต สร้างหลักประกันให้กับตนเองเพื่อเป็นส่วนเสริมเพิ่มเติมและเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ควรจัดสวัสดิการประกันชีวิตหรือประกันอุบัติเหตุให้บุคลากรในองค์กรทุกคน ผู้ให้หลักประกันต้องทำต่ออย่างต่อเนื่องเข้าใจเข้าถึงเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการ ตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ควรแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิ์การรักษาต่าง ๆ ควรให้การแนะนำการรักษาหรือตรวจสุขภาพทุก ๆ ปี แนะนำสิทธิการรักษาแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจว่ามีสิทธิ์การรักษามากน้อยเพียงใด[8]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านเครื่องนุ่งห่ม ประเภทเครื่องแบบราชการในการทำงานรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ใส่สบายเพื่อให้สะดวกต่อการทำงาน มีอิสระในการแต่งกาย ชุดเสื้อยืดคอกลมสีขาวกางเกงสีกากีหรือสีเขียว ชุดดำเสื้อสีดำกางเกงสีดำ ชุดสุภาพทั่วไปแต่สุภาพ ชุดอิสระแฝงไว้ด้วยตราสัญลักษณ์ของตำรวจ ชุดสีเสื้อสีขาวตราสัญลักษณ์ของตำรวจกางเกงสีทั่วไป เนื่องจากรอการจัดสรรตามงบประมาณที่จะแจกจ่ายให้กับกำลังพลในทุกส่วนแต่อาจจะเนินช้า[9]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านสถานที่พักผ่อนในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในอนาคต สร้างห้องสภากาแฟ จัดที่จอดรถเป็นสัดส่วน ภายในห้องจัดให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เนื่องจากตามวงรอบของแต่ละโรงพักโดยเฉพาะช่วงวันหยุดเทศกาลไม่มีโอกาสได้พักผ่อนต้องทำเทศกาลเพราะมีการสั่งเตรียมพร้อมและควรจะจัดเสริมรูปแบบภาพรวมจัดดูกิจกรรมนอกสถานที่[6]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านสิทธิและมนุษยชนของข้าราชการตำรวจในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต การค้ามนุษย์ เสรีภาพสื่อ การใช้กำลังเกินกว่าเหตุในเรื่องของความมั่นคงกฎหมายระหว่างประเทศ ให้ความรู้ช่องว่างของกฎหมาย ให้ความสำคัญกับบุคคลทั่วไป มีความเสมอในพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ เป็นมิตรและแก้ปัญหาให้กับประชาชน ส่งเสริมในเรื่องของจริยธรรมและศีลธรรม เนื่องจาก มีการเคารพบทบาทสิทธิตามสิทธิมนุษย์ชนการให้โอกาสทางเลือกได้โดยไม่มีอุปสรรค[10]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านอนามัยและสาธารณสุขในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต มีการศึกษาที่ดี มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ การดำเนินชีวิตมีความสุข ครอบครัวลูกและเมียมีความสุข มีห้องพยาบาลและยาสามัญประจำปี มีความพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์ จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ให้บริการประชาชนที่ห่างไกล อาชีพมั่นคงเป็นคนมีพระคุณมากกว่าพระเดช สังคมเป็นที่ยอมรับ เป็นมิตรที่ดีกับประชาชน อารมณ์ดีมีศิลปะในการครองเรือนและปฏิบัติงาน[11]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านพัฒนาการบุคคล โดยผ่านการศึกษาฝึกอบรมในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในอนาคต การอบรมทักษะการเป็นผู้นำผู้ตาม เปิดช่องทางเลือกในการเข้าศึกษาอบรมด้านอาชีพเสริมเมื่อว่างจากงานหลักหากมีความขยันก็อาจนำไปประกอบอาชีพเสริมได้ เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มีองค์ความรู้ในรอบด้าน การฝึกในด้านจิตวิทยาเนื่องจากจำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นบุคคลที่มีคุณภาพสังคมยอมรับ สะอาดและสุภาพ สร้างความรักความสามัคคี รักศิลปะและดนตรี เนื่องจากมีการจัดสรรให้ความรู้อบรมทักษะตามรูปแบบงานของตำรวจแต่เพียงอย่างเดียว[12]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านเวลาว่างที่สร้างสรรค์ในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ซึ่งผู้นำจะต้องมีความเป็นผู้นำหรือมีภาวะผู้นำที่สามารถจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้ร่วมมือร่วมใจปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเต็มใจและเต็มกำลังความสามารถ เพื่อให้องค์กรสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้องค์กรหนึ่ง ๆ ย่อมมีผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำ ส่วนผู้ใต้บังคับบัญชาทำหน้าที่เป็นผู้ตามหรือผู้ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา ความสำเร็จนั้นผู้นำจึงเป็นผู้ที่ขับเคลื่อนภารกิจให้ไปยังทิศทางที่พึงปรารถนาโดยยึดมั่นในหลักคุณธรรมในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อให้การปฏิบัติงานสามารถเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผล ความเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำ จึงได้รับการพิจารณาว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสำเร็จต่อการดำเนินการขององค์กรโดยตรง เพราะทุก องค์กรประกอบไปด้วยบุคลากรหลากหลาย จึงทำให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ ตลอดจนเป้าหมายในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไป “การใช้เวลาว่างหรือ Leisure” นั้นมีความ เป็นปรัชญา เป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม ประสบการณ์ของการใช้เวลาว่าง (Leisure Experience)อัน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต หรือ ความสุข นั้นไม่สามารถจับต้องได้ นันทนาการ (National Recreation and Park Association)จึงเป็นเครื่องมือในการแปลความหมายจากนามธรรมไปสู่รูปธรรมซึ่งมองเห็นและจับต้องได้ด้วยรูปแบบของกิจกรรม[13]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านความสุขสมบูรณ์ทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งความเสมอภาคทางเศรษฐกิจในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในอนาคต จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรภายในองค์กรจัดให้มีการทัศนะศึกษาดูงานหรือศึกษาแหล่งเรียนรู้เพื่อให้มีองค์ความรู้นำมาพัฒนาการทำอาชีพเสริม สร้างความรู้พิเศษและรับจ้างความต้องการตลาดต้อง และการอบรมรณรงค์เศรษฐกิจพอเพียงแนวทางการปฏิบัติกับชุมชน หาวิธีการวางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน การวางแผนการสร้างฐานะในการปลูกผักสวนครัว ฝึกการเขียนโน้ตดนตรีเพื่อเพิ่มความรู้ ศึกษาการหาวัสดุเหลือใช้เอามาประดิษฐ์ใหม่ การศึกษาวิธีการทำขนมขาย ปฏิบัติและประพฤติตามเศรษฐกิจพอเพียง ฝึกด้วยจิตใจการในการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เนื่องจากเกิดจากการบริหารจัดการของแต่ละบุคคลในการครองตนและการใช้ชีวิตทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลในพฤติกรรมการบริโภคทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่ก็จะใช้จ่ายไม่พอเพียงปัญหาหนี้สินตามมา[14]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนา

คุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ชุมชนต้องรักษาระบบนิเวศป่าไม้และน้ำทางธรรมชาติโดยใช้ระบบกฎหมายเข้ามาควบคุมอย่างเข้มข้นให้มีผู้ลักลอบตัดไม้ทำลายป่าและแม่น้ำลำคลองตามทรัพยากรธรรมชาติรวมถึงการช่วยดูแลสิ่งแวดล้อมทรัพยากรธรรมชาติบริเวณที่ตั้งรอบๆองค์กรและสถานีตำรวจ คัดกรองบุคลากรห่างไกลสิ่งเสพติดสร้างพันธุ์ที่หายากเพื่อพัฒนาการตลาด หมั่นรักษาไม้ยืนต้นและรักษาต้นน้ำ สร้างเครือข่ายการอนุรักษ์ธรรมชาติ สร้างคู่มือในการท่องเที่ยว จัดทำส่วนสมุนไพรเพื่อเป็นยารักษา ส่งเสริมเยาวชนในพื้นที่เพื่อการสืบทอดทรัพยากร มีศูนย์การเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาในชุมชนก้าวหน้า เนื่องจากของการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับงานตำรวจปรากฏขึ้นน้อยมากเนื่องจากไม่ตรงกับระบบปฏิบัติในทางราชการ สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการดำเนินงานโครงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดน ที่ 31 ด้านการปลูกหญ้าแฝกและการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช และเพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและวิธีการปรับปรุงแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานโครงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม[15]
แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต การนำทรัพยากรที่มีอยู่ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ สร้างสังคมรอบด้านด้วยความเข้าใจ มีเพื่อนที่ดีเป็นที่ปรึกษาการดำเนินชีวิต ฝึกหัดแนวคิดที่ใช้เหตุผล เนื่องจากต้องการมีส่วนในการมีส่วนร่วมทางสังคมในระดับนึงเช่นโครงการอนุรักษ์ธารน้ำการปลูกพืชเศรษฐกิจพอเพียงไว้ริมรั้ว การเข้าไปมีส่วนร่วมด้านเกษตรในชุมชนในโครงการชุมชนยั่งยืนเศรษฐกิจพอเพียง แต่โดยทั่วไปแล้วส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องอำนวยความสะดวกและงานให้บริการกับประชาชน[16]

คุณภาพชีวิตในสถานที่ทำงานแนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านโอกาสทางสังคมและการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกันในการทำงานตามรูปตามแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ทุกคนมีโอกาสทำผิดแต่สามารถได้รับโอกาสในการแก้ไข ให้ทุกคนเล่าถึงปัญหาของแต่ละคนเพื่อปรับปรุงข้อบกพร่อง มีจิตใจในการให้ความรู้ปรึกษาซึ่งกันและกัน ปฏิบัติทางธรรมทางศาสนา ฝึกการออกกำลังกายด้วยกัน ฝึกการสุจริตซื่อสัตย์และยุติธรรม เนื่องจากค่อนข้างจะเกิดขึ้นน้อยตามรูปแบบการปฏิบัติของงานตำรวจภาพลักษณ์ขององค์กร ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการการมิติในเรื่องของการดูแลรักษาความปลอดภัยและทรัพย์สินของประชาชนเป็นหลัก คุณภาพของหน่วยงานหรือ องค์การถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้หน่วยงานหรือองค์การประสบความสำเร็จและได้รับความไว้วางใจจากผู้ใช้บริการ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องสร้างจุดขาย ได้แก่ ชื่อเสียงและการบริหารภาพลักษณ์โดยเฉพาะภาพลักษณ์มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อความสำเร็จทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ถ้า หน่วยงานหรือองค์การใดมีภาพลักษณ์ที่ดีก็จะได้รับความเชื่อถือไว้วางใจและความร่วมมือสนับสนุนให้ประสบ ความสำเร็จในการดำเนินงาน ตรงกันข้ามหากหน่วยงานหรือองค์การใดมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีย่อมได้รับการต่อต้านและดูหมิ่นเกลียดชัง ภาพลักษณ์จึงเป็นรากฐานแห่งความมั่นคงของหน่วยงานหรือองค์กร[17]

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านความมั่นคงในการดำรงชีวิตในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ใน

อนาคต มีสายตรวจออกตรวจเมื่อได้รับแจ้ง การเสริมสร้างความปลอดภัย รัฐให้การศึกษาภาคบังคับทุกคน สิ่งสาธารณะทำให้อันตรายต่อมนุษย์และจะต้องรับผิดชอบ หาวิธีการกำหนดนักการเมืองที่จะสร้างประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ การรับการบริการจะและเป็นความเสมอภาค สถานพยาบาลให้การดูแลและรักษาทุกชนชั้น ทุกคนเป็นมนุษย์ที่มีสิทธิ์เสรีภาพในการแสดงออกเสถียรภาพความมั่นคงในการใช้ชีวิตเป็นปัจเจกเฉพาะบุคคลส่วนใหญ่แล้วก็จะเป็นสร้างหนี้สร้างสินในการเป็นปัจจัยในการใช้ชีวิตของตนเองและครอบครัว18

แนวโน้มและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพทางการเมืองในการทำงานตามรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต มีสิทธิ์ในการเลือกโหวตเลือกแต่ละนโยบาย ทุกองค์กรสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบทางการเมือง เสนอแลกเปลี่ยนความคิดเท่าเทียมกัน มีจิตศรัทธาในการช่วยเหลือและบริการประชาชน สร้างความดีและมีผลงานในหน้าที่การงาน ปฏิบัติตามหลักศาสนามีศีลธรรมและคุณธรรม สร้างความรักความสามัคคีในองค์กร โฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ความดีความชอบของสำนักงานเปิดโอกาสให้ไปใช้สิทธิเสรีภาพในการไปใช้สิทธิ์ตามรัฐธรรมนูญ[19,20]

ข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับใช้กับการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่อื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสม

2. ควรนำเสนองานวิจัยเป็นแนวทางกำหนดนโยบายของสำนักงานตำรวจ ฐังระดับภาค และระดับประเทศ

3. ควรนำเสนอผลการวิจัยต่อนักการเมืองทั้งระดับท้องถิ่นและระดับชาติเพิ่มการเสนอแนะการช่วยเหลือในระดับนโยบายของภาครัฐบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อุทัย หิรัญโต. (2553). หลักการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
2. Hackman, R. J. and Suttle, L. J. (1977). Improving Life at Work; Behavior Science Approach to Organizational Change. Santa Monica, Calif: Goodyear Publishing.
3. ปราบพาล มีมงคล. (15 มกราคม 2567). รองผู้บัญชาการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า ภาค 9. (สัมภาษณ์).
4. มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. (2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการจัดการ. 3(1): 109-116.
5. พัสนันต์ ปานเทศ. (2553). คุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการตำรวจกองบังคับการอำนวยการสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
6. เลิศศักดิ์ ปรีชาเกรียงไกร. (2553). การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานในเครือบริษัทบางพระกอสราง จังหวัดบุรีรัมย. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย.
7. วัฒนา อัคราวัฒนานุพงษ์. (2546). ทัศนคติที่มีต่อการเลือกซื้อบ้านจัดสรรที่เป็นอยู่อาศัยในช่วงภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ (พ.ศ. 2540-2544) ของกลุ่มคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพ มหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
8. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. (2555). ระบบประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

9. มนธร หิรัญญิก. (2565). การแตงกายของประเทศสมาชิกอาเซียนและผลกระทบดานวัฒนธรรมการแตงกายในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
10. บรรเจิด สิงคะเนติ. (2562). หลักพื้นฐานสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
11. สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556). พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
12. อาภรณ์ ภู่วิทยพันธุ์. (2551). กลยุทธ์ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
13. วิพงษ์ชัย ร้องขันแก้ว. (2558). การพัฒนาเว็บไซต์สารสนเทศงานประกันคุณภาพการศึกษา คณะพล ศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารคณะพลศึกษา. (18)1: 256-267 .
14. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2550). ธรรมนูญชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักงาน พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
15. ธนชัย มะธิปิไขย. (2550). การดำเนินงานโครงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 31. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
16. สิริณัฐ แสงดารา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อ องค์กรของบุคลากรสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
17. อุษา งามมีศรี. (2552). การศึกษาภาพลักษณของโรงเรียนเอกชน อำเภอพัฒนนิคม จังหวัดลพบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
18. โชติกา นามบุญเรือง. (2559). คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรกองกำกับการสืบสวนตำรวจ ภูธรจังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
19. วิศิษฏ์ มะอักษร. (2550). การพัฒนาบทบาทของตำรวจในการป้องกันอาชญากรรมเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
20. ทวีศักดิ์ ตู้จินดา. (2554). บทบาทของรัฐสภาไทยในการควบคุมธรรมาภิบาลของตำรวจ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

The Development of Participation of Network Partners for Diabetes and Hypertension Care, Case study Tumbol Si Chomphu District Si Chomphu District, Khonkaen Province.

(Received: October 14,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 24,2024)

กฤษดา โม้เวียง[1]
Kritsada Moweang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 15 คน 2) ผู้ป่วยเบาหวานตำบลสีชมพู จำนวน 668 ราย และความดันโลหิตสูง ตำบลสีชมพู จำนวนกลุ่มละ 30 คน และ 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ข้อมูลถูกรวบรวมผ่านแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และมีความเที่ยง สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังการการพัฒนา ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, p-value <0.001 และ p-value <0.001 ตามลำดับ) ด้านผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, p-value <0.001 ตามลำดับ) และด้านบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001 และ p-value <0.001 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การพัฒนา การมีส่วนร่วม การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

ABSTRACT

This participatory action research aims to study the development of stakeholder engagement in managing diabetes and hypertension care within the community, specifically focusing on the case study of Si Chomphu Subdistrict, Si Chomphu District, Khon Kaen Province. The sample population includes: 1) 15 stakeholders involved in diabetes and hypertension care management; 2) 668 diabetes patients and 30 hypertension patients from Si Chomphu; and 3) 30 caregivers for diabetes and hypertension patients. Data were collected through questionnaires validated by experts, ensuring reliability. The statistical methods employed include descriptive statistics and inferential statistics, specifically the paired t-test.

The findings indicate that post-development, patient outcomes showed a statistically significant increase in self-care behaviors, self-perceived health status, and patient satisfaction regarding their involvement in managing diabetes and hypertension at a significance level of 0.05 (p-value <0.001, p-value <0.001 and p-value <0.001 respectively). For caregivers, there was also a significant improvement in their care behaviors and satisfaction with their involvement in managing diabetes and hypertension at the same significance level (p-value <0.001 and p-value <0.001 respectively). Furthermore, healthcare personnel demonstrated increased engagement in patient care and satisfaction with stakeholder involvement in

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

managing diabetes and hypertension, also at a significance level of 0.05 (p-value <0.001 and p-value <0.001 respectively).

Keywords: Development, Engagement, Diabetes and Hypertension Care in Community

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าประเทศที่มีรายได้สูง โรคเหล่านี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอายุขัยของประชากร ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] โรคความดันโลหิตสูงมีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 1.13 พันล้านคน โดย 4 ใน 5 ของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ในปี 2017 มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกถึง 425 ล้านคน [2] ในประเทศไทย สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี 2562 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2557 ข้อมูลระบุว่าผู้ที่ไม่รู้ตัวว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมีถึง 30.6% และผู้ที่ไม่รู้ตัวว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีถึง 48.8% โดยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ไต และสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมักประสบปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดการทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น นอกจากผลกระทบทางสุขภาพแล้ว โรคเหล่านี้ยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดภาระทางการเงินทั้งสำหรับผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข[3]

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานสากลภายในปี 2580 การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญในการลดอัตราการเกิดโรคเหล่านี้ โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับท้องถิ่น[4] สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2561 – 2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 2,239 ราย 2,343 ราย 2,512 ราย 2,382 ราย 2,284 ราย 3,715 รายและ 3,317 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2,342 ราย 2,345 ราย 2,350 ราย 5,126 ราย 2,134 ราย 3,455 ราย และ 3,284 ราย ตามลำดับ และในตำบลสีชมพูมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2561 – 2566 เท่ากับ 596 ราย, 610 ราย, 599 ราย, 598 ราย, 612 ราย และ 668 ราย ตามลำดับ และพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบ 2561 – 2566 เท่ากับ 713ราย, 748 ราย, 748 ราย, 773 ราย, 813 ราย และ 930 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่า ในปีงบประมาณ 2561 – 2566 ในพื้นที่ตำบลสีชมพูมีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงกว่าตำบลอื่นๆในอำเภอสีชมพู จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 ที่ผ่านมาพบว่า ผลการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอสีชมพู พบว่า บางตัวชี้วัดดำเนินงานได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน ร้อยละ 78.24 (เป้าหมาย ร้อยละ90), ประชากรอายุ 35-59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวานภาพรวมร้อยละ 77.03 (เป้าหมาย ร้อยละ 80), ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 29.12 (เป้าหมาย ร้อยละ40) การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.82 (เป้าหมาย ร้อยละ90),

ประชากรอายุ 35-59 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.47 (เป้าหมาย ร้อยละ80)[5] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงนับว่าเป็นประเด็นท้าทายสำหรับระบบสาธารณสุขในปัจจุบันที่ต้องมีการจัดกระบวนทัศน์ในการดูแลใหม่ โดยไม่มองเฉพาะพยาธิสภาพของโรค แต่ต้องอยู่บนการจัดการที่เหมาะสม ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นต้องการแผนการรักษาระยะยาวที่มีระบบประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพและระหว่างภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน

การศึกษาและพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน เช่น การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรค การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลทั้งหมดนี้ สามารถเห็นได้ว่าปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ สังคม และการจัดการด้านสาธารณสุขอย่างลึกซึ้ง จึงต้องมีการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พื้นที่ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พื้นที่ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มุ่งเน้นศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานตำบลสีชมพู และความดันโลหิตสูง ตำบลสีชมพู จำนวนกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 35-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3) รักษาและรับยารักษาโรคเบาหวาน อย่างน้อย 1 ปี 4) ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดก่อนอาหารเช้ามีค่ามากกว่า 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 5) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 6) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถพูดคุย สื่อสารได้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 35-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3) รักษาและรับยารักษาความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ปี 4) ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg. 5) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจาก โรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัยได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ อัมพาต 6) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถพูดคุย สื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่เข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ 2) ไม่สามารถติดตามตัวได้ขณะเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. ด้านผู้ป่วย

- แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราส่วน การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน เท่ากับ

ระดับมาก, 2.34 – 3.67 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง, 1.00 - 2.33 คะแนน เท่ากับระดับน้อย

- แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราส่วน (rating scale) การแปลผลการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง มีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก, 2.34 – 3.67 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง, 1.00 - 2.33 คะแนน เท่ากับระดับน้อย

- แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 ข้อ การแปลผลความพึงพอใจ มีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก, 2.34 – 3.67 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง, 1.00 - 2.33 คะแนน เท่ากับระดับน้อย

2. ด้านผู้ดูแล

- แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ การแปลผลพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย มีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก, 2.34 – 3.67 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง, 1.00 - 2.33 คะแนน เท่ากับระดับน้อย

- แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 ข้อ การแปลผลความพึงพอใจ มีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก, 2.34 – 3.67 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง, 1.00 - 2.33 คะแนน เท่ากับระดับน้อย

3. ด้านภาคีเครือข่าย

- แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

- แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 20 ข้อ การแปลผลการมีส่วนร่วม มีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก, 2.34 – 3.67 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง, 1.00 - 2.33 คะแนน เท่ากับระดับน้อย

- แบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 ข้อ การแปลผลความพึงพอใจ มีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก, 2.34 – 3.67 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง, 1.00 - 2.33 คะแนน เท่ากับระดับน้อย

คุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดำเนินการนำเค้าโครงงานวิจัยและเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อคำถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยค่าที่คำนวณได้ในแต่ละข้อคำถามพบว่ามีค่าไม่ต่ำกว่า 0.50 ทุกข้อ 2) ตรวจสอบความเที่ยงโดย การทดสอบความเที่ยง ดำเนินการโดยนำเครื่องมือวิจัยปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในตำบลวังเพิ่ม ซึ่งมีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกับตำบลสีชมพู จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง Cronbach's Alpha coefficient ดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเท่ากับ 0.78 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ของผู้ดูแล เท่ากับ 0.85 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.86 แบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการมี

ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน นโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ด้านผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ด้านผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ด้านบุคลากรสุขภาพ เก็บรวมรวบข้อมูลโดยการใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ประกอบด้วย บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนสร้างการมีส่วนร่วม โดยใช้รูปแบบการประชุมกลุ่ม

1. ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์บริบทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ได้จากระยะที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน 3) ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน และ 4) เจ้าหน้าที่องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน ได้รับทราบ

2. ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนรับทราบรูปแบบและสถานการณ์การดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ ที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ได้ปฏิบัติ และนำเสนอความคาดหวังบทบทหน้าที่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น กำหนดเป็นข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกัน

3. ทบทวนบทบาทหน้าที่เพื่อดำเนินการปฏิบัติตามข้อตกลงและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

4. กำหนดกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาดำเนินการ ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน

5. ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่นำเสนอ รวมทั้งให้โอกาสในการนำเสนอความคิดเห็นอื่นๆ เพื่อค้นหาสาเหตุและประเด็นปัญหาเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อำนวยให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ประสานงานและติดตามให้ทุกภาคส่วนดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนเปรียบเทียบกับก่อนการสร้างการมีส่วนร่วมฯ ได้แก่

ด้านผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านผู้ดูแล เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ด้านบุคลากรสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม

สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนและเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อไป โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายเลขโครงการวิจัย REC 019/2567 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 52.83 ปี (S.D.= 10.09) อายุต่ำสุด 35 ปี, อายุสูงสุด 70 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.0 สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 55.0

2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

1. ปัญหาขาดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ชัดเจน 2. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม 3. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนขาดการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

จึงได้กำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ กิจกรรมในการแก้ปัญหา 3 โครงการได้แก่ 1. การร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น 2. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการอบรมให้ความรู้ และให้อสม.ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง 3. การพัฒนาการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.จัดอบรมเกี่ยวกับพัฒนาการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

3. การประเมินผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

ด้านผู้ป่วย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 คะแนน (S.D.=0.29) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน(S.D.=0.23) อยู่ในระดับมาก การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองก่อนพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 คะแนน (S.D.=0.16) อยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 คะแนน(S.D.=0.166) อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.95 คะแนน (S.D.=0.23) อยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 คะแนน(S.D.=0.30) อยู่ในระดับปานมาก โดยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value

<0.001, p-value <0.001และ p-value <0.001 ตามลำดับ)

ด้านผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมการผู้ป่วยก่อนพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 คะแนน(S.D.=0.29) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน(S.D.=0.22) อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 คะแนน(S.D.=0.21) อยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 คะแนน(S.D.=0.30) อยู่ในระดับมาก โดยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001 และ p-value <0.001 ตามลำดับ)

และด้านบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ก่อนพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 คะแนน(S.D.=0.23) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 คะแนน (S.D.=0.188) อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 คะแนน(S.D.=0.23) อยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 คะแนน(S.D.=0.24) อยู่ในระดับมาก โดยพบว่า การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001 และ p-value <0.001 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย หลังการการพัฒนา ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, p-value <0.001 และ p-value <0.001 ตามลำดับ) ด้านผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, p-value <0.001 ตามลำดับ) และด้านบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001 และ p-value <0.001 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการต้องร่วมมือกันระหว่างทีมภาคีเครือข่าย และต้องสอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยและภายใต้ความเป็นไปได้ของศักยภาพของหน่วยบริการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมานพ ผสม[6] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ความรู้และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” 4อยา 8 ขนาน หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย Body Mass Index หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.26 (S.D 4.42) ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ลดลงจากเดิม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.37(S.D 2.04)อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 กลุ่ม

ตัวอย่างมีความพึงพอใจภาพรวมต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในระดับมาก เช่นเดียวกับชมพูนุท วงษาเนาว์, วราลี วงศ์ศรีชา และวรรณ์นิภา แสนสุภา[7] ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา หลังการพัฒนาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การชั่งน้ำหนัก, วัดความดันโลหิต, เจาะน้ำตาลในเลือด 2) เข้ากลุ่มให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3) พบแพทย์ตรวจรักษาปรับยา 4) พยาบาลให้คำแนะนำ/นัดครั้งต่อไป 5) รับคำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกร 6) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า หลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และวลัยพร รุ่งเรือง, เรืองหทัย ปัณณราช, รจนา วรวิทย์ศรางกูร และอรอุมา จันธานี[8] ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลหนองหาน ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital , In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็วปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน ผลการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกายลดลงแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยระบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรมีระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่องเพื่อรักษาและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

2. ควรจัดอบรมเพิ่มเติมให้กับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะและความรู้ในการดูแลสุขภาพ

3. ควรมีระบบติดตามผลเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโครงการและปรับปรุงตามความต้องการของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถปรับใช้ได้ในระยะยาว โดยอาจรวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันสำหรับการบันทึกข้อมูลสุขภาพและการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

2. ควรมีการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะและความรู้ให้กับบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารและการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำและสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจจัดกิจกรรมร่วมกันเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น กิจกรรมออกกำลังกายหรือ workshop ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอ

แสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มีคุณค่า การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. International Classification of Functoning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas: 8th edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ จำกัด; 2565.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีชมพู. รายงานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2566; 2566.
6. มานพ ผสม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(3):20-30.
7. ชมพูนุท วงษาเนาว์, วราลี วงศ์ศรีชา, วรรณ์นิภา แสนสุภา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(3):127-137.
8. วลัยพร รุ่งเรือง, เรืองหทัย ปัณณราช, รจนา วรวิทย์ศรางกูร, อรอุมา จันธานี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลหนองหาน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(3):658-669.

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดสุโขทัย

The development of a web application promoting the use of herbal medicines as substitutes for modern medications among health professionals, Sukhothai province.

(Received: October 15,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 24,2024)

วิลาสินี หงสนันทน์[1], จิตอนุวัต พุ่มมวง[2], วิจิตร โภคา[3]
Wilasinee Hongsanan[1] Chitanuwat Phumwong[2] Mr. Wichit Phoka[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 การเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการศึกษามุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อรูปแบบเว็บแอปพลิเคชันที่เหมาะสมสำหรับการใช้งาน โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 10 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นเว็บแอปพลิเคชันต้นแบบ ชื่อ Check Herbs ระยะที่ 2 การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน โดยการนำเว็บแอปพลิเคชันต้นแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรทางการแพทย์ทดลองใช้งานและนำไปปรับปรุง 2 รอบ แต่ละรอบใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชัน 1) การประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน 2) การประเมินประสิทธิภาพในการใช้งานจากกลุ่มผู้ใช้เพื่อประเมินความพึงพอใจและการประเมินความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 50 คน

ผลการวิจัยระยะที่ 1 จากการค้นคว้าข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับยาสมุนไพรมีอยู่อย่างกระจัดกระจายและขาดความครบถ้วน และผู้ให้ข้อมูลต้องการแอปพลิเคชันที่มีเนื้อหาของยาสมุนไพรที่ครบถ้วน ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ผลระยะที่ 2 จากการทดลองใช้ครั้งที่ 1 พบว่าการประมวลผลยังไม่เชื่อมโยงกับการกรอกข้อมูลในบางส่วน รูปแบบการใช้ซับซ้อน สีของไอคอนยังไม่สวยงาม แต่เนื้อหาของยาสมุนไพรมีเพียงพอต่อความต้องการใช้งาน หลังจากปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ครั้งที่ 2 พบว่าการประมวลผลเชื่อมโยงอย่างถูกต้อง สีเหมาะสม ใช้งานสะดวก ผลระยะที่ 3 พบว่าการประเมินคุณภาพของเว็บแอปพลิเคชัน การประเมินความพึงพอใจและการประเมินความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากทดลองใช้เว็บแอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: เว็บแอปพลิเคชัน สมุนไพร บุคลากรทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This research and development study aimed to develop a web application to promote the use of herbal medicines as substitutes for modern medications among health professionals. The study was divided into three phases as follows: Phase 1: Preparation The researcher reviewed information on herbal medicines from the National List of Essential Medicines and a study of medical personnel's perspectives on the appropriate web application format for usage, conducted through in-depth interviews. The informants were 10 health professionals. Data was analyzed using content analysis. The obtained information was used to develop a prototype web application called 'Check Herbs'. Phase 2: Web Application Development. The prototype was tested by experts and health professionals, and revisions were made over two rounds. Each round involved in-depth interviews, with data analyzed through content analysis to refine the application. Phase 3: Testing the Efficiency of the Web Application

[1]เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย Corresponding author
[2]แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
[3]นักวิชาการคอมพิวเตอร์ กลุ่มงานสุขภาพดิจิตอล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

1 Quality assessment by 3 experts 2. Usability evaluation from user groups to assess satisfaction and evaluate knowledge about herbal medicines as substitutes for modern medications.-The sample group consisted of 50 health professionals.

Research results from Phase 1: A review of relevant documents revealed that important information about herbal medicines was scattered and incomplete. The informants desired an application with comprehensive content on herbal medicines, easy to use, uncomplicated, and using easily understandable language. Results from Phase 2: The first trial revealed that the processing was not fully linked to data entry in some parts, the usage format was complex, and the icon colors were not aesthetically pleasing. However, the content of herbal medicines was sufficient for usage needs. After improvements, the second trial showed that the processing was correctly linked, colors were appropriate, and usage was convenient. Results from Phase 3: The quality assessment of the application, satisfaction evaluation, and assessment of knowledge about herbal medicines were all at a high level. The sample group showed a significantly increased average knowledge score after using the web application, with statistical significance at the 0.001 level.

Keywords: Web application, Herbal Medicine, Health professionals, Research and Development,

บทนำ

การใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาโรคในสังคมไทยมีรากฐานทางประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน โดยมีการใช้สมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ยุคโบราณ ภูมิปัญญาด้านสมุนไพรนี้ถูกสืบทอดผ่านประสบการณ์ของชุมชนและการรักษาที่เกิดจากการทดลองใช้ในท้องถิ่นต่าง ๆ ทั่วประเทศ รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นดังกล่าว ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากการดำเนินนโยบายที่มุ่งอนุรักษ์ภูมิปัญญานี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค หนึ่งในผลลัพธ์ที่สำคัญจากกระบวนการปฏิรูปนี้คือ การบรรจุประเด็นการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นการยกระดับความสำคัญของการแพทย์แผนไทยขึ้นสู่ระดับนโยบายหลักของประเทศ การระบุถึงการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในรัฐธรรมนูญไม่เพียงแต่รับรองความสำคัญของการแพทย์แผนไทย แต่ยังเป็นการแสดงถึงความตั้งใจของรัฐบาลที่จะพัฒนาระบบสุขภาพที่ผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย การบรรจุประเด็นการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ ยังสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของรัฐบาลในการสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรไทย ซึ่งมีศักยภาพในการรักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังช่วยลดการพึ่งพายาจากต่างประเทศและส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ซึ่งเป็นการพัฒนาที่สามารถสร้างความมั่นคงทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ[1]

สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศได้กำหนดวาระการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติไว้เป็นการเฉพาะ โดยมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม คือ การจัดทำแผนบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน[2] นอกจากนี้ ประเทศไทยมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรอย่างต่อเนื่อง โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนดเป้าหมายให้นำความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการตรวจรักษาโรคและการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้มากขึ้น[3] และในแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างเหมาะสม มีตัวชี้วัดผลลัพธ์ เช่น จำนวนการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในระบบสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 ในปี 2570[4] ซึ่งปัจจุบันมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรยังเพิ่มขึ้น แต่ยังมีสัดส่วนที่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับการสั่งใช้ยาแผน

ปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากปริมาณการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนการสั่งจ่ายยาทั้งหมด ปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 เป็นร้อยละ10.60 11.95 และ 13.62 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ร้อยละ 15.00[5] และมีมูลค่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยนอกในภาพรวมของประเทศ มีเพียงร้อยละ 0.21 และ 0.19 ตามลำดับ[5] จะเห็นได้ว่าการสั่งจ่ายยาสมุนไพรยังมีน้อยเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าอุปสรรคที่สำคัญในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบันไม่ทราบขนานยาและสรรพคุณของยาสมุนไพร[6] และมีการศึกษาพบว่าอุปสรรคของผู้เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยาได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแผนไทย พยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และเภสัชกร ต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรที่สำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1. ผู้สั่งจ่ายยาไม่รู้จักขนานยาและสรรพคุณยา 2. ผู้สั่งจ่ายยาไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับยา และ 3. ผู้สั่งจ่ายยาไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของยา[7] ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันผ่านการสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา โดยเภสัชกรยังมีหน้าที่ในการให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับสรรพคุณและการใช้ยาสมุนไพรอย่างเหมาะสม ดังนั้นการมีสิ่งที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบโดยเภสัชกร จึงอาจช่วยลดปัญหาและอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรได้ อย่างไรก็ตาม กรมการแพทย์แผนไทยจัดทำแอปพลิเคชันชื่อว่า สมุนไพรไทย ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันสำหรับประชาชนทั่วไปใช้ในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรในเบื้องต้น แต่ลักษณะการใช้งานและข้อมูลยังไม่เพียงพอสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะนำมาใช้สำหรับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ซึ่งปัจจุบันยังไม่พบแอปพลิเคชันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมการสั่งใช้ยาสมุนไพรให้กับประชาชน

จังหวัดสุโขทัย มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 มีปริมาณการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนการสั่งจ่ายยาทั้งหมด ร้อยละ9.42 10.62 และ 13.24 และ มีมูลค่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยนอก ร้อยละ1.59 1.85 และ 1.94 ตามลำดับ[8] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดสุโขทัยมีเทคโนโลยีที่ช่วยอำนวยความสะดวกและมีข้อมูลที่เพียงพอในการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน อันจะนำมาซึ่งการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้มากยิ่งขึ้น ประชาชนได้รับยาสมุนไพรที่เหมาะสมและปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อประเมินคุณภาพของเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การเตรียมการ ระยะที่ 2 การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน และระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชัน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ 1) ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ ข้อบ่งใช้ อันตรกิริยา

การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ อาการข้างเคียง การใช้ยาในผู้ป่วยตับ/ไต 2) ศึกษามุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อรูปแบบเว็บแอปพลิเคชันที่เหมาะสมสำหรับการใช้งาน โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 10 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นเว็บแอปพลิเคชันต้นแบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยนำเว็บแอปพลิเคชันต้นแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรทางการแพทย์รวมจำนวน 10 ท่าน ทดลองใช้งานและนำไปปรับปรุง 2 รอบ แต่ละรอบใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชัน 1) การประเมินคุณภาพเว็บแอปพลิเคชันโดยผู้เชี่ยวชาญ ในการทดสอบประสิทธิภาพและการใช้งานของระบบหรือเว็บไซต์ในโดเมนเฉพาะ วิธีนี้เน้นการวิเคราะห์ในบริบทที่เฉพาะเจาะจง ควรให้มีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 คน ในการประเมินคุณภาพ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและผู้เชี่ยวชาญทั่วไปเพื่อให้ค้นพบปัญหาการใช้งานได้มากกว่าร้อยละ 80.00[9] ดังนั้นในงานวิจัยในระยะที่ 3 นี้ จึงมีการประเมินคุณภาพเว็บแอปพลิเคชันโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1.ข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบประเมินคุณภาพแอปพลิเคชัน จำนวน 15 ข้อ ตัวเลือกตอบแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพมากที่สุด (5 คะแนน) มีคุณภาพมาก (4 คะแนน) มีคุณภาพปานกลาง(3 คะแนน) มีคุณภาพน้อย(2 คะแนน) มีคุณภาพน้อยที่สุด(1 คะแนน) โดยประยุกต์ใช้แนวทางคำถามจากงานวิจัยของวิลาสินี หงสนันทน์ และศุภชัย อินสุข[10] จากนั้นรวมคะแนนและจัดระดับคะแนนรวมคุณภาพแบ่งเป็น 3 ช่วง[11] ดังนี้ ระดับน้อย (15-44 คะแนน) ระดับปานกลาง (45-49 คะแนน) และระดับมาก (ตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามหลังจากทดลองใช้งานแล้วเป็นเวลา 30 นาที ถึง 45 นาที 2) การประเมินประสิทธิภาพในการใช้งานจากกลุ่มผู้ใช้เพื่อประเมินความพึงพอใจและการประเมินความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 50 คน เนื่องจากยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนหรือเป็นเอกฉันท์เกี่ยวกับจำนวนผู้เข้าร่วมทดสอบที่เหมาะสมสำหรับการทดสอบการใช้งาน (Usability Testing) ซึ่งได้ทำการทดสอบพบว่าการทดสอบการใช้งานที่มีผู้ใช้งานมากถึง 50 คน จะมีอัตราการค้นพบปัญหาจากการใช้งาน ได้สูงสุดถึงร้อยละ 98.00[9] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ จำนวน 50 คน เพื่อทดสอบประสิทธิภาพการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันเวอร์ชันสุดท้าย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1. เป็นบุคคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดสุโขทัย 2. มีประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย 3. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถใช้งานเว็บแอปพลิเคชันได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลองใช้งานและหลังการทดลองใช้งาน30 นาที ถึง 45 นาที โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1.ข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ ตัวเลือกตอบแบบถูกผิด (ตอบถูกได้ 1 คะแนน) ระดับคะแนนรวมความรู้แบ่งเป็น 3 ช่วง[11] ดังนี้ ระดับน้อย (0-11 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และระดับมาก (ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) 3.แบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 15 ข้อ ตัวเลือกตอบแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด(5 คะแนน) พึงพอใจมาก(4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง(3 คะแนน) พึงพอใจน้อย(2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด(1 คะแนน) ระดับคะแนนรวมความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ช่วง[11] ดังนี้ ระดับน้อย (15-44 คะแนน) ระดับปานกลาง (45-49 คะแนน) และระดับมาก (ตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป) สำหรับส่วนของแบบสอบถามความพึง

พอใจให้กลุ่มตัวอย่างตอบหลังจากได้ทดลองใช้งานแล้วเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้รวบรวมและเรียบเรียงเนื้อหาข้อมูลยาสมุนไพรที่ต้องการสื่อสารไว้ในเว็บแอปพลิเคชันจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาก่อนนำไปพัฒนาเป็นเว็บแอปพลิเคชัน ในส่วนของแบบประเมินและแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence:IOC) ได้ค่าIOC อยู่ระหว่าง 0.67- 1.00 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพแอปพลิเคชัน แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน เท่ากับ 0.83 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงที่สามารถยอมรับได้[12]

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์เชิงปริมาณข้อมูลคะแนนคุณภาพและคะแนนความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้งานเว็บแอปพลิเคชันด้วยสถิติ pair t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1

1. ผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพรโดยผู้วิจัย ทำให้เห็นถึงปัญหาสำคัญเกี่ยวกับข้อมูลยาสมุนไพร กล่าวคือ ข้อมูลยังคงกระจัดกระจายและขาดความครบถ้วน โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างความมั่นใจเพื่อสั่งใช้ยา ข้อมูลเหล่านี้ครอบคลุมหลายด้าน ได้แก่ อันตรกิริยาระหว่างยาสมุนไพรกับยาชนิดอื่น ความปลอดภัยและข้อควรระวังในการใช้ยาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น แนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับตับหรือไต รวมถึงงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุนประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสมุนไพร

นอกจากนี้ ยังพบว่าบางแหล่งข้อมูลยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับรายการยาแผนปัจจุบันที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนได้ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะช่วยให้แพทย์สามารถพิจารณาทางเลือกในการรักษาได้อย่างครอบคลุม การที่ข้อมูลไม่ถูกจัดระบบอย่างเหมาะสมส่งผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวคือ อาจทำให้ต้องใช้เวลามากในการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมก่อนการตัดสินใจสั่งใช้ยาสมุนไพร

สถานการณ์นี้อาจส่งผล เช่น ลดความมั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพร ทำให้เสียเวลาในการรักษาผู้ป่วย และอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การขาดแคลนข้อมูลที่ครบถ้วนและเชื่อถือได้ยังอาจทำให้เสียโอกาสในการใช้ประโยชน์จากยาสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ป่วยในหลายกรณี

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลยาสมุนไพรจากแหล่งต่างๆ อย่างครอบคลุม จากนั้นมีการจัดระบบข้อมูลให้ง่ายต่อการสืบค้นและเข้าถึง การสร้างฐานข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้

อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2. จากการศึกษามุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อรูปแบบเว็บแอปพลิเคชันที่เหมาะสมสำหรับการใช้งาน โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 10 ท่าน ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 70.00 เพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ย 47.23 จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถจำแนกประเด็นได้ดังนี้

รูปแบบเว็บแอปพลิเคชันที่เหมาะสมสำหรับการใช้งานของบุคลากรทางการแพทย์

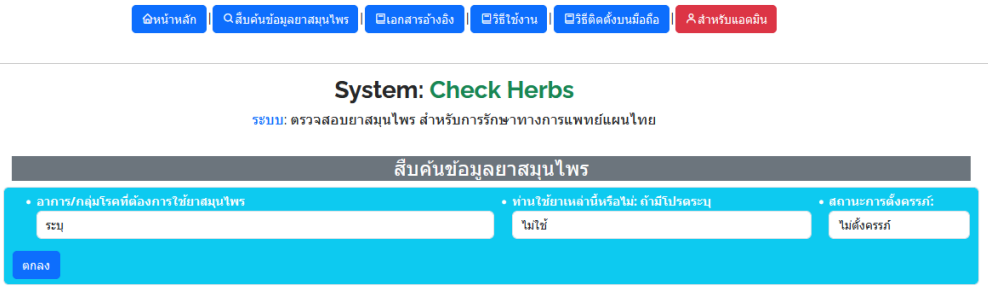
1) มีความสะดวกในการใช้งาน เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย รวดเร็ว ต้องการให้มีวิธีการใช้งานที่สะดวกต่อการนำไปใช้งานจริง และค้นหาข้อมูลยาสมุนไพรได้อย่างรวดเร็ว เมนูไม่ซับซ้อน เนื่องจากไม่อยากเสียเวลาในการค้นหาข้อมูลมากเกินไป รบกวนเวลาของผู้ป่วย

2) ใช้ภาษาที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพเข้าใจได้ การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในเว็บแอปพลิเคชัน ควรเป็นศัพท์ทางการแพทย์ที่วิชาชีพทั่วไปสามารถเข้าใจได้ง่าย ไม่ต้องการให้มีคำศัพท์ทางด้านแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะ เช่น ลมปลายปัตคาต เป็นต้น และไม่ต้องการคำศัพท์ทางเฉพาะทางของเภสัชกรที่ลึกซึ้งเกินไป เพราะต้องการใช้ทุกวิชาชีพได้นำใช้งานอย่างเข้าใจได้ง่าย

3) การให้คำแนะนำการใช้ยาสมุนไพรที่เพียงพอต่อการสั่งใช้ยา ต้องการให้มีข้อมูลที่เพียงพอได้แก่ ข้อบ่งใช้ ขนาดการรักษา การใช้ยาในผู้ป่วยตับ/ไต การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่พบอย่างครบถ้วนในแหล่งข้อมูลเดียว สืบค้นยาก และไม่ต้องการให้มีเนื้อหามากเกินไป อาจทำให้จับใจความสำคัญได้ยาก

4) การสนับสนุนข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของยาสมุนไพร ต้องการให้มีตัวอย่างข้อมูลงานวิจัยประกอบในยาสมุนไพรแต่ละตัว เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลในการรักษา ทำให้มีความมั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพรตัวนั้นมากยิ่งขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเป็นเว็บแอปพลิเคชันต้นแบบชื่อว่า Check Herbs ซึ่งสามารถเข้าใช้งานได้จาก www.checkherbs.com หรือนำเว็บแอปพลิเคชันไปติดตั้งบนหน้าจอของโทรศัพท์เคลื่อนที่ โดยผู้วิจัยออกแบบให้ผู้ใช้งานสามารถเลือกใช้ยาสมุนไพรได้จากการสืบค้นตามข้อบ่งใช้หรืออาการของกลุ่มโรคที่ต้องการใช้ยาสมุนไพร และระบุการใช้ยาแผนปัจจุบันของผู้ป่วยที่ใช้อยู่เดิมที่มีความเสี่ยงในการเกิดอันตรกิริยากับยาสมุนไพร และระบุสถานะการตั้งครรภ์ จากนั้นระบบจะคัดเลือกยาที่เหมาะสมในการรักษาตามสภาวะของผู้ป่วย โดยจะแสดงเฉพาะรายการยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ขึ้นมาให้บุคลากรทางการแพทย์เลือกสั่งใช้ยาต่อไป โดยมีข้อมูลรายละเอียดที่จำเป็นต้องทราบในการสั่งใช้ยาสมุนไพร ซึ่งระบบจะช่วยลดความเสี่ยงในการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่อาจเกิดอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยใช้อยู่ และลดความเสี่ยงในการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ เมื่อได้เว็บแอปพลิเคชันต้นแล้วจึงนำไปใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 ต่อไป



ภาพที่ 1 เว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs

ผลการศึกษาระยะที่ 2

ทดลองใช้งานเว็บแอปพลิเคชันต้นแบบ ครั้งที่ 1 โดยผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรทางการแพทย์รวมจำนวน 10 ท่าน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ให้

ข้อมูลส่วนใหญ่นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 70.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุเฉลี่ย 45.32 ปี จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถจำแนกประเด็นได้ดังนี้ 1) การประมวลผลและการเชื่อมโยงข้อมูล พบข้อมูลของเนื้อหาบางส่วนยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสม 2) ความซับซ้อนของรูปแบบการใช้งานเพื่อเข้าสู่เนื้อหายุ่งยากเกินไป 3) การออกแบบสีของแต่ละเมนูยังไม่สวยงาม ไม่สะดุดตาทำให้มองไม่เห็นเมนูต่างๆ 4) เนื้อหาของยาสมุนไพรเพียงพอในการสั่งใช้ยาได้อย่างมั่นใจ 5) ความเร็วในการโหลดและประมวลผลเหมาะสม ไม่มีปัญหาทางเทคนิค 6) มีคำที่พิมพ์ผิดเป็นบางส่วน

ผู้วิจัยได้นำปัญหาดังกล่าวไปแก้ไขจากนั้นนำไปให้ทดลองใช้ครั้งที่ 2 พบประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้ 1) การประมวลผลเชื่อมโยงข้อมูลยาสมุนไพรอย่างถูกต้อง 2) สีที่ใช้เหมาะสมกับในแต่ละหัวข้อและเมนู 3) ใช้งานสะดวกมากขึ้น เมนูอยู่ในตำแหน่งที่เข้าถึงได้ง่าย 4) ใช้เวลาไม่นานในการค้นหาข้อมูลยาสมุนไพรที่ต้องการสั่งใช้ยากับผู้ป่วย เมื่อได้เว็บแอปพลิเคชันตามต้องการแล้ว จากนั้นนำเว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs ไปใช้ทดสอบประสิทธิภาพและคุณภาพในการศึกษาระยะที่ 3 ต่อไป

ผลการศึกษาระยะที่ 3

1. ผลการประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ย 65.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.52 ซึ่งมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก

2. ผลการประเมินความพึงพอใจโดยบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 78.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ย 46.24 ได้ค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 63.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.65 ซึ่งมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและพบว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผลคะแนนการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมากมีจำนวน 47 คน (ร้อยละ 94.00) และระดับปานกลาง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.00)

3. ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันก่อนและหลังการทดลองใช้งาน พบว่าก่อนการใช้เว็บแอปพลิเคชัน ผู้ที่มีความรู้ระดับมาก มีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.00) ผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลาง มีจำนวน 38 คน (ร้อยละ 76.00) และผู้ที่มีความรู้ระดับน้อย มีจำนวน 7 คน (ร้อยละ 14.00) และหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชัน ผู้ที่มีความรู้ระดับมาก มีจำนวน 45 คน (ร้อยละ 90.00) ที่มีความรู้ระดับปานกลาง มีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.00) และจากการทดสอบพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ย 13.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.71 และหลังการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ย 17.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.33 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองใช้งานโดยใช้สถิติ pair t test (ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ) พบว่าหลังการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs (n=50)

ตัวแปร	เวลาประเมิน	ผลการประเมิน			
		$\bar{x}$ ± S.D.	t	df	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน	ก่อนการใช้งาน	13.34 ± 1.71	-15.825	49	<0.001
	หลังการใช้งาน	17.22 ± 1.33			

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดสุโขทัย

พบว่าการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs ดังกล่าวพัฒนามาจากความต้องการของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และผ่านการทดสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จึงสามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลไทยที่ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการใช้ยาสมุนไพรในระบบสาธารณสุขของประเทศ[2] และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการส่งเสริมการใช้สมุนไพร ตามแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560 - 2564) และแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 – 2570) ที่ยังคงมุ่งเน้นการสนับสนุนให้เกิดการผลิตสมุนไพรที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ และสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[13] เว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs นี้มีศักยภาพในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในจังหวัดสุโขทัย ที่มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การมีเครื่องมือที่ช่วยในการเข้าถึงข้อมูลสมุนไพรจะช่วยเพิ่มการสั่งจ่ายยาสมุนไพรให้มากขึ้น และส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพของเว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs โดยผู้เชี่ยวชาญผลการศึกษาพบว่ามีคุณภาพอยู่ในระดับมาก โดยมีระบบการประมวลผลที่เหมาะสมต่อการใช้งาน ใช้งานได้ง่ายโดยมีเทคโนโลยีมาช่วยในการทำระบบข้อมูล ข้อมูลเนื้อหามีความน่าเชื่อถือและเพียงพอต่อการใช้งาน สามารถช่วยแก้ไขปัญหาในระหว่างที่มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรได้ ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลอง DeLone และ McLean ซึ่งอธิบายไว้ว่าคุณภาพของระบบ (System quality) เช่น ความง่ายในการใช้งาน ความน่าเชื่อถือและความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ คุณภาพของข้อมูล (Information quality) เช่น ความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ความเกี่ยวข้อง และความทันสมัยของข้อมูล คุณภาพของบริการ (Service quality) เช่น การสนับสนุนทางเทคนิคและการแก้ไขปัญหา ทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้ และความพึงพอใจของผู้ใช้จะส่งผลต่อการใช้งานระบบ และในที่สุดทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อผลประโยชน์ของระบบสารสนเทศ[14]

2. การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จากการวิจัย พบว่าการใช้เว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs ช่วยเพิ่มความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยหลังการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้งานส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมากถึงร้อยละ 90.00 เทียบกับร้อยละ 10.00 ก่อนใช้งาน ผลการทดสอบนี้สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Chandran et al.[15] ที่แสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเพื่อการศึกษาด้านการแพทย์สามารถช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจในประเด็นที่ซับซ้อนได้เป็นอย่างดี และแอปพลิเคชันมือถือเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยปรับปรุงระดับความรู้ของผู้เรียนในสายงานด้านการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับวิธีการเรียนแบบเดิม บุคลากรทางการแพทย์หลายท่านรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรเพียงพอ และต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในด้านนี้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการขาดความรู้เป็นอุปสรรคต่อความเชื่อมั่นในการสั่งใช้ยาสมุนไพร[16] ความไม่มั่นใจนี้เกิดจากการที่ข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรยังไม่ถูกรวบรวมอย่างเป็นระบบในรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในทางการแพทย์สมัยใหม่ได้ การมีแหล่งข้อมูลที่ครบถ้วนและเชื่อถือได้ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการสั่งจ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยข้อมูลที่รวมอยู่ในเว็บแอปพลิเคชันนี้ครอบคลุมข้อบ่ง

ใช้ ขนาดยา ผลข้างเคียง และการใช้งานในผู้ป่วยพิเศษ เช่น หญิงตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับตับและไต นอกจากนี้ เว็บแอปพลิเคชันยังมีลักษณะการใช้งานที่เรียบง่ายและรวดเร็ว ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ที่ระบุว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการยอมรับเทคโนโลยี ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้งาน (Perceived Usefulness) และ ความง่ายต่อการใช้งาน (Perceived Ease of Use)[17] การที่เว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs สามารถนำเสนอข้อมูลที่มีประโยชน์และมีรูปแบบการใช้งานที่ง่าย จึงช่วยเพิ่มความมั่นใจและส่งเสริมการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความพึงพอใจในการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs ผลการศึกษาระบุว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมการวิจัยมีความพึงพอใจในระดับมากหลังจากได้ทดลองใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs โดยมีส่วนใหญ่ให้คะแนนรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 94.00 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานในด้านความสะดวกและประสิทธิภาพ การยอมรับและการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความง่ายต่อการใช้งาน (Perceived Ease of Use) ตามแนวคิดของ ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ซึ่งระบุว่าการออกแบบที่เน้นความง่ายในการเข้าถึงข้อมูลจะช่วยเพิ่มโอกาสในการนำไปใช้งานจริงในชีวิตประจำวัน[17] และสอดคล้องกับการศึกษาของพัทธนันท์ มารียาห์ แสงกุหลาบ และอัญญิฐา ดิษฐานนท์[18] ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสุขภาพระบบ Health Service Search ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) คุณภาพเนื้อหาทางการแพทย์ 2) คุณภาพระบบปฏิบัติการ 3) คุณภาพการบริการสุขภาพ ดังนั้นการออกแบบเว็บแอปพลิเคชันที่เรียบง่ายและการใช้งานที่สะดวกช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลยาสมุนไพรที่เพียงพอในการตัดสินใจสั่งใช้ยาได้อย่างรวดเร็ว ลดเวลาที่ต้องใช้ในการค้นหาข้อมูล และสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยาในสถานการณ์ที่เร่งด่วน จึงนำไปสู่การสร้างความพึงพอใจได้ในระดับมากและนำไปใช้งานจริงในชีวิตประจำวันของการทำงาน นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของสุชานันท์ แก้วกัลยา และธนากร อุยพานิชย์[19] ได้พัฒนาแอปพลิเคชันแนะนำการใช้สมุนไพรไทยเพื่อเสริมความงามผ่านระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาสาขาวิชาภูมิศาสตร์และภูมิสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 30 คน ผลการประเมินความความพึงพอใจที่มีต่อแอปพลิเคชันในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปได้ว่า เว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ได้รับหลังจากทดลองใช้งานอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเว็บแอปพลิเคชันจึงมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดสุโขทัย ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ แม้ว่าเว็บแอปพลิเคชัน Check Herbs มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการปรับปรุงเนื้อหาเพื่อให้ทันต่อการวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพร ดังนั้น ในอนาคตผู้วิจัยจะทำการปรับปรุงฐานข้อมูลของเว็บแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่องหากมีข้อค้นพบใหม่ๆ รวมถึงการติดตามผลในระยะยาวจากการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก. 2560.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หนังสือราชการ ที่ สธ. 0201.032/ว 1707 เรื่อง โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/?page_id=36723
3. ชุษณะ มะกรสาร, ศิวาพร สังรวม. ยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ของประเทศ. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2558.
4. กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ. แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทย; 2566.
5. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน. 2566. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2566. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
6. ปวันรัตน์ กิจเฉลา, วิศรี วายุรกลุ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2):145-158.
7. ธีราวุฒิ มีชานาญ. การประเมินการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนไทยของสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558;2:167-77.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. กลุ่มรายงานมาตรฐาน. 2566. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
9. AlRoobaea R, Mayhew PJ. How many participants are really enough for usability studies? In: 2014 Science and Information Conference. IEEE; 2014. p. 48-56. https://doi.org/10.1109/SAI.2014.6918171
10. วิลาสินี หงสนันทน์, ศุภชัย อินสุข. การพัฒนาแบบประเมินคุณภาพแอปพลิเคชันทางสุขภาพของไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562;11(1):181-93.
11. Bloom BSJ. Taxonomy of educational objectives, hand book 1: Cognitive domain. New York: David McKay; 1975.
12. กัลยา วานิชย์บัญชา, ฐิตา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 27. กรุงเทพฯ; 2558.
13. คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566- 2570. นนทบุรี: กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
14. Delone WH, McLean ER. The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update. J Manag Inf Syst. 2003;19(4):9-30. https://doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748
15. Chandran VP, Balakrishnan A, Rashid M, Pai Kulyadi G, Khan S, et al. Mobile applications in medical education: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2022;17(3).
16. Enioutina EY, Salis ER, Job KM, Gubarev MI, Krepkova LV, Sherwin CMT. Herbal medicines: challenges in the modern world. Part 5. status and current directions of complementary and alternative herbal medicine worldwide. Expert Rev Clin Pharmacol. 2016;10(3):327-38.
17. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Q. 1989;13(3):319-40. https://doi.org/10.2307/249008
18. พัทธนันท์ มารียาห์ แสงกุหลาบ, อัญณิฐา ดิษฐานนท์. องค์ประกอบความสำเร็จของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ กรณีศึกษา ระบบการค้นหาการบริการสุขภาพ. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. 2563;16(1):35-47.
19. สุชานันท์ แก้วกัลยา, ธนากร อุยพานิชย์. การพัฒนาแอปพลิเคชันแนะนำการใช้สมุนไพรไทยเพื่อเสริมความงาม. [โปสเตอร์]. การประชุมวิชาการในคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ครั้งที่ 2; 19 มกราคม 2562; มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

The development of a dengue fever prevention and control model through community participation in Pak Phriao Sub-district, Mueang District, Saraburi Province.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

หทัยพัชร์ แก้วประสิทธิ์[1]
HATHAIPHAT KAEWPRASIT[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ประชาชนทั่วไปจำนวน 30 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 15 คน ตัวแทนครูจำนวน 2 คน พื้นที่ดำเนินการวิจัย 3 ชุมชน (ชุมชนแก่งขนุน 2, ชุมชนดาวเสด็จ, ชุมชนบ้านบึง) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย แบบประเมินความรู้การปฏิบัติตัวโรคไข้เลือดออกสำหรับประชาชน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบสอบถามความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ pair- t test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) 2) การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ: รูปแบบ, โรคไข้เลือดออก, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research aimed to study the situation, develop a model, and assess the impact of a community-participatory model for the prevention and control of dengue fever in Pak Phreak Sub-district, Mueang District, Saraburi Province. The sample was purposefully selected and included 30 general residents, 6 community leaders, 15 public health volunteers, and 2 teacher representatives. The research was conducted across three communities (Kang Khonun 2, Dao Sedet, and Ban Bueng). Data collection tools included a larval survey form, a dengue fever knowledge and behavior assessment form for the public, a community participation questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Data analysis involved descriptive statistics and paired t-tests to compare differences.

The results revealed that: 1) There was a significant statistical difference in dengue fever knowledge before and after implementing the model ($p<0.05$). 2) There was a significant statistical difference in dengue fever prevention and control practices among the public before and after implementing the model ($p<0.05$). 3) There was a significant statistical difference in community participation before and after implementing the model ($p<0.05$).

Keywords: Model, Dengue Fever, Community Participation

[1] สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลปากเพรียว

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทยมานาน เพราะโรคไข้เลือดออกเมื่อประชาชนติดเชื้อแล้วมีโอกาสเสี่ยงกับการเสียชีวิตถึงร้อยละ 0.2-0.4 คน ในแต่ละปีประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากกว่า 100,000 ราย ทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษา ซึ่งโรคไข้เลือดออกมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสเดงกี่ (Dengue virus) ซึ่งมีมากกว่า 1 ชนิด หรือมีการระบาดของต่างชนิดเป็นระยะ ๆ ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้บ่อย ซึ่งการแพร่กระจายของโรคอาศัยยุงลาย (Aedes aegypti) เป็นพาหะสำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหารจะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูง จะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงเข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน เมื่อยุงไปกัดคนอื่นอีกก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5-8 วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้ และมักพบการระบาดอย่างต่อเนื่อง การระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นในลักษณะปี เว้นปี หรือทุก ๆ ปี เว้น 2-3 ปี หรือปี เว้น 2 ปี และระบาดรุนแรงในฤดูฝนระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคมของทุกปี แล้วเริ่มลดลง พบมากที่สุดในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคมของทุกปี[1]

สำหรับตำบลปากเพรียวมีจำนวนประชากรทั้งหมด 61,691 คน ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ย 3,065 คนต่อตารางกิโลเมตร สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยเทศบาลตำบลปากเพรียว มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 10 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 117 คน ลักษณะพื้นที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรมซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง และพื้นที่บางส่วนเป็นชุมชนเมือง ชุมชนทหาร สำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ไร่อ้อย และสวนมะพร้าว แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนส่วนใหญ่เกิดจาก เศษวัสดุเหลือใช้ กาบมะพร้าว กะลา รวมถึงภาชนะรองน้ำประเภทตุ่มน้ำหรือโอ่งน้ำ กระถางต่างๆ บางภาชนะไม่มีฝาปิด การประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ใช้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมที่ไม่ซับซ้อนและสามารถปฏิบัติได้จริงในชุมชน ได้แก่ ค่า HI (House Index) และค่า CI (Container Index) (มีค่าไม่เกินร้อยละ 10)[1]

จากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลปากเพรียว โดยการสำรวจค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในชุมชน พบว่ามีค่าสูงเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายส่งผลถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนและยังสามารถทำนายการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ดีที่สุด และแสดงความยั่งยืนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ที่ผ่านมาการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลปากเพรียว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จะเป็นผู้ดำเนินการ ในขณะที่ชุมชนเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินการค่อนข้างน้อย มีส่วนร่วมในบางขั้นตอนเท่านั้น รวมทั้งแผนงานหรือกิจกรรมที่จัดขึ้นพบว่าชุมชนไม่ได้เป็นผู้นำมาปฏิบัติเอง แสดงให้เห็นว่ายังมีปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ขาดการให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนโดยอาศัยภาคประชาชนเป็นหลัก ที่มุ่งให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ มีความเข้าใจร่วมกัน ดูแลและร่วมบริหารจัดการทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกิดเครือข่ายเชื่อมโยงกันในการพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน[2]

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จะได้รับผลกระทบทางสุขภาพโดยตรงและหากถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีหรือไม่ถูกต้อง อาจส่งผลทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ยังได้รับผลกระทบจากการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อีกทั้งยังส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัว ทั้งเรื่องภาระในการดูแลผู้ป่วยและการขาดรายได้จากการขาดงาน ผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ยังส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ รวมไปถึงระบบเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละครั้ง ทำให้ประชาชนเสียชีวิตและอาจเกิดความพิการตามมาได้ จึงทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียเงินงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงาน การรักษา การป้องกันและการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกอีกด้วย สำหรับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมานั้น แม้ว่ากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขทุกระดับนำมาตรการการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ไปใช้ในการวางแผนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์วางแผนการดำเนินการ แก้ไขปัญหาและการประเมินผลการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ในทางปฏิบัตินั้นการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในหน่วยงานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ งานควบคุมและป้องกันโรคในบางพื้นที่ประชาชนยังเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพียงบางกิจกรรม หรือมีส่วนร่วมเฉพาะช่วงของการดำเนินกิจกรรม โดยไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการดำเนินกิจกรรมการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือกออกในเขตพื้นที่ของตนเองอย่างจริงจัง จึงเป็นผลให้โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นโรคที่มีการระบาดอยู่อย่างต่อเนื่อง[3]

สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลปากเพรียว ในฐานะของหน่วยงานด้านการปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ด้านการป้องกันและระงับโรคติดต่อ จึงต้องดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับท้องถิ่น ร่วมกับทีมสุขภาพในระดับชุมชน ตำบล โดยบริหารจัดการให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขยายออกไปสู่ชุมชนได้อย่างกว้างขวาง และครอบคลุมทุกพื้นที่มากขึ้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาในอดีต มักเป็นการเฝ้าระวังและการดำเนินงานในลักษณะตั้งรับเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากอัตรากำลังของบุคลากรตลอดจนสภาพแวดล้อมองค์กร และสภาวะทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่อง และความยั่งยืนและขาดการเชื่อมโยงในลักษณะของการมีส่วนร่วมที่จริงจังระหว่างชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบกับบริบทความเป็นสังคมเมือง และเป็นพื้นที่เศรษฐกิจ และเป็นแหล่งท่องเที่ยว ซึ่งประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับเรื่องการประกอบอาชีพมากกว่าเรื่องของสุขภาพ และมองว่าสุขภาพเป็นบทบาทหรือความรับผิดชอบของหน่วยงานราชการหรือส่วนท้องถิ่น จากบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ตระหนักว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีระดับความรุนแรงต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน ซึ่งหากเกิดการเจ็บป่วยหรือการระบาดด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลปากเพรียว นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแล้วยังจะส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาพรวม

ของมิติสังคมในด้านอื่นๆ อีกด้วย เช่น ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และยังสามารถเชื่อมโยงถึงสภาพของสังคมและความมั่นคงได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี สำหรับนำเสนอเป็นเครื่องมือทางเลือกในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน ในเขตตำบลปากเพรียวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

วิธีดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action research) โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกับนักวิจัย เมื่อได้รูปแบบที่ชุมชนและนักวิจัยพึงพอใจแล้วจึงนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ประชาชนทั่วไป 2) ผู้นำชุมชน 3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 4) ตัวแทนครู

กลุ่มตัวอย่าง

1) ประชาชนทั่วไป หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนแก่งขนุน 2 ชุมชนดาวเสด็จ และ ชุมชนบ้านบึง ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี เป็นเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ เป็นหัวหน้าครอบครัว พักอาศัยอยู่ในชุมชนแก่งขนุน ชุมชนดาวเสด็จ ชุมชนบ้านบึง ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ไม่ต่ำกว่า 2 ปี กำหนดขนาดตัวอย่างชุมชนละ 10 คน เป็นตัวแทนของชุมชน โดยการสุ่มอย่างง่ายใช้วิธีจับสลาก และคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ รวม 30 คน

2) ผู้นำชุมชน หมายถึง ผู้ที่ดำรงตำแหน่งประธานชุมชน รองประธานชุมชน เป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปี ขึ้นไป ปฏิบัติงานในชุมชนมีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกไม่ต่ำกว่า 5 ปี

3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง อสม. ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของแต่ละชุมชน เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เพศหญิงและเพศชาย อาศัยอยู่ในชุมชนแก่งขนุน ชุมชนดาวเสด็จ ชุมชนบ้านบึง ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ไม่ต่ำกว่า 2 ปี ไม่เป็นโรคติดต่อ

4) ตัวแทนครูโรงเรียนแก่งขนุน 1 ในเขตตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 2 คน (โรงเรียนแก่งขนุน ตั้งอยู่ในชุมชนแก่งขนุน 1)

พื้นที่ดำเนินการศึกษา

พื้นที่ดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 1) ชุมชนแก่งขนุน 2 2) ชุมชนดาวเสด็จ 3) ชุมชนบ้านบึง เขตตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี เป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัย เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้ 1) เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดมากที่สุด 3 อันดับ ปี 2566 2) เป็นชุมชนที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตลอดทั้งปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยการศึกษาจากตำรางานวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยใช้แบบสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (แบบ กอ. 1/1) ซึ่งจัดทำโดยสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง เพื่อใช้ในขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ ด้วยการวัดค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ด้วยการประเมินค่า HI, CI ซึ่งค่าเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) แบบประเมิน ความรู้ การปฏิบัติตัวโรคไข้เลือดออกสำหรับประชาชน 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล 4) แนวทางการสนทนากลุ่ม (group discussion guideline) ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มในกระบวนการ A-I-C ประกอบด้วยแนวคำถาม 10 ข้อ 5) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย เพื่อประเมินผลในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน โดยการสังเกตคำพูด (Verbal expression) และพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัยที่แสดงออกมาให้เห็นถึงการสะท้อนความคิดและความต้องการในการแก้ไขปัญหา การวางแผนและเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตัวตามการแก้ไขปัญหาและการประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งการบันทึกภาพการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทุกขั้นตอนของการวิจัย 6) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ขั้นตอนที่ 1 การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความสัมพันธ์และขอความร่วมมือกับผู้รับผิดชอบพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ประธานชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเตรียมความพร้อมในการมีส่วนร่วมของชุมชน และชี้แจงทำความเข้าใจการดำเนินงานโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

1. สำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
2. สำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย ทุกหลังคาเรือน

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการวิเคราะห์การเรียนรู้สภาพปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการจัดประชุมสนทนากลุ่ม กลุ่มประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครู ใช้เทคนิค AIC ในการสร้างความตระหนักต่อปัญหาไข้เลือดออกทั้งในอดีต ปัจจุบัน และนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาต่อที่ประชุมหมู่บ้าน เพื่อให้ชุมชนรับทราบปัญหาร่วมกัน

การประชุมจะใช้เวลาในการจัดกิจกรรมชุมชนละ 1 วัน โดย

1. ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบหัวข้อในการประชุม คือ ปัญหาในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกและหาแนวทางในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนและวัตถุประสงค์ของการประชุม
2. ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย แนะนำตนเองทำความรู้จักกัน
3. แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ตามชุมชน
4. ให้แต่ละกลุ่มเลือกและแต่งตั้งประธาน เลขานุการ
5. ดำเนินการตามขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นดำเนินการตามแผน เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ โดย

ปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้วิธีสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับ แผนดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ และปรับปรุงจนกระทั่งได้รูปแบบที่สมบูรณ์ และนำเสนอต่อชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นประเมินผล

เป็นการประเมินผลจากการใช้รูปแบบตั้งแต่การสังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และดำเนินการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างทางด้านสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ด้วยสถิติ Paired t – test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ในชุมชน ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 53 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 32 คน (ร้อยละ 60.4) อยู่ในช่วงอายุ 21 - 30 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 32.1) รองลงมาช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 28.3) อายุเฉลี่ย 39.47 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 55 ปี จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 22 คน (ร้อยละ 41.5) รองลงมาประถมศึกษาจำนวน 18 คน (ร้อยละ 33.9) อาชีพรับจ้างจำนวน 24 คน (ร้อยละ 45.3) บทบาทเป็นผู้นำชุมชนจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.7) รองผู้นำชุมชนจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.7) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 15 คน (ร้อยละ 28.3) ประชาชนจำนวน 30 คน (ร้อยละ 56.6) ครู จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.7) ผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลพื้นฐานชุมชน ตำบลปากเพรียว โดยศึกษาเอกสาร ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ในด้านประวัติศาสตร์ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม และข้อมูลในด้านปัญหาสุขภาพของประชาชน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน รองผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ครู จำนวน 3 ชุมชน ๆ ละ 1 วัน เพื่อให้ได้ทราบข้อเท็จจริงและความคิดเห็นของกลุ่มเกี่ยวกับ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชน การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร การร่วมมือกันทำกิจกรรมเกี่ยวกับการควบคุม/กำจัดลูกน้ำยุงลาย พบว่า ส่วนใหญ่ทราบสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในชุมชนในปีที่ผ่านมา และคิดว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาของชุมชน เพราะในปีที่ผ่านมามีคนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และบางคนเป็นบุตรญาติของตนเอง ส่วนใหญ่เห็นว่าการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการดำเนินการป้องกันควบคุมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นหน้าที่ของ อสม. และส่วนใหญ่ประชาชนในชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมและกำจัดลูกน้ำและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพราะในการป้องกันควบคุมกำจัดลูกน้ำและแหล่งพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย จะมี อสม. เป็นผู้ดำเนินการ ทำให้การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ทำให้ยังมีผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก จึงมีประชาชนที่จะเป็นจิตอาสาและมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และมีความคาดหวังว่าจะสามารถป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้เกิด

การพัฒนาที่ยั่งยืน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 การประเมินความรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เมื่อทดสอบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ทั้ง 3 ชุมชน

3.2 การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่าการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

3.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของ**ชุมชนแก่งขนุน 2** ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) การมีส่วนร่วมของ**ดาวเสด็จ** ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) การมีส่วนร่วมของ**ชุมชนบ้านบึง** ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

3.4 การประเมินตามตัวชี้วัด จากผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายใน 3 ชุมชน โดยสุ่มสำรวจผลการสำรวจค่า HI และ CI สูงกว่าร้อยละ 10 ในทุกชุมชน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่จะเป็นภาชนะที่อยู่บริเวณนอกบ้าน เช่น แจกันหน้าศาลพระภูมิ ภาชนะแช่หินลับมีดกรีดยาง ยางรถยนต์ กะลา กระป๋อง ถุงพลาสติก แก้วพลาสติก บ้านร้าง ต้นไม้ที่มีกาบมีน้ำขัง จานรองกระถาง ขยะต่าง ๆ หลังมีการใช้รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คนในชุมชนเริ่มมีความกระตือรือร้น และใส่ใจบ้านเรือนของตนเองมากขึ้น ทำให้ค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายลดลง

จากการสำรวจอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออก ก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ อัตราการป่วย ก่อนเริ่มกระบวนการ A-I-C ในเดือนตุลาคม 2566-มกราคม 2567 พบจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่ 17 คน และหลังการใช้รูปแบบฯอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567-พฤษภาคม 2567 พบจำนวนผู้ป่วย 8 คน

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนมีการปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้สะอาด ทำให้ค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ค่า HI และ CI มีค่าลดลง ไม่พบลูกน้ำยุงลาย ซึ่งจากการสำรวจความพึงพอใจต่อกระบวนการและกิจกรรมดังกล่าว พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Toledo และคณะ (2007) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออกในเมืองซานดิเอโก ประเทศคิวบา พบว่า การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นสิ่งที่จำเป็น ตั้งแต่ระดับครอบครัว โดยการให้การรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับสภาพแวดล้อม สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ดี และมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Roberto Tapia-Conyer[4] ที่ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในประเทศแมกซิโก พบว่า การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้เกิดความยั่งยืนประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อควบคุมพาหะนำโรค การประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้แก่ชุมชน และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับครัวเรือน

รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยกิจกรรมการจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนมีการจัดสภาพแวดล้อมในบริเวณที่นอน ที่พักผ่อนในเวลากลางวัน ด้านแสงสว่าง การจัดแขวนเสื้อผ้า การจัดเก็บสิ่งของในที่พัก การจัดการขยะและวัสดุที่ไม่ใช้และเป็นที่ขังน้ำได้บริเวณรอบบ้านได้อย่างเหมาะสมที่ดีไม่เป็นสถานที่ที่เอื้อต่อการเกาะพักหรือเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยทุกครัวเรือนให้ความสำคัญในการจัดสภาพแวดล้อมในและรอบ ๆ บ้าน ไม่เป็นสถานที่ที่เอื้อต่อการเกาะพักหรือเพาะพันธุ์ยุงลาย

รูปแบบการจัดอบรมและรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคไข้เลือดออก ทำให้ประชาชนได้ทราบสถานการณ์โรคได้ทันที ป้องกันการระบาดของโรคได้ ทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ได้รับข่าวสารอย่างถูกต้องและทั่วถึง รับรู้ถึงอันตรายของโรค เกิดความตระหนัก และมีอย่างต่อเนื่อง

ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ซึ่งมีวิธีการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และโครงการพัฒนาองค์ความรู้ (โรคไข้เลือดออก) ส่งผลประชาชนมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของ มาธุพร พลพงษ์[5]

การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินการปฏิบัติตน หลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องมาจากการใช้เทคนิคกระบวนการ A-I-C กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์ปัญหา การสร้างแนวทางการพัฒนา การหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ช่วยกันหาแนวทางเพื่อกำหนดกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และร่วมกันสร้างแนวทางปฏิบัติ จึงได้รูปแบบกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด และต้องการที่จะปฏิบัติในชุมชนของตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญ ให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติตนก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินการปฏิบัติตนหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ เนื่องจากการนำรูปแบบไปใช้ในชุมชน ประชาชนต้องมีการดูแลบ้านเรือนของตนเองด้วย ทุก 7 วัน ทำให้ประชาชนในชุมชนตื่นตัวมากขึ้น ให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นเมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของภูษณะ ทองดาร[6] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกการปฏิบัติของคนในชุมชนดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การนำกระบวนการ A-I-C และกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มาใช้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีประสิทธิภาพเกิดความยั่งยืนในที่สุด โดยรูปแบบฯ ที่ได้จะเป็นกลไกกำกับความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ให้สามารถดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายได้

2. เจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข ยังต้องมีบทบาทที่สำคัญในการขับเคลื่อนงาน เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานและสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง

3. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มแกนนำต่าง ๆ ใน

หมู่บ้าน จะต้องเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนการทำกิจกรรมของประชาชนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การศึกษารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อให้ทราบประสิทธิผลของรูปแบบ

2. ควรนำเทคนิคกระบวนการ A-I-C มาประยุกต์ใช้ เพื่อหารูปแบบในการดำเนินงานในโรคอื่น ๆ ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก.
2. จีระศักดิ์ ทัพผาและดิเรก ดิษฐเจริญ. (2556). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 2.1 จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก กรมควบคุมโรค. พิษณุโลก.
3. รัตนภรณ์ ดุสิต, สุมัทนา กลางคาร, และจิราพร วรวงศ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนบ้านหัน ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 18 (3), 107-116.
4. Roberto Tapia-Conyer. (2012) Community participation in the prevention and control 0f dengue: the patio lipio strategy in Mexico. http://www.ncbi.nlm.nih.gov /pmc/articles/PMC3381439/
5. มาธุพร พลพงษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกสัก อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
6. ภูษณะ ทองดารา. (2559). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน. วารสารราชนครินทร์. 13 (29), 223-231.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ที่บ้าน : กรณีศึกษา

Nursing care of patients with diabetes and hypertension with chronic kidney failure receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) at home : A case study.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

กัลยา นนท์สกุล[1]
Kanlaya Nonsakul

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องมาตรฐานตามวิชาชีพ ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 47 ปี เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คลินิกล้างไตทางช่องท้องส่งใบ Smart COC เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2567 มาที่กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ประเมินผู้ป่วยพร้อมญาติ เพื่อวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่องที่บ้าน มีการวางแผนระยะก่อนเยี่ยม และติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง ประสานงานการดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติที่จะเผชิญหน้ากับอาการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้แก้ไขปัญหาตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ของโรคได้ ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น พร้อมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, ไตวายเรื้อรัง, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Abstract

This case study aimed to study the nursing process for diabetic and hypertensive patients with chronic renal failure with standard peritoneal dialysis according to the profession. This case study focuses on a 47-year-old Thai female patient with diabetes and hypertension, who has chronic kidney failure and is undergoing CAPD. The CAPD clinic submitted a Smart COC on June 26, 2024, to the community nursing division for discharge planning. An assessment of the patient and her family revealed the need for comprehensive and continuous home care. A pre-visit plan was developed, along with four follow-up home visits, coordinating care with a multidisciplinary team. The patient and her family participated in discussions to prepare for potential symptoms.

The study found that applying nursing diagnoses to address the patient's health conditions and the needs of the patient and caregivers enhanced their knowledge and understanding, enabling them to manage the various symptoms of the disease effectively. Caregivers gained a deeper understanding of the patient, facilitating supportive home care.

Keywords: Nursing care, continuous ambulatory peritoneal dialysis, chronic kidney failure, diabetes and hypertension

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ซึ่งเมื่อพิจารณากลไกการเกิดพยาธิสภาพของสภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วย พบว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้การทำงานของไตค่อย ๆ ลดลงอยู่ตลอดเวลา การขับของ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

เสียต่าง ๆ ลดลง จนทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังในที่สุด ซึ่งมีความรุนแรงซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต[1] โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ค่อย ๆ ลุกลาม และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 800 ล้านคน พบในผู้ที่เป็นโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยโรคโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สุดนำไปสู่โรคไตเรื้อรังในประเทศที่พัฒนาแล้ว โรคไตเรื้อรังเป็นภาระหลักโดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ซึ่งเป็นประเทศที่ไม่ค่อยมีอุปกรณ์ป้องกันเพื่อรับมือกับผลที่จะตามมา โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก[2] ด้านระบาดวิทยาในไทย พบว่า มีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากอัตราตายต่อแสนประชากร 14.24 เพิ่มเป็น 16.49 จาก พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 ประมาณการมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังปีละ 10,000 คน โรคไตในระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีคนผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งยังสามารถชะลอการดำเนินไปของโรคได้ด้วยการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตและการใช้ยา จากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบว่า ความชุกของประชากรที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคโรคเบาหวาน โดยร้อยละ 42.5 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.5 มีโรคโรคเบาหวาน และร้อยละ 16.2 เป็นสาเหตุอื่น ๆ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) ซึ่งข้อมูลแสดงให้เห็นถึงการดำเนินไปของโรคและภาระค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต้องใช้ทั้งของผู้ป่วยเองและของสถานพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม หากผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายจะต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (ศศิธร ดวนพล, ธีรศักดิ์ พาจันทร์ และพิทยา ศรีเมือง, 2563) จากรายงานข้อมูลการบำบัดทดแทนไตโดยคณะอนุกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี 2563 จำนวนผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสะสม รวม 170,774 ราย ในปี 2562 แบ่งเป็นการบำบัดด้วยวิธีฟอกไต 129,724 ราย หรือร้อยละ 76.0 การล้างไตทางช่องท้อง 34,467 รายหรือร้อยละ 20.2 และการปลูกถ่ายไต จำนวน 6,583 ราย หรือร้อยละ 3.8 ซึ่งค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงประมาณ 300,000- 350,000 บาท/คน/ปี (กองโรคไม่ติดต่อ, 2565; บุษยมาศ แสงแพง, 2566)

ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2564–2566 พบว่า ผู้ป่วยนอกมีจำนวน 1,265 คน, 1,264 คน และ 1,363 คน ผู้ป่วยใน 77 คน, 44 คน และ 80 คน ตามลำดับ และอัตราผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 12.99, 11.36 และ 6.25 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่อัตราผู้เสียชีวิตลดลง เนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ทำให้มีการดูแลรักษาที่ดีขึ้น แต่ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย จะส่งผลกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ตลอดจนมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมกับการล้างไตทางช่องท้อง การรักษาพยาบาลที่ทันท่วงที การให้คำแนะนำ และส่งเสริมการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง สะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาในฐานะผู้จัดการสุขภาพชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายร่วมกับการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลให้การพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองร่วมกับญาติผู้ดูแลได้ต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องมาตรฐานตามวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง
3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย จากผู้ป่วย ญาติ และการสังเกต
4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล
5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 47 ปี สถานภาพ หย่า เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนป่วยประกอบอาชีพ ขายของหาบเร่ ปัจจุบัน ไม่ได้ทำงาน

อาการสำคัญ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ซีด อ่อนเพลีย หายใจปกติ พอช่วยเหลือตนเองได้ มีแผลที่ช่องท้องใส่สาย CAPD ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่ขุ่น ออกประมาณ 200 - 700 มิลลิลิตร ไม่มีแผลกดทับ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลล้างไตทางช่องท้อง การทำแผล exit site มีภาวะซีด การดูแลเรื่องโภชนาการ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน กลุ่มการพยาบาลชุมชน ได้รับการประสานงานจากคลินิกล้างไตผ่านระบบ Thai smart COC เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2567 กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน จึงไปประเมินผู้ป่วยพร้อมญาติ เพื่อวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปี 2562 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้รับยาต่อเนื่อง ต่อมามีอาการตาพร่ามัว ทั้ง 2 ข้าง แพทย์ส่งตัวให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี รักษา 5 เดือน แพทย์ Refer กลับมาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2564 ขาบวม ปวดท้อง แพทย์พิจารณาผ่าตัดใส่สาย Tenckhoff catheter ล้างไตทางช่องท้องเพื่อทำการบำบัดทดแทนไต หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ผู้ป่วยมาทำแผล exit site รอบ sinus และใต้ sinus มี discharge คล้ายหนอง น้ำยาใส ไม่ปวดท้อง แพทย์ให้ผู้ป่วยมาทำแผลที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชทุกวัน รอบ ๆ sinus ของแผลซีด แพทย์ตัดแต่งแผลให้ และยังคงต้องล้างไตทางช่องท้องเรื่อยมา เนื่องจากผลเลือดในการตรวจร่างกายไม่ดีขึ้น

ประวัติครอบครัว อาศัยอยู่กับครอบครัวรวม 5 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วย 2) ลูกสาว อายุ 25 ปี เป็นพนักงานทำงานอยู่ที่บิ๊กซี 3) หลานสาว เป็นลูกของลูกสาว อายุ 2 ปี 4) น้องชาย อายุ 40 ปี อาชีพ เก็บของเก่าขาย และ 5) ลูกสาวของน้องชาย อายุ 18 ปี เรียนจบ ม. 6 ไม่ได้เรียน

เศรษฐกิจ/รายได้ ก่อนป่วยประกอบอาชีพ ขายของหาบเร่ รายได้ประมาณ 2,000 – 3,000 บาท/เดือน ปัจจุบัน ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ ค่าใช้จ่ายในบ้านไม่เพียงพอ ลูกสาวมีรายได้เดือนละ 10,500 บาท จ่าย

ค่าอาหารและซื้อนมให้ลูกสาว อีกส่วนเป็นค่าอาหาร ค่านมเอนชัวร์ของผู้ป่วย ซื้ออุปกรณ์ทำแผลทุกเดือน ส่วนค่าน้ำค่าไฟสมาชิกทุกคนในบ้านช่วยกันออก ลูกสาวไปทำงานทุกวันไม่มีวันหยุด เพราะวันไหนหยุดจะไม่มีรายได้

ที่อยู่อาศัย เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวใต้ถุนสูง ข้างบนมีห้องนอน 2 ห้อง เป็นห้องนอนผู้ป่วย ลูกสาว และหลานสาว อีกห้องเป็นห้องนอนน้องชาย และลูกสาวน้องชาย และมีที่ทำครัวอยู่ในห้องนั้นด้วย ไม่มีห้องน้ำข้างบน สภาพบ้านค่อนข้างแออัด ใต้ถุนมีห้องน้ำ 1 ห้อง และกั้นส่วนหนึ่งของใต้ถุนเป็นที่เก็บน้ำยาล้างไต

สิ่งแวดล้อม ลักษณะบ้านเดี่ยว มีบ้านอยู่ห่างกัน ผู้ป่วยนอนชั้นบนไม่มีเตียง นอนบนฟูก ชั้นบนไม่มีห้องน้ำ เวลาขับถ่ายต้องเดินลงมาที่ชั้นล่าง บริเวณผู้ป่วยนอน มีฝุ่น หยากไย่ มีของเก็บไม่เป็นระเบียบรอบ ๆ บ้านมีกองขยะ เนื่องจากน้องชายผู้ป่วยเก็บของเก่าขาย ผู้ป่วยไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเนื่องจากป่วยอยู่ติดบ้าน

การสนับสนุนจากสังคมและเครือข่าย มีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน เยี่ยมบ้านให้การดูแล ให้คำแนะนำ ดูแลสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ประสานสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเครือข่ายพัฒนาสังคม อบต. เพื่อช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

การวินิจฉัยโรค ESRD (End Stage Renal Disease), DM (Diabetes Mellitus), HT (Hypertension) and Palliative care

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และกลัวอาการทรุดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กลัวอาการทรุดลง 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่ไม่ทราบการดำเนินโรคที่ชัดเจน 3. ผู้ป่วยมีแผล exit site ทำ CAPD ทางหน้าท้อง 4. บุตรสาวผู้ป่วยต้องทำงาน รู้สึกกังวลเรื่องการล้างไตทางช่องท้อง **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยคลายความกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบการดำเนินโรค มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีทักษะการดูแลแผล exit site การล้างไตทางช่องท้อง	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ซึดอ่อนเพลีย หายใจปกติ พอช่วยเหลือตนเองได้ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและให้ซักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 2. ประเมินความพร้อมและความต้องการ เพื่อวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งเรื่องโรค ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 3. วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลให้ครอบคลุม ตาม D-METHOD การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย 3.1 ด้านผู้ป่วย อธิบายเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา ให้คำปรึกษาสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง 3.2 ด้านครอบครัวและผู้ดูแล อธิบายเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน สัญญาณอันตรายและการป้องกันการติดเชื้อ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน โทรหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การล้างไตทางช่องท้อง การฉีดยาเบาหวาน อธิบายความรู้เรื่องอาหาร การรับประทานยา การเก็บรักษายา อาการข้างเคียง ประสานแหล่งประโยชน์ เครือข่ายชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในเรื่องต่าง ๆ เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม เตรียมวัสดุและอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4. ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และเปิดโอกาสให้ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ 5. ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน **การประเมินผล** 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยคลายความกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านลง มีความมั่นใจมากขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2. ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบการดำเนินโรค มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีทักษะการดูแลแผล exit site การล้างไตทางช่องท้อง
เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผล exit site **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยไม่ได้ล้างมือตาม 7 ขั้นตอน 2. ภายในบ้านยังมีฝุ่น หยากไย่ในห้องนอน 3. มีขยะรอบ ๆ บ้าน เนื่องจากน้องชายผู้ป่วยเก็บของเก่าขาย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่แผล exit site	1. ประเมินลักษณะแผลรอบ ๆ Tenckhoff catheter ไม่มี Discharge ซึม ไม่มีหนอง รอบ ๆ แผลปกติ แผล exit site แห้งดี ไม่บวมแดง 2. สอบถามเกี่ยวกับสี ลักษณะของน้ำยาล้างไต ใส ไม่ขุ่น ไม่มีเลือด เยื่อเมือก อาการปวดท้อง ถ่ายปกติ ท้องเสีย 3. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะไข้ 4. ทบทวนการทำความสะอาดแผลรอบ ๆ Tenckhoff catheter โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ 5. ทบทวนวิธีการปฏิบัติก่อนทำการล้างไต เช่น การล้างมือ 7 ขั้นตอน การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ 6. อธิบายให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสังเกตน้ำยาล้างช่องท้องทุกครั้งที่ทำการล้างไต 7. ดูแลจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ชุดล้างแผลปลอดเชื้อให้ญาติอย่างเพียงพอ โดยญาติมาเบิกทุก 1 เดือน 8. แนะนำสังเกตอาการติดเชื้อ ได้แก่ อาการไข้ ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว ลักษณะของแผล บวม แดง มีหนอง ซึม ผิดปกติให้มาโรงพยาบาล 9. แนะนำการทำความสะอาดห้องนอน 10. ประสานนักพัฒนาชุมชนรับทราบปัญหาเรื่องการกำจัดขยะ ร่วมพูดคุย การกำจัดขยะ การแยกขยะ การมีถังเก็บขยะหน้าบ้าน **การประเมินผล** รอบสาย Tenckhoff catheter ไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ซึม อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ไม่มีการติดเชื้อที่แผล exit site
เสี่ยงต่อการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง (peritonitis) **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ห้องนอนผู้ป่วยมีหยากไย่ ฝุ่น เนื่องจากเก็บของไม่เป็นระเบียบ 2. การทิ้งถุงน้ำยาไม่ถูกต้อง มีถุงน้ำยาที่ปล่อยออกมาหลังจากทำ CAPD วางอยู่นอกห้อง **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง	1. แนะนำทำความสะอาดห้อง หยากไย่ ไรฝุ่น ซักทำความสะอาดที่นอน ผ้าปูที่นอน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2. แนะนำการทิ้งถุงน้ำยา ตัดถุงน้ำยาเททิ้งลงชักโครก รวมพลาสติกอื่น ๆ แล้วทิ้งแยกขยะติดเชื้อ 3. ประเมินการทำแผลรอบสายล้างไตทางช่องท้อง และประเมินสิ่งคัดหลั่ง 4. อธิบายการบันทึกการเปลี่ยนน้ำยา สิ่งที่ต้องบันทึกมีดังนี้ ความเข้มข้นของน้ำยาที่ใช้ เวลาที่เริ่มใส่น้ำยา และเวลาที่น้ำยาไหลเข้าหมด เวลาที่เริ่มปล่อยน้ำยาออก และเวลาที่น้ำยาไหลออกหมด 5. สังเกตปริมาณน้ำยา สีของน้ำยา ความขุ่น ความใส ตะกอน เยื่อวุ้น เลือด 6. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการเจ็บปวดบริเวณปากแผลหรือในท้อง อาการเจ็บปวดขยะปล่อยน้ำยาเข้า หรือขณะปล่อยน้ำยาออก มีไข้ ตัวร้อน หนาวสั่น ผื่นตามตัว อาการแน่นอึดอัดในท้อง เวลานั่งหรือนอน การรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เนื่องจากอาจมีภาวะท้องผูก อาการปวดไหล่ เนื่องจากมีอากาศในสายน้ำยาเข้าไปในช่องท้องและไปดันกระบังลม ทำให้เกิดอาการปวดไหล่ได้ อาการปวดหลัง เกิดจากผู้ป่วยต้องใส่น้ำยาไว้ในช่องท้องตลอดเวลา น้ำยาจึงถ่วงท้องเอาไว้ทำให้ปวดหลังได้ สาเหตุอาการปวดบริเวณเหนือหัวเหน่า เกิดจากปลายสายยางในช่องท้องตกลงไปสัมผัสกับผนังเชิงกราน เวลาปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้อง ประเมินผลผู้ป่วยไม่มีอาการดังกล่าว **การประเมินผล** แผล exit site แห้งดี ไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ซึม น้ำยามีลักษณะใส ไม่ขุ่น ไม่มีเลือด เยื่อเมือก ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง
มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีอาการเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง	1. ประเมินของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร นอนราบไม่ได้ หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย หรือปัสสาวะไม่ออกเลย เพื่อการประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกาย และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม 2. อธิบายและแนะนำการจำกัดน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตร/วัน เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ปัสสาวะออกน้อย หรือปัสสาวะไม่ออกเลย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือดลดลง ไม่เกิดอันตรายจากของเสียคั่งในกระแสเลือด	3. อธิบายอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหาร Low salt diet และเพิ่มโปรตีนจากไข่ขาว เพื่อลดอาการบวมและของเสียคั่งในร่างกายตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลชั่งน้ำหนักไว้เป็นพื้นฐาน เพื่อประเมินอาการบวมเนื่องจากของเสียคั่งในร่างกาย 5. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำห้ามซื้อยามารับประทานเอง เช่น ยาแก้ปวด ยาชุด 6. อธิบายการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต **การประเมินผล** ผู้ป่วยอ่อนเพลีย บวมกดปุ่มที่เท้าทั้ง 2 ข้าง คันตามร่างกาย ปัสสาวะออกเองได้ ไม่เกิดอันตรายจากภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด
เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ประสิทธิภาพการกำจัดของเสียลดลงร่วมกับตัวนำออกซิเจนลดลงจากสภาวะไตวาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีอาการเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง 2. O_2 SAT = 98% **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน	1. พูดคุยเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและการดำเนินของโรค 2. สังเกตอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เพราะอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ แสดงถึงภาวะน้ำเกินจากน้ำท่วมปอดและหัวใจวายได้ 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ O_2 SAT ที่ปลายนิ้ว 4. แนะนำการจัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด 5. แนะนำการปฏิบัติตนเรื่องอาหารลดเค็ม เครื่องปรุงรส เพื่อชะลอการเสื่อมของไต เพราะอาหารเค็มจะทำให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำในอวัยวะต่างๆ ทำให้แขนขาบวม เหนื่อยง่าย และเกิดภาวะหัวใจวายได้ **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองพอได้ หายใจไม่มีเหนื่อยหอ
อาจเกิดภาวะ Hypoglycemia **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย 2. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia	1. แนะนำรับประทานอาหารอ่อน ทานทีละน้อยเพิ่มมื้ออาหาร 2. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม ให้ทานน้ำหวาน/ลูกอม/น้ำตาลทันที **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia
อาจเกิดภาวะ Electrolyte Imbalance **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ 2. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย 3. ผู้ป่วยมีคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Electrolyte Imbalance	1. แนะนำญาติหมุนเวียนเปลี่ยนเมนูอาหาร ทำให้อยากทานอาหารมากขึ้น 2. ทบทวนอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง 3. อธิบายงดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม กล้วย มะละกอ ส้ม ลำไย ผลไม้แห้งต่าง ๆ เช่น ลูกเกด ลูกพรุน แครอท มะเขือเทศ หน่อไม้ฝรั่ง คะน้า หัวปลี ผักชี มันฝรั่ง 4. ประเมินความรู้สึกตัว อาการสับสน ซึม ชัก ติดตามสัญญาณชีพ 5. ประเมินอาการผิดปกติ เช่น ชาตามร่างกาย คลื่นไส้อาเจียน เจ็บแน่นหน้าอก **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Electrolyte Imbalance ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น
ปัญหาด้านเศรษฐกิจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากอาการเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงานขายของได้ ทำให้ไม่มีรายได้	1. ประสานนักสังคมสงเคราะห์ให้การช่วยเหลือสนับสนุนข้าวสาร อาหารแห้ง 2. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเบิกอุปกรณ์ทำแผลให้ทุก ๆ เดือน ๆ ละ 30 ชุด เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ทำแผล 3. พูดคุยให้กำลังใจในรูปแบบ Palliative care ประเมินและสอบถามความรู้สึกเป็นระยะ ๆ เปิดโอกาสให้ระบายสิ่งที่ค้างคาใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ	4. เตรียมความพร้อมที่จะเผชิญอาการป่วยหรืออาการรบกวน ซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจ ถ้ามีอาการรบกวนให้ไม่สุขสบาย ขอมาโรงพยาบาลเพื่อให้อาการรบกวนลดลง แต่ยังขอทำการล้างไตทางช่องท้องไปเรื่อย ๆ **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจตามสมควร
เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนังและเกิดบาดแผลได้ง่าย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เป็นเวลานาน ทำให้การไหลเวียนเลือดช้า ผิวหนังแห้ง เกิดแผลและเนื้อตายได้ง่าย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อที่ผิวหนังและไม่เกิดบาดแผล	1. อธิบายผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงสาเหตุของการเสี่ยงติดเชื้อได้ง่าย 2. อธิบายถึงการดูแลผิวหนังโดย 2.1 เช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น การซับร่างกายให้แห้งโดยเฉพาะตามซอกอับและสวมเสื้อผ้าที่สะอาด 2.2 ทำความสะอาดโดยเฉพาะบริเวณซอกอับ รักแร้ ขาหนีบ ใต้ราวนม อย่าให้ชื้นแฉะ ภายหลังขับถ่ายปัสสาวะทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด ซับบริเวณนั้นให้แห้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะ 2.3 การสังเกตการอักเสบของผิวหนัง ได้แก่ มีผื่นคัน แดง หรือบวมตามผิวหนัง 2.4 แนะนำไม่ให้เกาบริเวณที่คัน ให้ใช้วิธีลูบผิวแทน 2.5 บำรุงผิวหนังด้วยการทาครีม ให้มีความชุ่มชื้นภายหลังอาบน้ำ เช้า-เย็น 3. ดูแลเท้าโดยตัดเล็บเท้าตรง ๆ ไม่วางกระเป๋าน้ำร้อน เพราะอาจเกิดการไหม้พองได้ 4. เมื่อตรวจพบว่า มีบาดแผลเล็กน้อยเกิดขึ้น ควรทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่อ่อน ๆ ดูแลให้แห้งอยู่เสมอ ถ้าผื่นมีลักษณะอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อนเกิดขึ้น ควรไปพบแพทย์ 5. ผู้ป่วยไม่ชอบใส่แพมเพิร์สแนะนำญาติเตรียมภาชนะที่ขับถ่ายไว้ข้างที่นอน ทำความสะอาดหลังขับถ่ายและซับให้แห้ง **การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถดูแลไม่ให้ผิวหนังเกิดการติดเชื้อและไม่เกิดบาดแผลได้ถูกต้อง
เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มขณะเดินไปเข้าห้องน้ำ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ห้องน้ำอยู่บริเวณใต้ถุน ผู้ป่วยต้องเดินลงมาเข้าห้องน้ำ **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	1. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนไหวช้าลงเพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตและการเกิดอุบัติเหตุ 2. แนะนำปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันความเสี่ยง โดยให้ผู้ดูแลเตรียมภาชนะที่ขับถ่ายไว้ข้างที่นอน ทำความสะอาดหลังขับถ่ายและซับให้แห้ง หรืออาจทำราวจับเพื่อเดินไปเข้าห้องน้ำ 3. แนะนำให้รับประทานอาหารให้เพียงพอ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย ไม่ควรงดอาหาร พักผ่อนให้เพียงพอ เดินหรือออกกำลังกาย เพื่อรักษาความยืดหยุ่นของข้อและสมดุลของร่างกาย **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม
ผู้ดูแลขาดความสามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลของโรค รวมทั้งการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยด้วย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีแผนการรักษาแบบประคับประคองและบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลของโรค	1. ประสานงานการดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับอาการป่วยที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2. ประเมินและสอบถามความรู้สึกผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ส่งเสริมความสุขสบายตามความต้องการ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่ค้างคาใจ ความกลัว หรือความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4. อธิบายวิธีการจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อลดอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการคัน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร การดำเนินโรค 5. ให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค 6. ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึก สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยแสดงความรู้สึกกับครอบครัว เพื่อผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและสามารถเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยในแนวทางที่ถูกต้อง **การประเมินผล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
รวมทั้งการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ของโรค และดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้	ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ของโรคได้ เข้าใจและพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้นพร้อมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน แผล exit site แห้งดี ไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ซึม

สรุปและอภิปรายผล

1. การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้านแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิด รวมทั้งมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งจากพยาธิสภาพของโรคด้วย

2. การฝึกทักษะการดูแลแผลและการล้างไตทางช่องท้อง รวมถึงการบันทึกและการสังเกตอาการติดเชื้อ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้ไม่เกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3. การวางแผนปรับกิจกรรมการพยาบาลที่ทันต่อเหตุการณ์และเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถป้องกันความเสี่ยงและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

4. การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุย เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก ให้ซักถาม และแสดงความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเชื่อใจ เกิดความศรัทธาในพยาบาลผู้ดูแล สามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีคนดูแลตลอดเวลา ควรฝึกทักษะการล้างไตทางช่องท้อง และการทำแผล exit site ให้กับลูกสาวของน้องชายที่เป็นผู้ดูแลช่วงกลางวัน เพราะลูกสาวต้องไปทำงาน

2. ควรมีช่องทางในการให้คำปรึกษา ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปรึกษาได้เมื่อเกิดปัญหาหรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

3. ควรจัดทำ Clinical Practice Guidelines ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายร่วมกับการล้างไตทางช่องท้อง

4. ควรมีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine

5. ควรจัดทำเอกสารความรู้เป็นแบบ QR Code หรือ Line OA (Line Official Account) เพื่อเป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่ายและสะดวกขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน(Home ward). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
4. กรมควบคุมโรค. (2566). โรคความดันโลหิตสูง.https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
5. กองโรคไม่ติดต่อ. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf
6. ทรงวุฒิ สารจันทึก. (2564). ผลการประเมินปญหาการใชยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการเยี่ยมบานแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7(2), 233-247.
7. ทิพวรรณ ถามา. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (การล้างทางช่องท้อง) โดยวิธีปกติ. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
8. บุษยมาศ แสงแพง. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตระยะสุดท้ายโรงพยาบาลหนองเรือ : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(3), 653-660.
9. วรณัน ประสารอธิคม. (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care). https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf.
10. ศศิธร ดวนพล, ธีรศักดิ์ พาจันทร์ และพิทยา ศรีเมือง. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข่าใหญ่ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 14(34), 145-155.
11. ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ขันทบัลลัง. (2567). การใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18(2), 679-694.
12. สุธาวัลย์ สัญจรดี, พนิดา พวงไพบูลย์ และ นิสากร เห็มชนาน. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects Model of Care. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 6(3), 1-18.
13. อรุณรัตน์ สู่หนองบัว และลำไพ สุวรรณสาร. (2565). การดูแลผู้ป่วยโรคโรคเบาหวาน: บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, 1(1), 8-14.
14. อารี ศุขแจ้ง, พัชรา เกษมสุข และรินญา บุ้งทอง. (2565). ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 37(1), 217-230.
15. American Diabetes Association. (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 34(1), 62-69.
16. Kovesdy CP. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int Suppl, 12(1), 7-11.

การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : กรณีศึกษา

The case study Health Promotion and Postpatum care for HIV infected and Prevention Maternal to Child Transmission.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

แอนนา บุญอิ่ม[1]
Anna Boon-Im

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ศึกษาในหญิงไทย อายุ 23 ปี วินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2562 ไม่มาตามนัด ขาดยา มาเริ่มยาต้านไวรัสเดือนมีนาคม 2566 และเข้ารับการรักษาเพื่อมาคลอด วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา: ได้ให้การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่บุตร สามี และบุคคลอื่น วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนจำหน่ายมีการประสานส่งต่อข้อมูลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผ่านทาง Smart COC สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 การติดตามมาตรวจหลังคลอด มารดาหลังคลอดดูแลสุขภาพตนเอง และบุตรได้ถูกต้อง

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, มารดาหลังคลอด, การติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This study aimed to study the nursing care for health promotion of postpartum mothers infected with HIV and to prevent maternal-to-child transmission of HIV. A 23-year-old Thai woman was diagnosed with HIV in 2019 and had not attended follow-up appointments. She began antiretroviral therapy in March 2023 and was admitted for delivery on May 8, 2023.

Results: Nursing care for health promotion was provided postpartum, focusing on both physical and mental health. Education was offered on preventing the transmission of HIV to her child, husband, and others. A discharge plan was created to ensure continued care at home. Prior to discharge, information was coordinated for the mother's postpartum care in the community through Smart COC, allowing for her discharge on May 8, 2023. Follow-up care demonstrated that the mother was able to manage her health and that of her child appropriately.

Keywords: Health promotion, postpartum mothers, HIV infection

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 1.5 ล้านราย ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการติดเชื้อจำนวน 1.0 แสนราย และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอชไอวี จำนวน 82,000 ราย (WHO, 2021) ปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีรายงานการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่จำนวน 6,600 ราย ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 5.0 แสนราย กำลังรับยาต้านไวรัส จำนวน 3.9 แสนราย และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 12,000 ราย[1] จากข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จาก 28 ประเทศทั่วโลก ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2564 พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลัง

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

คลอด เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้แผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บหายช้าและติดเชื้อได้ง่าย ภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ร่างกายไวต่อการติดเชื้อโรคติดเชื้อฉวยโอกาส[2] ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกตายคลอด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคฉวยโอกาส มะเร็ง เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถลดความเสี่ยงได้ หากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 พบมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4,000 ราย โดยพบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดในอัตราร้อยละ 10 ของจำนวนมารดาหลังคลอดทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดบวม เป็นต้น อาจส่งผลต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อย เจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และผลต่อทารกหลังคลอดได้ เช่น ทารกอาจติดเชื้อเอชไอวี จากการสัมผัสน้ำนมแม่ ทารกอาจเติบโตช้า พัฒนาการล่าช้า เป็นต้น แนวทางการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่สำคัญ ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอการดำเนินโรคและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การตรวจติดตามระดับไวรัสในเลือดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้แพทย์สามารถปรับยาต้านไวรัสได้ตามระดับไวรัสในเลือด การตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอาจทำให้มารดาเสียชีวิตได้ การดูแลสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจมีความเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้าได้ การดูแล ส่งเสริมภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลภาวะสุขภาพของตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถควบคุมระดับไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้มารดามีสุขภาพที่แข็งแรง มีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพ[3]

จากสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้มาคลอดทั้งหมด 1,963 ราย, 1,673 ราย และ 1,789 ราย ตามลำดับ พบจำนวนมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ราย, 17 ราย และ 15 ราย ตามลำดับ พบมารดากลุ่มเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน 7 ราย, 7 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ สาเหตุเกิดจาก มารดาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ฝากครรภ์ การรับยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้รับการรักษามารดาที่ติดเชื้อแล้วมีการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยปกปิดผลเลือดกับสามี ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิด ดังนี้ ปี พ.ศ. 2564 พบทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับยาต้านไวรัสหลายตัว จำนวน 7 ราย น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม จำนวน 3 ราย คลอดก่อนกำหนด จำนวน 3 ราย ปี พ.ศ.2565 พบทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับยาต้านไวรัสหลายตัว จำนวน 7 ราย น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม จำนวน 4 ราย คลอดก่อนกำหนด จำนวน 3 ราย ปี พ.ศ.2566 พบทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับยาต้านไวรัสหลายตัว จำนวน 5 ราย, น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม จำนวน 1 ราย คลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 ราย และพบทารกเกิดไร้ชีพ จำนวน 1 ราย การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเท่ากับ 0 และยังส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่น มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ติดเชื้อแผลผ่าตัด ติดเชื้อระบบปัสสาวะ และมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายกว่ามารดาทั่วไป พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ มีทักษะเฉพาะในการดูแล การให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ประเมินปัญหา

วินิจฉัย วางแผน ให้การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขณะอยู่รพ.และขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน มีการติดตามประเมินผล ดูแลต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม อย่างถูกต้อง ตามมาตรฐาน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พร้อมให้การสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มารดาและทารกสามารถมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วิธีการศึกษา

ศึกษาในหญิงไทย อายุ 23 ปี วินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2562 ไม่มาตามนัด ขาดยา มาเริ่มยาต้านไวรัสเดือนมีนาคม 2566 และเข้ารับการรักษาเพื่อมาคลอด วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ 23 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ หย่าร้าง ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

อาการสำคัญ

ท้องแข็ง 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มารดาตั้งครรภ์ที่ 2 ให้ประวัติว่าประจำเดือนไม่มา 2 เดือน จึงได้ตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเองและพบว่าตั้งครรภ์ แต่ยังไม่ได้ไปฝากครรภ์ อายุครรภ์ประมาณ 4 เดือน จึงไปฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เดือนพฤศจิกายน 2565 ทำอัลตราซาวด์ GA $15^{+}3$ wks ผลตรวจ anti HIV = positive, HBsAg = negative VDRL = non reactive, Hct =31.2%, MCV = 79 fl , DCIP = negative, CD4 = 580 cells/cu.mm, urine albumin/sugar = negative ประสานอายุรแพทย์ให้ Teevir 1 เม็ด เวลา 22.00 น. ต่อมาหญิงตั้งครรภ์ไม่มาตามนัด ขาดยา เดือนมกราคม 2566 มาตรวจให้เริ่มยาต้านไวรัส 3 ตัว และเดือนมีนาคม 2566 ตรวจ VL < 20 copies/ml แพทย์ปรับยาใหม่ เหลือยาต้านไวรัส 1 ตัว เดือนเมษายน 2566 มาตรวจตามนัด แพทย์ปรับยาเป็น Teno – EM + LPV/r 1 เม็ด เวลา 10.00 น.และ Lopinavir + Ritonavir 2 เม็ด ทุก 12 ชม.เวลา 10.00, 22.00 น.

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องแข็ง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี ไม่ได้ไปตรวจที่ไหน วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 เวลา 03.05 น.มีอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็ง 3 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

G2P0A1 GA $40^{+}5$wks มีโรคประจำตัว ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี 2563 รับประทานยาต้านไวรัส ไม่สม่ำเสมอ ขาดการรักษา ครรภ์แรกแท้ง ตอนอายุครรภ์ 2 เดือน เนื่องจากทำงานหนัก ได้รับการขูดมดลูก เมื่อปี 2562 ตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นครรภ์ที่ 2 ไปฝากครรภ์ครั้งแรก ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตอน GA 16 wks. LMP 7 กรกฎาคม 2565 EDC 3 พฤษภาคม 2566 ฝากครรภ์จำนวน 4 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ 2 เข็ม ประวัติการคุมกำเนิด ก่อนการตั้งครรภ์ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ไม่ได้ป้องกันไม่ใส่ถุงยางอนามัย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2562 ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ผล CD4 957 cell/cu.mm On Teevir 1 เม็ด เวลา 20.00 น. ไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ปี 2563 ผล CD 41,008 cell/cu.mm แพทย์ให้รับประทานยาเดิม หลังจากนั้นเลิกกับสามีคนแรก ย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด ได้สามีใหม่ หลังจากนั้นไม่ได้ไปรักษาต่อ ขาดรับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 จะมีเจ็บป่วยเป็นไข้หวัด

บ้างเล็กๆน้อยๆ เริ่มรักษาทานยาต้านไวรัสใหม่ ตอนมาฝากครรภ์ ครรภ์ที่ 2

ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติดไม่ดื่มแอลกอฮอล์

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

พ่อแม่ น้องสาว ไม่มีโรคประจำตัว สามีคนแรกติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากชอบเที่ยวกลางคืน มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย เลิกกัน ปี 2563 ย้ายมาอยู่กับสามีใหม่ที่จังหวัดลพบุรี

แรกรับมารดารู้สึกตัวดี เด็กดิ้นดี มีเจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัว (Uterine contraction) แพทย์รับไว้นอนรักษาที่ห้องคลอดเพื่อสังเกตอาการ จนถึงระยะคลอด ระหว่างคลอดได้ AZT 300 mg เวลา 06.00 น. แพทย์วินิจฉัย Spontaneous vertex delivery with HIV infection คลอด NL Episiotomy วันที่ 9 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.25 น.ใช้เวลาในการคลอด 4 ชั่วโมง 50 นาที สูญเสียเลือดระหว่างคลอด 200 มิลลิลิตร ได้ Syntocinon 10 unit IM, On 5%D/N/2 1000 ml+Syntocinon 10 unit IV 80 ml/hr อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,750 กรัม ยาว 53 เซนติเมตร Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 และนาทีที่ 10 เท่ากับ 10 มารดานอนพักในห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ปัสสาวะได้เองออก 100 ซีซี จึงย้ายมาหอผู้ป่วยหลังคลอดพร้อมบุตร เวลา 10.30 น. อาการแรกรับมารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี อยู่เหนือระดับสะดือ มีแผลฝีเย็บในช่องคลอด ปวดมดลูกและปวดแผลฝีเย็บ Pain score = 7 ได้ paracetamol (500mg) 1 เม็ด หลังได้รับยา Pain score = 4 เต้านมไม่คัดตึง หัวนมปกติ น้ำคาวปลา (Lochia) สีแดงสด อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท

หลังคลอด 24 ชม.แรก มารดาดูอ่อนเพลีย ส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ลุกเดินเฉพาะเข้าห้องน้ำ สีหน้าไม่สุขสบาย ดูวิตกกังวล มีอาการปวดท้องมดลูกและแผลฝีเย็บ แผลฝีเย็บบวมแดง เล็กน้อย มีน้ำคาวปลาสีแดงสด เปลี่ยนผ้าอนามัย 3-4 ผืนชุ่ม ปัสสาวะได้ปกติ ไม่แสบขัด เต้านมปกติ น้ำนมยังไม่ไหล อุณหภูมิร่ายกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้รับประทานยาบำรุงเลือด Triferdine 1 เม็ด วันละครั้ง หลังอาหาร และให้รับประทานยาต้านไวรัสเดิมต่อ

หลังคลอดวันที่ 1 วันที่ 10 พฤษภาคม 2566 มารดาลุกเดินช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น สีหน้าดูวิตกกังวล อุ้มให้นมลูกยังไม่ถูกต้อง ให้ลูกกินนมผสมแทนนมแม่ เต้านมมารดาเริ่มคัดตึง น้ำนมออกเล็กน้อย มีอาการปวดท้องเป็นพักๆ และเจ็บตึงแผลฝีเย็บอยู่ Pain score = 5 ได้รับประทานยาแก้ปวดเป็น paracetamol (500mg) 1 เม็ด เวลา 10.30 น. มดลูกหดรัดตัวดี มดลูกอยู่ระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีแดง เปลี่ยนผ้าอนามัย 3 ผืนต่อวัน อุณหภูมิร่ายกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท

หลังคลอดวันที่ 2 วันที่ 11 พฤษภาคม 2566 มารดาช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น อาการทั่วไปปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ ทุเลาปวดท้องและแผลฝีเย็บ Pain score = 2 ปัสสาวะไม่ขัด น้ำคาวปลาสีแดงจางออกน้อยลง เต้าคัดตึงเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ปัสสาวะได้ปกติ ไม่แสบขัด ถ่ายอุจจาระแล้ว แพทย์จำหน่ายมารดาออกจากโรงพยาบาล มีการประสานนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเบิกขอรับนมผสมฟรี ประสานอายุรแพทย์เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส ทบทวนให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย การมาตรวจตามนัด และแนะนำแหล่งสนับสนุน ต่างๆที่ให้การช่วยเหลือมารดาและบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 15.30 น.รวมระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน มาตรวจตามนัดวันที่ 17 พฤษภาคม 2566 ที่คลินิกยาต้านไวรัส และมาตรวจตามนัดวันที่ 22 มิถุนายน 2566 ที่ห้องตรวจ

นรีเวช เพื่อตรวจหลังคลอด ระหว่างการดูแลที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ระยะก่อนเยี่ยม

มารดาหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกคลอด NL Episiotomyวันที่ 9 พฤษภาคม 2566 สูญเสียเลือดระหว่างคลอด 200 มิลลิลิตร On 5%D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit IV 80 ml/hr มารดาดูอ่อนเพลียจากการคลอด สีหน้าไม่สุขสบาย ขยับตัวได้น้อย ส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง มีปวดมดลูกและปวดแผลฝีเย็บ Pain score = 7 แผลฝีเย็บบวมแดงเล็กน้อย น้ำคาวปลาสีแดงสด เปลี่ยนผ้าอนามัย 3-4 ผืนชุ่ม เต้านมปกติน้ำนมยังไม่ไหล อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนเยี่ยม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ	**การพยาบาล** ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ หลังจากนั้น วัดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินลักษณะแผลฝีเย็บ ปริมาณน้ำคาวปลาที่ออก ประเมินสภาพการหดรัดตัวของมดลูก สอนและสาธิต การคลึงมดลูกด้วยตนเอง ทุก 5 นาที ดูแลให้ สารน้ำ 5%D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit IV 80 ml/hr ตามแผนการรักษา ดูแลให้มารดานอนพักในท่าที่สุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นสัดส่วน ประเมินอาการอย่างใกล้ชิด **การประเมินผล** มารดารู้สึกตัวดี นอนพักได้ ไม่พบอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นซีด มดลูกหดรัดตัวดี อยู่เหนือระดับสะดือ เจาะ Hct 33 % ปัสสาวะได้เอง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ	**การพยาบาล** ประเมินระดับความเจ็บปวด Pain score = 6 ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา แนะนำให้นอนตะแคงด้านตรงข้ามกับที่มีแผลฝีเย็บ เคลื่อนไหวช้าๆ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด สอนการขมิบก้นและขมิบช่องคลอดบ่อยๆ เพื่อกระตุ้นให้เลือดไหลเวียนดี อธิบายกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากเบาๆ พูดคุยให้กำลังใจ **การประเมินผล** ประเมินอาการ มารดาสีหน้าสดชื่นขึ้น หลังได้ Paracetamal (500) 1 เม็ด ทุเลาปวดมดลูกและปวดแผลฝีเย็บลง Pain score = 4 สามารถขยับเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ฝึกการหายใจ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดได้
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บและในโพรงมดลูกเนื่องจากมีภูมิต้านทานต่ำจากพยาธิสภาพของโรค	**การพยาบาล** ดูแลให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ ประเมินสภาพแผลฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา แนะนำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี ล้างฟอกด้วยสบู่ จากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อเปียกชุ่ม แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อนมไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพื่อส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น แผลฝีเย็บบวมแดง มีหนอง ปวดมากผิดปกติ น้ำคาวปลาสีช้ำเลือดช้ำหนอง มีกลิ่นเหม็น ควรรีบแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบทันที **การประเมินผล** มารดาหลังคลอด ปวดแผลฝีเย็บน้อยลง Pain score = 2 แผลฝีเย็บยุบบวมแดง ไม่มีหนองซึม น้ำคาวปลาสีแดงเริ่มจาง กลิ่นปกติ รับทราบการดูแลแผลฝีเย็บ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท

ระยะเยี่ยม

รับไว้ดูแลหลังคลอด 24 - 48 ชั่วโมง มารดาหลังคลอด ลุกเดินช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ยังเจ็บตึงแผลฝีเย็บและปวดมดลูกอยู่ Pain score = 4-5 มีประวัติ การติดเชื้อเอชไอวี รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ สีหน้าดูวิตกกังวล ไม่ค่อยคุยกับเพื่อนข้างเตียง กังวล กลัวคนรอบข้าง และสามี รู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี สามียังไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี แววตาเป็นห่วงลูก อุ้มให้นมลูกยังไม่ถูกต้อง ให้ลูกกินนมผสม เต้านมคัด มีน้ำนมออกเล็กน้อย มดลูกหดรัดตัวดี อยู่ระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีแดงจาง เปลี่ยนผ้าอนามัย 3 ผืน ไม่ชุ่ม อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะเยี่ยม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากปกปิด กลัวถูกเปิดเผย	**การพยาบาล** พยาบาลสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แสดงท่าทางเป็นมิตร พูดคุยในสถานที่มิดชิด มุมส่วนตัว แนะนำตนเอง อธิบายจุดประสงค์ของการเยี่ยม ให้ความมั่นใจว่าความลับจะไม่ถูกเปิดเผย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ รับฟัง แสดงความเห็นอกเห็นใจ อธิบายผลดี ผลเสียของการเปิดเผยเกี่ยวกับการติดเชื้อให้กับคนที่รัก สามีและครอบครัวทราบ และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น โดยให้เลือกตัดสินใจเองว่าจะเปิดเผยได้หรือไม่ เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจ **การประเมินผล** มารดาหลังคลอดสีหน้าดูผ่อนคลายความกังวลลง กล้าพูดคุยมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล สามีและครอบครัว ยังไม่ทราบผลเลือด
5. ปวดคัดตึงเต้านมเนื่องจากไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองได้	**การพยาบาล** ประเมินลักษณะเต้านมว่ามีอาการคัดตึง ปวด บวม แดงร้อนหรือไม่ ถ้ามีอาการนมคัดหรือปวดมากให้แจ้งแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดและยาระงับน้ำนม แนะนำวิธีการดูแลรักษาความสะอาดของเต้านม ไม่ให้กระตุ้นเต้านมและหัวนม เช่น การบีบหรือปั๊มน้ำนมออก เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้น้ำนมไหลมามาก ถ้าไม่กระตุ้น น้ำนมจะหมดไปเอง แนะนำให้สวมเสื้อยกทรงขนาดพอดี พยุงเต้านมให้กระชับ **การประเมินผล** มารดาไม่บ่นปวดและคัดตึงเต้านม น้ำนมไหลเล็กน้อย เต้านมไม่มีอาการอักเสบ สวมเสื้อยกทรงพยุงเต้าได้
6. ขาดความรู้ในการดูแลบุตรเนื่องจากบุตรคนแรก	**การพยาบาล** เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดและญาติซักถามในเรื่องที่สงสัย ให้ญาติมีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอด ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและบุตรเพื่อกระตุ้นพัฒนาการของบุตรและการปรับบทบาทเป็นมารดา ส่งเสริมให้มารดาพูดคุย อุ้มลูกบ่อยๆ สอนสาธิตท่าอุ้มบุตรที่ถูกวิธี แนะนำการอาบน้ำเด็ก การนวดสัมผัส การเช็ดตาเช็ดสะดือ การเตรียมและการให้นมผสม เป็นต้น แนะนำให้งดนมแม่เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ให้นมผสมแทน ประสานงานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อขอรับสิทธินมผสมฟรี จนครบ 18 เดือน แนะนำ ให้คำปรึกษา การให้ยาต้านไวรัสแก่บุตร ให้ตรงเวลา ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ตามแผนการรักษา และการพาบุตรมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ทุก 2, 4 และ18 เดือน ตามแพทย์นัด สนับสนุนการเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM เพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แนะนำพาบุตรมารับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันตามช่วงวัย **การประเมินผล** มารดาตอบคำถามเรื่องการดูแลบุตรได้ถูกต้อง มีความมั่นใจ สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ถูกต้อง
7. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่บุตร สามี และบุคคลอื่น	**การพยาบาล** แนะนำการงดนมแม่ให้กินนมผสมแทน ห้ามเคี้ยวอาหาร ป้อนให้ลูกกิน แนะนำเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งเมื่อเปียกชุ่ม ไม่ปล่อยให้ออกมาเปื้อนผ้าถุง เพราะจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อให้ผู้อื่น แยกผ้าที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่ง ใส่ในถังติดเชื้อ แนะนำรักษาความสะอาดร่างกาย ฟอกสบู่ ล้างมือให้สะอาดหลังเข้าห้องและก่อนหลังเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งหลัง แนะนำการรับประทานยาต้านของมารดาและบุตร ตามแผนการรักษา อย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ให้สวมถุงยางอนามัย 100 % แนะนำการทำหมันหรือคุมกำเนิดชนิดอื่น ยกเว้นห่วงอนามัย **การประเมินผล** มารดาตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุตร สามี และบุคคลอื่นได้ถูกต้อง

ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

จากการศึกษาข้อมูลและทบทวนกระบวนการพยาบาล หลังจากวางแผนให้การดูแล ประเมินผลแล้ว ยังพบปัญหาว่า มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ฝากครรภ์ล่าช้าเกิน 12 สัปดาห์ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ปกปิดสามีและครอบครัวคนรอบข้าง สามียังไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี บุตรมีโอกาสได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
8. พร่องความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	**การพยาบาล** ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมวางแผนกับมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนกลับไปอยู่บ้าน จะช่วยให้มารดาหลังคลอด สามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้อง เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาส และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ D-METHOD ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ **1. Diagnosis** ให้ความรู้เรื่องโรคเอชไอวี สาเหตุ อาการ ช่องทางการติดต่อ การป้องกันรักษา การวางแผนครอบครัว เช่น แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย งดนมแม่ ให้นมผสมแทน หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ โดยการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย หากประสงค์ตั้งครรภ์ แนะนำให้สามีได้รับการตรวจเลือดทั้งคู่ ช่วงที่เหมาะต่อการมีบุตรคือ มี VL < 50 copies/mL CD4 > 350cells/mm^3 สุขภาพแข็งแรง ภาวะโภชนาการดี ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ **2. Medicine** ส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา สม่ำเสมอ และตลอดชีวิต ไม่หยุดยาเอง **3. Environment** ส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ให้น่าอยู่ สะอาด ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก การกำจัดทำลายเชื้อจากสารคัดหลั่งต่างๆ แนะนำ สิทธิประโยชน์ เช่น การได้รับการดูแลตั้งแต่การตรวจจนถึงการรักษาฟรี ตามสิทธิประกันสุขภาพ การคุ้มครองตามกฎหมาย ไม่ให้ถูกละเมิดสิทธิในเรื่องต่าง ๆ การรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการทำงาน **4. Treatment** ให้เฝ้าระวังสุขภาพมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและบุตร โดยมาพบแพทย์ตรงตามนัด รักษาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ไม่มีอาการใดๆ และถ้ามีอาการ เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง น้ำหนักลด มีฝ้าขาวในปาก ลิ้น เป็นต้น ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัด ดูแลหลังคลอด แนะนำการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์และแผลฝีเย็บ ล้างฟอกด้วยสบู่ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลฝีเย็บบวมแดง แผลแยก น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม มีกลิ่นเหม็น บุตรมีไข้ ตัวตาเหลือง สะดือบวมแดง ไม่ดูดนม ท้องอืด ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัด แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการถ่ายทอดและรับเชื้อเอชไอวี แนะนำการชวนสามีมาตรวจเลือดเอชไอวี ฟรี อย่างต่อเนื่อง ปีละ 1-2 ครั้ง ส่งเสริมการรับวัคซีนโควิด **5. Health** ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนะนำการออกกำลังกาย สม่ำเสมอ เหมาะสมกับสภาพร่างกาย พักผ่อนอย่างเพียงพอ แนะนำวิธีจัดการความเครียดวิตกกังวล เช่น หาสิ่งที่ชอบทำ อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ ทำสมาธิ จะช่วยผ่อนคลายและมีสติดีขึ้น ส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการรับเชื้อเพิ่มและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย งดนมแม่ให้นมผสมแทน ส่งเสริมการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือDSPM **6. Out patient** เข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต่อเนื่อง หากมีอาการฉุกเฉินโทร 1669 สามารถเข้ารับบริการสถานพยาบาลใกล้บ้านได้ หากมีข้อสงสัย โทรติดต่อสอบถามได้ การมาตรวจตามนัดของมารดา วันที่ 22 มิถุนายน 2566 นัดตรวจหลังคลอด และตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่ห้องตรวจนรีเวช (เวลา 08.30-12.00น) และวันที่ 17 พฤษภาคม 2566 นัดพบอายุรกรรมแพทย์ ที่คลินิกยาต้านไวรัส (เวลา 08.30-12.00 น) การมาตรวจตามนัดของบุตร วันที่ 25 พฤษภาคม 2566 นัดตรวจ CBC ติดตามภาวะซีดหลังรับประทานยาต้านไวรัส ที่คลินิกเด็กป่วย (เวลา 08.30-12.00 น) และ วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 นัดรับวัคซีน เมื่ออายุ 2 เดือน และรับนมผสมทุกเดือนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี และมีนัดตรวจเลือดติดตามการติดเชื้อเอชไอวี PCR ตอนอายุ 2 ,4 เดือน และตรวจAnti HIV ตอนอายุ 18 เดือน ที่คลินิกเด็กป่วย (เวลา 08.30-12.00 น) **7. Diet** การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมกับโรค เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด เน้นอาหารครบ 5 หมู่ ห้ามดื่มแอลกอฮอล์ ยาดองเหล้า ของหมักดอง หากต้องการทานอาหารเสริม/สมุนไพร

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อน ดื่มน้ำสะอาด วันละ 6- 8 แก้ว สอนสาธิตวิธีการ เตรียมนมผสม และการป้อนนมบุตร แนะนำอาหารเสริมตามวัยเริ่มเมื่ออายุ 6 เดือน **การประเมินผล** จากการที่พยาบาลให้คำแนะนำ สอน สาธิต เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและบุตร การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สามี มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและบุตร สามารถตอบคำถามย้อนกลับ ได้ถูกต้อง รับทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การวางแผนคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การแนะนำชวนสามีตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี อาการมารดาหลังคลอดทั่วไปดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน ส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เพื่อขอสนับสนุน นมผงเลี้ยงทารกแทนนมแม่ และส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรม เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส มารดาออกจากโรงพยาบาล วันที่ 11 พฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท มารดาแข็งแรงดี ลุกเดินช่วยเหลือตนเองได้ ทุเลาอาการปวดแผลฝีเย็บ Pain score 2 น้ำคาวปลาสีชมพูจางออกเล็กน้อย เต้านมปกติ ไม่คัดตึง ไม่มีน้ำนมไหล หลังจำหน่ายมีการประสานส่งต่อข้อมูลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผ่านทาง Smart COC และทาง Line หรือโทรศัพท์ ติดต่อเจ้าหน้าที่รพ.สต.เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะดูแลต่อเนื่อง

ครั้งที่ 1 วันที่ 18 พฤษภาคม 2566 ได้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมารดา 7 วันแรกหลังคลอด ไม่ปวดแผลฝีเย็บ แผลฝีเย็บแห้งติดดี น้ำคาวปลาสีเหลืองใส ติดผ้าอนามัยเล็กน้อย เต้านมปกติ ไม่คัดตึง ไม่มีน้ำนมไหล รับประทานยาต้านไวรัสได้ สม่ำเสมอ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน บุตรกินนมผสมได้ ท้องไม่อืด ขับถ่ายปกติ ป้อนยาต้านไวรัสให้บุตรได้สม่ำเสมอ ตรงเวลา ตามแผนการรักษา มาตรวจตามนัดพบแพทย์อายุรกรรม ที่คลินิกยาต้านไวรัส แล้ว เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2566 แล้ว รอพาบุตรมาตรวจเลือดประเมินภาวะซีด วันที่ 25 พฤษภาคม 2566

ครั้งที่ 2 วันที่ 25 พฤษภาคม 2566 ได้โทรติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด 14 วัน มารดาพาบุตรมาตรวจเลือด ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ติดตามผลเลือดหลังรับประทานยาต้านไวรัส แพทย์แจ้งผลเลือดปกติ ไม่ซีด บุตรกินนมผสมได้ ขับถ่ายปกติ มารดาอาการปกติ ไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ รับประทานยาต้านไวรัส สม่ำเสมอ ตรงเวลา ไม่มีอาการผิดปกติ

ครั้งที่ 3 วันที่ 22 มิถุนายน 2566 ได้โทรติดตามเยี่ยมมารดา 6 สัปดาห์หลังคลอด มารดา มาตรวจหลังคลอดที่ห้องตรวจนรีเวช โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผลฝีเย็บแห้งติดดี ไม่มีเต้านมคัดตึง ไม่มีไข้ ไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ รับประทานยาต้านไวรัส สม่ำเสมอ ทารกแข็งแรงดี ดื่มนมผสมได้ดี ตัวไม่เหลือง อุจจาระได้ปกติ สะดือแห้งปกติ แนะนะให้พาบุตรมารับวัคซีนตอนอายุ 2 เดือน และ ตรวจเลือด PCR เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกเด็กป่วย (เวลา 08.30-12.00 น)

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายนี้เป็นมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ปกปิด ไม่กล้าเปิดเผยกับสามีและครอบครัว ขาดความรู้ และขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รับประทานยาต้านเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ ขาดการรักษา มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลกระทบต่อสามีและบุตรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ติดเชื้อฉวยโอกาสได้[4]

พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ชี้แนะ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ เกี่ยวกับปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

เหมาะสม ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ในการดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ควรให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และวิญญาณ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษา การวางแผนจำหน่าย และส่งต่อ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน[5] โดยอาศัยครอบครัว ชุมชน และสังคมมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้มารดาและบุตร มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง พัฒนาการสมวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.การพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ปกปิด ไม่รับประทานยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมอ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งตนเอง และบุคคลรอบข้างที่รัก เช่น สามี บุตร ระบบการดูแลที่สำคัญ คือ การส่งเสริมสุขภาพให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับโรค การส่งเสริมการป้องกันโดยสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาต้านไวรัส สม่ำเสมอตรงเวลาการสังเกตอาการผิดปกติที่ก่อให้เกิดโรคฉวยโอกาส ส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว การรับคำปรึกษาแบบคู่ เปิดโอกาสให้สามีได้รับการตรวจเลือด และการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับแรงสนับสนุน จากสังคม ชุมชน มีส่วนช่วยให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความปลอดภัยจากโรค สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ ลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก และสามี

2.การส่งเสริมให้มาฝากครรภ์พร้อมคู่ ขณะตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษาแบบคู่ เพื่อลดปัญหาปกปิดสามี ทำให้สามีได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และคัดกรองโรคต่างๆ ที่ถ่ายทอดจากพ่อแม่สู่ลูก เช่น ไวรัสตับอักเสบบี ซิฟิลิส ธาลัสซีเมีย

3. บุคลากรทีมสุขภาพทุกคนต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการให้คำปรึกษา ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด แบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

4. ควรมีการประสานเชื่อมโยงเครือข่าย ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามมารดาและทารกหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตรวจตามนัดของมารดาและบุตร และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

5. ควรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2565. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์อักษร กราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

2.เพ็ญพักตร์อุทิศ, ชมพูนุช โสภาจารีย์, ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2560). คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

3.พรศิริ พันธสี. (2559). กระบวนการพยาบาล& แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่18. ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.

4.ลัดดา พลพุทธา. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(1), 136-150.

5.Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice. St. Louis: Mosby.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน : กรณีศึกษา

The Nursing care for patient with cervical carcinoma receiving Radical Hysterectomy : A case study.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

ปฏิมา มะพะสาธุโร[1]
PATIMA MAPASATHURO[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี เข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชและพิเศษหญิงรวม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 นัดมาเพื่อทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS

ผลการศึกษา: ระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด ขณะผ่าตัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการจัดท่าผ่าตัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด การบาดเจ็บกับอวัยวะใกล้เคียงที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทสำคัญ สิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการผ่าตัด และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ให้ความรู้ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยจำหน่ายวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 9 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคมะเร็งปากมดลูก, การผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for patients with cervical cancer undergoing radical hysterectomy. A 37-year-old Thai female patient was admitted to the gynecology ward at Phra Narai Maharat Hospital on February 8, 2024, for a scheduled radical hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy and pelvic lymphadenectomy.

Results: In the preoperative phase, the patient expressed anxiety about the surgery. During the operation, measures were taken to prevent complications, and no adverse incidents occurred, including tissue injury from positioning, damage from electrocautery, shock from blood loss, injury to adjacent pelvic organs, damage to major blood vessels and nerves, retained surgical items, or surgical site infections. Postoperative follow-up included education prior to discharge. The patient was discharged on February 16, 2024, after a total hospital stay of 9 days.

Keywords: Nursing care, cervical cancer, radical hysterectomy.

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 4 ของผู้หญิงทั่วโลก ในปี 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 604,000 คน เสียชีวิตราว 342,000 คน โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง สาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ HPV ซึ่งในปัจจุบันสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้จาการตรวจ HPV Testing, HPV DNA รวมถึงการกระตุ้นให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ขึ้นในสตรี ก่อนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ โดยเมื่อพบการติดเชื้อ HPV สามารถตรวจติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูก เพื่อให้การรักษาโดยการผ่าตัดได้ทันในมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันยังมีผู้ป่วยบางส่วนมีความกลัว และความอายในการเข้ารับการรักษา ส่งผลให้พบมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ทำให้การรักษามะเร็งปาก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

มดลูกมีความยุ่งยากซับซ้อนใช้เวลานานหลังการรักษาผู้ป่วยอาจมีคุณภาพชีวิตแย่ลง

ในประเทศไทยมะเร็งปากมดลูก ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการรายงานสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปีพ.ศ. 2565 ระบุว่า มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับที่ 2 ของโรคมะเร็งที่ พบในเพศหญิง รองจากมะเร็งเต้านม อัตราอุบัติการณ์ 11.1 รายต่อประชากร 100,000 ราย จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ 2,713 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 12.88 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิงทั้งหมด [1]

สถิติมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จากการรายงานระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ 104 ราย, 114 ราย และ 114 ราย ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้นที่สามารถเข้ารับการรักษาได้ด้วยการผ่าตัด RHND with BSO with PANS ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 1 ราย, 9 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนไม่มาก แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในการทำผ่าตัดเพื่อให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วง ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญในการช่วยให้การผ่าตัดประสบผลสำเร็จ โดยต้องเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์สูงในการปฏิบัติงาน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมถึงสร้างความเชื่อมั่น และความไว้วางใจกับผู้ป่วยและญาติ ให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตนเองหลังการผ่าตัดต่อเนื่องที่บ้านได้ เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน

วิธีการศึกษา

ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี เข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชและพิเศษหญิงรวม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 นัดมาเพื่อทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย รูปร่างผอม น้ำหนัก 56 กิโลกรัมส่วนสูง 160 เซนติเมตร สถานภาพสมรส G4P3Ab1L3 ทำหมันแล้ว บุตรคนสุดท้ายอายุ 4 ปี LMP วันที่ 8 มกราคม 2564 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้ยาและอาหาร ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชและพิเศษหญิงรวม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 เนื่องด้วยแพทย์นัดมานอนผ่าตัดเพื่อทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 3 เดือนก่อน มีเลือดออกกระปริบกระปรอยทางช่องคลอดหลังมีเพศสัมพันธ์ ไปตรวจที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล ทำ pap smear ตรวจภายในพบก้อนที่ปากมดลูก แพทย์ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยจึงขอมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตามสิทธิ์ จากการซักประวัติพบมีเลือดออกกระปริบกระปรอยทางช่องคลอด ไม่มีอาการปวดท้อง คลำหน้าท้องไม่พบก้อน ผลตรวจ MRI Whole abdomen พบก้อนบริเวณปากมดลูกขนาด 1.8 x 1.5 x 1.9 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น SCCA of cervix Stage IB2 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 95/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส

ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

จากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน ที่หอผู้ป่วย (วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567) พบว่าผู้ป่วย มี

เลือดออกทางช่องคลอดกะปริบกะปรอย ไม่มีอาการปวดท้อง นอนกระสับกระส่ายบนเตียง หน้านิ่วคิ้วขมวด มีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส บอกว่ากลัวการผ่าตัด ผ่าตัดแล้วจะหายไหม ไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ปัญหาทางการพยาบาลที่พบระยะก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เป็นการผ่าตัดครั้งแรก	สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย แสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเจ็บป่วยและความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ตัดท่อนำไข่และรังไข่ออกทั้งสองข้าง ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานทั้งสองข้าง เป็นวิธีรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้ หลังผ่าตัดสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ต่อมาให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เรื่องการเตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดผิวหนังทั่วร่างกาย การโกนขนบริเวณหน้าท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อความสะอาด การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนการผ่าตัด การถอดฟันปลอม เพื่อป้องกันการอาเจียนสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลมขณะผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตได้ การเตรียมลำไส้โดยการให้ยาระบาย (Swiff 45 ml. ผสมน้ำ 500 ml.) รับประทานเวลา 14.00น.รับประทานให้หมดภายใน 2 ชั่วโมง การสวนล้างช่องคลอดในเช้าวันผ่าตัด เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคขณะผ่าตัด การให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ในวันก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อไว้บันทึกน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และไว้ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ในระบบทางเดินปัสสาวะ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อนอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสดชื่นไม่อ่อนเพลีย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย แนะนำให้ถอด สิ่งของมีค่า เช่น สร้อยคอ แหวน ชุดชั้นใน ที่ติดตัวผู้ป่วยออกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดรอยไหม้ขณะทำผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์ใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า และป้องกันการสูญหาย การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด เพื่อให้รับทราบวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ข้อดี ข้อเสีย หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังผ่าตัด อธิบายถึงสภาพผู้ป่วย เรื่องการงดน้ำงดอาหารหลังการผ่าตัด การใส่ท่อระบายต่างๆ คาไว้ เช่น สายสวนปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของอวัยวะต่างๆ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ฝึกการหายใจ โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี การไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยเวลาไอให้หายใจเข้าให้เต็มที่แล้วกลั้นไว้ ใช้มือกุมหน้าท้อง ก้มตัวมาด้านหน้า แล้วไอออกมาแรงๆ เพื่อช่วยระบายเสมหะ แนะนำวิธีประเมินความเจ็บปวด และการจัดการกับความเจ็บปวด แนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายโดยเร็วหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะ และคลื่นไส้ อาเจียน สามารถลุกนั่งข้างเตียงและลุกเดินได้ เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด จากการที่ลำไส้เคลื่อนไหวน้อย ส่งผลให้ปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ภาวะ ลิ่มเลือดอุดตัน จากการเคลื่อนไหว ร่างกายได้น้อย อธิบายถึงขั้นตอนการรับผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด และสภาพภายในห้องผ่าตัด นอกจากนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และสอบถามข้อสงสัยในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด สังเกตการแสดงออก ท่าที คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนความผิดปกติทางด้านร่างกายในขณะที่ผู้ป่วยซักถามปัญหา ประเมินผล ผู้ป่วยรับฟัง สีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมากขึ้น และสามารถตอบคำถามได้

ระยะก่อนผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 พยาบาลประจำห้องผ่าตัดได้โทรศัพท์ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนรีเวชและพิเศษหญิงรวม และให้พนักงานห้องผ่าตัดพร้อมใบรับ Set ผ่าตัดไปรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเวลา 11.49 น. ขณะนั้นมีผู้ป่วยอื่นนอนรอผ่าตัดจำนวน 4 ราย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บอกว่า “ยังกังวลเรื่องการผ่าตัดอยู่บ้าง” พยาบาลห้องผ่าตัดได้เข้าไปสอบถาม พูดคุยให้กำลังใจ ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วย ป้ายข้อมือ และป้ายหน้าแฟ้มประวัติให้ตรงกับตารางการผ่าตัด และแขวนป้ายประจำห้องที่ทำผ่าตัด จัดให้ผู้ป่วยพักรอก่อนนำผู้ป่วย เข้าห้องผ่าตัด ปัญหาทางการพยาบาลที่พบระยะก่อนผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด) มีดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ไม่สุขสบายขณะรอผ่าตัด	พยาบาลห้องผ่าตัดสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ให้กำลังใจ และสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ดูแลความสุขสบายทั่วไป จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย ห่มผ้าให้ความอบอุ่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถได้ตามสมควร ดูแลสภาพแวดล้อมให้มีบรรยากาศสงบ สบาย มีแสงสว่างพอเหมาะ ปรับอุณหภูมิของห้องพักขณะรอผ่าตัดให้เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ผ่อนคลายขณะรอผ่าตัด
2. อาจเกิดการผ่าตัดผิดคน	พยาบาลห้องผ่าตัดได้ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วย วินิจฉัยโรคชื่อการผ่าตัด ชื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัด และแขวนป้ายประจำห้องที่ทำผ่าตัด เมื่อถึงเวลาผ่าตัด ก่อนนำ ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทีมผ่าตัดที่จะเข้าผ่าตัดได้ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งโดยการถามผู้ป่วยเทียบกับใบรับ Set ผ่าตัด ป้ายข้อมือ และเวชระเบียนเกี่ยวกับ ชื่อ สกุล อายุ วินิจฉัยโรคชื่อการผ่าตัด

ระยะผ่าตัด

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 12.30 น. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล พยาบาลช่วยรอบนอกทำ Sign in ร่วมกับทีมผ่าตัดตรวจสอบ เพื่อยืนยันความถูกต้อง ของ ชื่อ สกุล ผู้ป่วย การผ่าตัดที่ทำ ใบเซนยินยอมผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา ความครบถ้วน ของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัด ผูกรัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ทีมพยาบาลผ่าตัดเตรียมเปิดเครื่องมือ ผ้าผ่าตัดปราศจากเชื้อ และวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ วัสดุที่ใช้ผูกรัดเส้นเลือดไหมเย็บแผลครบถ้วนถูกต้อง พร้อมใช้งาน มีชุดเครื่องมือพื้นฐานสำหรับผ่าตัดทั่วไป ชุดเครื่องมือผ่าตัดช่องท้อง ชุดเครื่องมือ Oncology เครื่องจี้ เครื่อง Suction เมื่อวิสัญญีพยาบาลดมยาสลบเรียบร้อย พยาบาลช่วยรอบนอกช่วยจัดท่าผู้ป่วยแบบขากบ เปิดอุปกรณ์เช็ดทำความสะอาดช่องคลอด เมื่อเสร็จเรียบร้อย จัดท่านอนหงายราบ ใส่ Sleeve for pneumotic compression ที่ขาทั้งสองข้าง และต่อลงเครื่อง Pneumotic compression ตรวจดูการทำงานของเครื่องให้เรียบร้อย วางแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบริเวณต้นขาข้างขวา คลุมผ้าบริเวณต้นขาและ ติดสายรัดป้องกันผู้ป่วยตกเตียง นำสายสวนปัสสาวะวางพาดไว้บริเวณต้นขาและแขวนถุงรับน้ำปัสสาวะไว้บริเวณเตียงด้านบน จากนั้นเตรียมฟอกทำความสะอาดผิวหนัง โดยเปิดผ้าคลุมตัวผู้ป่วยด้านบนถึงบริเวณใต้ราวนม ด้านล่างถึงบริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง ประเมิน และตรวจสอบสภาพผิวหนัง ก่อนทำความสะอาดผิวหนัง รองผ้าบริเวณด้านข้างลำตัวผู้ป่วยทั้งสองข้าง ฟอกทำความสะอาดผิวหนังด้วย Hibiscrub ตั้งแต่บริเวณหน้าท้องบริเวณลำตัว ด้านบนถึงใต้ราวนม ด้านล่างถึงบริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง และทายาบริเวณผ่าตัดด้วย 10% Povidine solution ปูผ้าผ่าตัด เริ่มติดอุปกรณ์สายจี้ สาย Suction ตรวจสอบความพร้อมใช้ พยาบาลช่วยรอบนอก ทำ Time out ทวนสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องซ้ำกับทีมผ่าตัด ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัด คาดการณ์ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัด ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดขานความพร้อมของ เครื่องมือ เครื่องใช้จำนวนผ้าก๊อส ผ้าซับโลหิต จากนั้นเริ่มทำการผ่าตัดตามขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ **1** การเปิดแผลผ่าตัด (Incision and exposure) ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจช่องท้อง (Explor laparotomy) ขั้นตอนที่ 3 จัด Position การผ่าตัดโดยการ Pack ผ้าซับโลหิตกันลำไส้ ใส่ Self retainning retractor ปรับเตียงให้ศีรษะต่ำ ขั้นตอนที่ 4 ส่งเครื่องมือให้แพทย์จับยกมดลูก (Elevation of the uterus) ขั้นตอนที่ 5 ตัด Round ligaments และ Infundibulopelvic ligament ข้างซ้ายและข้างขวา ขั้นตอนที่ 6 การเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะออกจากปากมดลูกและช่องคลอด (Dissection of vesicouterine peritoneum) ขั้นตอนที่ 7 การเข้าสู่ Vesical space ข้างขวา ขั้นตอนที่ 8 การเข้าสู่ Pararectal space ข้างขวา ขั้นตอนที่ 9 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Common iliac และ External iliac ข้างขวา ขั้นตอนที่ 10 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Obtulator ข้างขวา ขั้นตอนที่ 11 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Hypogastric ข้างขวา ขั้นตอนที่ 12 การคล้องและผูก Uterine artery ข้างขวา ขั้นตอนที่

13 การเข้าสู่ vesical space ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 14 การเข้าสู่ pararectal space ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 15 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Common iliac และ External iliac ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 16 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Obtulator ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 17 การเลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Hypogastric ข้างซ้าย ขั้นตอนที่ 18 การคล้องและผูก Uterine artery ข้างซ้ายขั้นตอนที่ 19 การเลาะแยกท่อไตข้างขวา ออกจากเยื่อบุช่องท้อง ขั้นตอนที่ 20 การเลาะแยกท่อไตข้าง ซ้ายออกจากเยื่อบุช่องท้อง ขั้นตอนที่ 21 การเปิดเข้าสู่ Rectovaginal หรือ Prerectal space ขั้นตอนที่ 22 การตัด Cardinal ligaments หรือ Lateral parametrium ขั้นตอนที่ 23 การตัด Rectouterine ligaments, Uterosacral ligaments และ Rectovaginal ligaments ขั้นตอนที่ 24 การเลาะแยกท่อไตข้างขวาและข้างซ้ายออกจาก Vesicouterine ligaments ขั้นตอนที่ 25 การตัด Vesicouterine ligaments และ Paravaginal tissue ขั้นตอนที่ 26 การเย็บปิดผนังช่องคลอด ขั้นตอนที่ 27 Stop bleeding บริเวณ Vaginal stump ล้างช่องท้องด้วย NSS อุ่น ขั้นตอนที่ 28 จัด Position การผ่าตัดใหม่ โดยการ Off swab และ Self retaining retractors ออก ใช้ Dever retractors ดึงหน้าท้องและ Pack ผ้าซับโลหิตกันลำไส้เปิดให้เห็น ตำแหน่งของการเข้าเลาะต่อมน้ำเหลืองรอบ Aorta และ IVC ขั้นตอนที่ 30 เลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณส่วนล่างของ Aorta และ IVC ทั้งด้านซ้ายและขวา ขั้นตอนที่ 31 เย็บปิดเยื่อบุช่องท้องที่คลุมหลอดเลือด Aorta และ IVC ขั้นตอนที่ 31 Check bleeding ในช่องท้องทั้งหมดซ้ำ ขั้นตอนที่ 32 เย็บปิดช่องท้อง และผิวหนัง พยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลช่วยรอบนอก ทำการตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อสให้ครบถ้วนตามมาตรฐานก่อนการเย็บปิดแผลผ่าตัด ในขณะช่วยบริเวณแผลผ่าตัด ปิดแผลผ่าตัด สวมเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย นำแผ่นสื่อไฟฟ้าออกจากต้นขาข้างขวา ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อไฟฟ้าซ้ำ ปิดเครื่อง Pneumotic compression และ Off sleeve for pneumotic compression คลุมผ้าห่มอุ่นให้ผู้ป่วย รอวิสัญญีพยาบาลทำการถอดท่อช่วยหายใจออก ปลุกผู้ป่วยตื่น ทำการจัดเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิอย่างถูกต้อง พยาบาลช่วยรอบนอก ทำ Sign out ร่วมกับทีมผ่าตัด ทวนสอบหัตถการที่ทำการตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อสเข็มเย็บแผลครบถ้วน ยืนยันการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาถูกต้อง วิสัญญีแจ้งปริมาณ การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ลักษณะสีและปริมาณของน้ำปัสสาวะ เพื่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น รวมระยะเวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง 50 นาที มีการเสียเลือดตลอดการผ่าตัด 1,100 ml. Hemoglobin 7.5 g/dl. ได้รับเลือดทดแทน 1 unit. ปัสสาวะผู้ป่วยออกดี สีเหลืองใส ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัด ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90-140 / 40-80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง/นาที เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น ปัญหาทางการพยาบาลที่พบระยะผ่าตัด มีดังนี้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. อาจเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการจัดท่าผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีรูปร่างผอม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน	จัดท่าผ่าตัดนอนหงายราบ นอนกดทับปุ่มกระดูกต่างๆ พยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องปูผ้ารองบนผ้ายางปูเตียงผ่าตัดก่อนการย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัด ปูผ้าให้รียบตึง เพื่อลดการเสียดสีบริเวณผิวหนังบนร่างกายผู้ป่วยกับผ้ายางรองเตียง ก่อนการดมยาสลบ พยาบาลช่วยรอบนอกอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการปลดเสื้อ ผ้านุ่งของผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยหลับ เพื่อเปิดให้เห็นตำแหน่งการผ่าตัดอย่างชัดเจน โดยเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น และใช้ผ้าคลุมตัวไว้ก่อน และให้ผู้ป่วยสามารถช่วยประเมินความสุขสบายของตัวผู้ป่วยได้เอง จากการ ไม่มีการกดทับบริเวณด้านหลังจากรอยยับของผ้าปูรองเตียง หรือจากเสื้อผ้าของผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ยังช่วยให้ไม่ต้องขยับร่างกายผู้ป่วยมากเกินไปหลังจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ประสานกับวิสัญญีแพทย์, วิสัญญีพยาบาลร่วมในการจัดท่า จัดท่าด้วยความนุ่มนวล ดูแลให้แนวลำตัวผู้ป่วยอยู่ตรงกลางเตียง กางแขนทั้งสองข้างออกไม่เกิน 90 องศา เพื่อป้องกันการการบาดเจ็บของเส้นประสาท ระวังไม่ให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายสัมผัสกับส่วนที่เป็นโลหะ ถูกขอบเตียง แขนและขาของผู้ป่วยไม่ให้ตกจากเตียง ผูกรัดบริเวณต้นขาทั้งสองข้างเหนือหัวเข่า หนึ่งฝ่ามือป้องกันตัวผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เคลื่อน เนื่องจากขณะทำการผ่าตัดมีการปรับเตียงให้เป็นแบบศีรษะต่ำ และเอียงข้างทั้ง ข้างซ้าย และข้างขวาเพื่อสะดวกต่อการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน ประเมินผลหลังผ่าตัดพบว่า ไม่มีรอยแดงหรือถลอกตามปุ่มกระดูก ไม่เกิดแผลกดทับจากการจัดท่า การรับความรู้สึกของร่างกายไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่เกิดอันตรายต่อเส้นประสาท
2. อาจเกิดการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในการผ่าตัด	พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินสภาพความพร้อมใช้งานของเครื่องจี้ไฟฟ้าก่อนการใช้งาน แผ่นสื่อนำไฟฟ้า สายไฟ และปลั๊กให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้ ปฏิบัติตามคู่มือการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการใส่เครื่องประดับหรือโลหะที่เป็นสื่อนำไฟฟ้าหรือไม่ ประเมินปัจจัยเสี่ยง สำรวจจากสภาพของผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า การวางแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบนร่างกายของผู้ป่วยเลือกบริเวณกว้าง เรียบ มีกล้ามเนื้อมาก มีลักษณะโค้งนูน และใกล้กับบริเวณที่ทำผ่าตัด หลีกเลี่ยงไม่วางบริเวณที่มีไขมัน แผลเป็น มีขนมาก บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ และบริเวณที่อาจเปียกชื้นจากการล้างช่องท้อง หรือแผลผ่าตัด ติดแผ่นสื่อไฟฟ้าบริเวณต้นขาข้างขวา หัวจี้ไฟฟ้าเมื่อยังไม่ใช้งานเก็บไว้ในกระบอกพลาสติกเพื่อความปลอดภัยไม่ให้ขั้วไฟฟ้าหรือหัวจี้ไฟฟ้าถูกตัวผู้ป่วย ตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้ามีสัญญาณไฟเมื่อเปิดเครื่องใช้งาน และตั้งค่ากระแสไฟฟ้าสำหรับจี้ห้ามเลือดและตัดเนื้อเยื่อในระดับความแรง 35 วัตต์ ดูแลให้เครื่องจี้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดการผ่าตัด บันทึกตำแหน่งที่ติดแผ่นสื่อไฟฟ้า สภาพของผิวหนังก่อนและหลังการใช้งาน เพื่อตรวจสอบภาวะผิวหนังไหม้จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า สังเกตและบันทึกอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ประเมินผลหลังการผ่าตัดพบว่า ผิวหนังไม่มีตุ่มพอง รอยแดงหรือรอยไหม้ไหม้จากแผ่นสื่อไฟฟ้า
3. อาจเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดใหญ่	มีขั้นตอนในการผ่าตัดจำนวนมาก เมื่อถึงขั้นตอนการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด Active bleeding โดยเฉพาะขั้นตอนการเลาะแยกมดลูกออกจากอวัยวะต่างๆ ที่อยู่ใกล้เคียง ได้แก่ ท่อไตทั้งสองข้าง กระเพาะปัสสาวะ และขั้นตอนการเลาะต่อมน้ำเหลืองไปตามหลอดเลือดขนาดใหญ่ ใช้เวลาทำผ่าตัดนาน ทำให้เกิดการสูญเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง พยาบาลช่วยผ่าตัดดึง Retractor ขณะผ่าตัด และช่วย Suction เห็นจุดเลือดออกชัดเจน ดูแลให้เครื่อง suction ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้แพทย์สามารถทำการห้ามเลือดได้สะดวก รวดเร็ว เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ จี้ห้ามเลือดชนิดต่าง ๆ ไหมเย็บแผลสำหรับเย็บผูกห้ามเลือดให้พร้อมใช้งาน ในตำแหน่งที่ไม่ลึกสามารถเย็บห้ามเลือดได้ สำหรับในตำแหน่งที่ลึกมากและไม่สามารถเย็บห้ามเลือดได้ เตรียม Ligaclip ให้แพทย์หนีบห้ามเลือด และเตรียม Surgicel ให้แพทย์ Pack ห้ามเลือดบริเวณที่มีเลือดออกจากพื้นผิวทั่วไปไม่เห็นจุดเลือดออกชัดเจน เมื่ออยู่ในขั้นตอนที่มีการสูญเสียเลือดมาก แจ้งให้วิสัญญีพยาบาลรับทราบเพื่อร่วมกันประเมินการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เป็นระยะๆ โดยบันทึกจำนวนผ้าซับโลหิต บันทึกปริมาณเลือดในขวด Suction เพื่อช่วยให้วิสัญญีพยาบาลสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพ Hematocrit สามารถให้สารน้ำ และเลือดทดแทนให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมทันท่วงที ส่งผลให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น การประเมินผลหลังผ่าตัด พบว่าเมื่อเสร็จสิ้น การผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียโลหิตจากการผ่าตัด 1,100 ml สามารถห้ามเลือดได้ และได้รับเลือดทดแทน 1 unit ในขณะผ่าตัด
4. อาจเกิดการบาดเจ็บกับอวัยวะใกล้เคียงที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน ได้แก่ ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่	โดยการทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS เป็นการตัดมดลูกแบบกว้าง หรือผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคน โดยมีการตัดในส่วนของมดลูก รวมทั้งเนื้อเยื่อข้างๆมดลูก และ ตัดช่องคลอดส่วนบนหนึ่งส่วนสาม ถึงหนึ่งส่วนสองของความยาว ซึ่งมักจะทำร่วมกับการตัดท่อนำไข่และรังไข่ทั้งสองข้างออก พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญการช่วยป้องกัน การบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ได้ด้วยการเตรียมความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคของมดลูก อวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณภายในอุ้งเชิงกราน ขั้นตอนการผ่าตัด เทคนิคการดึง Retractors ชนิดต่างๆ อย่างถูกวิธี ถูกตำแหน่ง ในแต่ละขั้นตอนของการผ่าตัด เพื่อทำให้สามารถเข้าช่วยการผ่าตัดในแต่ละขั้นตอนได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือผ่าตัดได้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ในขั้นตอนการเลาะแยกท่อไต เตรียม Vessel loop ให้แพทย์คล้องแยกท่อไต เพื่อเพิ่มจุดสังเกตป้องกันการบาดเจ็บต่อท่อไต สำหรับขั้นตอนการเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะ ใช้ Dever retractors ช่วยดึงแยกกระเพาะปัสสาวะออกจากตัวมดลูก และในขั้นตอนการตัด Ligaments ต่างๆ ที่อยู่ใกล้กับลำไส้ใหญ่ นำ Spatula มาปิดลำไส้ใหญ่ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บบริเวณลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถคาดการณ์ การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เพิ่มเติมในกรณีที่เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียง ที่เกิดขึ้นระหว่างทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ประเมินผลหลังผ่าตัด พบว่าขณะผ่าตัดไม่เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียงที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน
5. อาจเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด Aorta, IVC,	โดยเมื่อถึงขั้นตอนการเลาะต่อมน้ำเหลือง ในอุ้งเชิงกราน และการสุ่มตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Para aortic พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญการช่วยป้องกันการบาดเจ็บของหลอดเลือด และเส้นประสาทได้ด้วยการเตรียมความรู้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
common iliac, External iliac, Internal iliac และเส้นประสาท Obtulator	เกี่ยวกับในส่วนของบริเวณที่อยู่นอกเยื่อบุช่องท้อง (Retroperitoneum space) กายวิภาคของหลอดเลือดใหญ่แขนงต่างๆ ของหลอดเลือด เส้นประสาทที่สำคัญ ขั้นตอนการเลาะต่อมน้ำเหลืองขอบเขตของการเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน แต่ละตำแหน่ง ข้อพึงระวังต่างๆ ได้แก่ การปรับความแรงของเครื่องจี้ Monopolar ให้ลดลงเหลือระดับความแรง 20 วัตต์ สำหรับการเลาะต่อมน้ำเหลืองใช้ Vein retractors ช่วยดึงเส้นเลือดในตำแหน่งต่างๆ เพื่อให้สามารถเลาะต่อมน้ำเหลืองได้อย่างชัดเจน กรณีมีเลือดออกข้างหลอดเลือดหรือเส้นประสาท เตรียมผ้าก๊อสให้แพทย์ Pack ห้ามเลือด ปรับมาใช้จี้ Bipolar ในการห้ามเลือดแทนจี้ Monopolar เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อหลอดเลือด และเส้นประสาท ประเมินผลหลังผ่าตัด พบว่าขณะผ่าตัดไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดและเส้นประสาท
6. อาจเกิดสิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัด RHND with BSO with PANS เป็นการผ่าตัดใหญ่	มีขั้นตอนการผ่าตัดหลายขั้นตอน ใช้เวลาทำผ่าตัดนาน เปิดใช้ผ้าซับโลหิต และผ้าก๊อส Pack ห้ามเลือดจำนวนมาก ขณะผ่าตัดมีการ Pack ผ้าซับโลหิตค้างไว้ในช่องท้อง เพื่อช่วยกันลำไส้ให้เห็นตำแหน่งผ่าตัดได้ชัดเจน และ Pack ผ้าก๊อส เพื่อช่วยห้ามเลือด ไว้ตามแอ่งต่างๆ เป็นระยะๆ ดังนั้น พยาบาลส่งเครื่องมือร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอกร่วมกันตรวจนับก๊อส ผ้าซับโลหิต และเครื่องมือให้ครบตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งหมด 3 รอบ ให้ครบตามจำนวนดังนี้ ก่อนเริ่มการผ่าตัดตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุ อุปกรณ์ จำนวนผ้าซับโลหิตที่ใช้ในการทำผ่าตัด และขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกจดบันทึกไว้ในใบบันทึกของห้องผ่าตัด และจดลงบนกระดาน เพื่อให้ทีมพยาบาลเข้าผ่าตัดมองเห็นชดเจน และสะดวกต่อการตรวจนับ เตรียมภาชนะสำหรับใส่เศษวัสดุ อุปกรณ์ ไหมเย็บแผล ที่ใช้แล้วไว้โดยเฉพาะ เพื่อไม่ให้ปะปนกับวัสดุ อุปกรณ์ที่ยังไม่ได้ใช้และป้องกันไม่ให้เศษวัสดุ ไหมเย็บแผลตกค้างเข้าไปในแผลผ่าตัด ขณะผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือ สังเกต ตรวจนับจำนวนของเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อส ที่ถูกทิ้งค้างไว้ในช่องท้อง ทุกครั้ง และขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกจดบันทึก จำนวน และตำแหน่งที่ Pack บนกระดาน ให้เห็นชัดเจน เมื่อแพทย์นำออก ให้พยาบาลส่งเครื่องมือขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกรับทราบ เพื่อลบการบันทึกบนกระดาน เมื่อมีการนำผ้าซับโลหิต และผ้าก๊อสออกใช้เพิ่ม หรือมีการเปลี่ยนทีมผ่าตัดใหม่ ต้องมีการร่วมกันนับจำนวนใหม่และส่งต่อการ pack ทุกครั้ง เมื่อเริ่มกระบวนการปิดแผลผ่าตัด ให้ตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อส เข็มเย็บแผล ดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนการเย็บปิดช่องท้อง และขานให้ศัลยแพทย์รับทราบ หากพบอุปกรณ์ผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อซ ไม่ครบ ให้รีบทำการค้นหาให้ครบ จึงทำการเย็บปิดช่องท้องได้ ครั้งที่ 2 ก่อนการเย็บปิดชั้น Rectus sheath ครั้งที่ 3 ก่อนการเย็บปิดชั้นผิวหนัง ประเมินผลหลังผ่าตัดพบว่า ไม่มีสิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการทำผ่าตัด
7. อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน	ในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดล้างมือเข้าผ่าตัดตามหลัก Surgical hand washing หลังเช็ดมือใช้น้ำยา Avagard ทำความสะอาดมือซ้ำ เพื่อให้ฤทธิ์การกำจัดเชื้อโรคคงอยู่บนผิวหนัง 6 ชั่วโมง ตรวจสอบอุปกรณ์ และเครื่องมือผ่าตัดทุกชิ้น ผ่านการทำลายเชื้อ มีวันหมดอายุ เตรียมและส่งเครื่องมือผ่าตัด โดยใช้หลัก Sterile technique อย่างเคร่งครัด ประเมินและตรวจสอบสภาพผิวหนังผู้ป่วยก่อนทำความสะอาดผิวหนัง รองผ้าบริเวณด้านข้างลำตัวผู้ป่วยทั้งสองข้าง เพื่อป้องกัน การเปียกชื้น ฟอกทำความสะอาดผิวหนังด้วย Hibiscrub เริ่มตั้งแต่หน้าท้อง กลางลำตัวผู้ป่วย ด้านบนถึงบริเวณใต้ราวนม ด้านล่างถึงบริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง และทายาบริเวณผ่าตัดด้วย 10% Povidine solution ปูผ้าผ่าตัด ในระยะผ่าตัด ขั้นตอนการตัดมดลูกต่อลงไปในส่วนของช่องคลอด เกิดการปนเปื้อน จากสิ่งคัดหลั่งภายในช่องคลอด และจากน้ำสวนล้างช่องคลอดที่ยังเหลือค้างอยู่บางส่วน หลังการเช็ดทำความสะอาด ดังนั้นเมื่อถึงขั้นตอนดังกล่าวพยาบาลช่วยผ่าตัดช่วย Suction เพื่อไม่ให้สิ่งคัดหลั่งภายในช่องคลอดไหลย้อนกลับขึ้นมาบนช่องท้อง จากนั้นเตรียมน้ำยา Povidine ให้แพทย์เทลงไปในช่องคลอด ช่วย Suction น้ำยาที่ไหลออกมานอกช่องท้อง ก่อนการ Suction น้ำยา ที่ค้างอยู่ในช่องคลอด และทำการเปลี่ยนหัว Suction ทันที เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปครบ 3 ชั่วโมง พบว่าการผ่าตัดยังไม่เสร็จสิ้น ประสานงานวิสัญญีให้ยาปฏิชีวนะซ้ำในระยะผ่าตัด เมื่อถึงขั้นตอนการเย็บปิดชั้น Rectus sheath ทีมผ่าตัดเปลี่ยนถุงมือผ่าตัด และล้างแผลผ่าตัด โดยใช้ NSS ซับแผล ให้แห้ง พยาบาลช่วยผ่าตัดดูแลไม่ให้บริเวณผ่าตัดเปียกชื้น ปูผ้าแห้งปิดทับตำแหน่งที่เปียกชื้นทันที หลังการล้างแผล ทีมผ่าตัดเปลี่ยนถุงมือ Sterile ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด หลังเสร็จการผ่าตัด ในขั้นตอนการปิดแผล เช็ดทำความสะอาดแผลผิวหนังรอบแผลผ่าตัดด้วย NSS และซับให้แห้ง ทาบริเวณแผลด้วยน้ำยา Povidine ปิดแผลด้วยผ้าก๊อสแห้งสะอาดปราศจากเชื้อให้มิดชิด และ seal ด้วยพลาสเตอร์ Fixomul ประเมินผลหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยไม่มีแผลอักเสบ บวมแดง หลังการทำผ่าตัด 72 ชั่วโมง อุณหภูมิผู้ป่วยอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
8. อาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด จากการผ่าตัดที่ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน	ผู้ป่วยดมยาสลบไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เป็นเวลานาน ในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดใส่ Sleeve for Pneumotic compression ที่ขาทั้งสองข้าง และต่อลงเครื่อง Pneumotic compression ตรวจดูการทำงานของเครื่องให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้แรงลมบีบให้เกิดแรงกดเป็นระยะๆ ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในระยะผ่าตัด ขั้นตอนของการเลาะต่อมน้ำเหลืองไปตามเส้นเลือดดำขนาดใหญ่และแขนงของหลอดเลือด ศัลยแพทย์จัดให้พยาบาลช่วยผ่าตัดดึง Vein retractor ด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดดำ เนื่องจากมีผนังค่อนข้างบาง อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อเลือด และเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดได้ ประเมินผลหลังผ่าตัดพบว่าหลังการทำผ่าตัด 72 ชั่วโมง พบผู้ป่วยฟื้นตัวดี ไม่พบอาการชาขา ขาบวม ผู้ป่วยไม่เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด
9. อาจเกิดการเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิกผิดพลาด	จากการส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาหลายตำแหน่ง พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้เกี่ยวกับการจัดเก็บชิ้นเนื้อ ตรวจสอบความถูกต้อง ของการจัดเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจ เพื่อป้องกันความผิดพลาด โดยพยาบาลช่วยรอบนอก ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ตรงกับข้อมูลในแฟ้มประวัติ และแผ่นสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย เตรียมภาชนะรองรับชิ้นเนื้อให้พร้อมตามความเหมาะสมของขนาดชิ้นเนื้อ ติดป้ายชื่อ-สกุลผู้ป่วย และชื่อชิ้นเนื้อ และระบุข้าง ลงบนภาชนะเมื่อนำชิ้นเนื้อใส่ลงในภาชนะจัดเก็บ พยาบาลช่วยรอบนอกขานชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อชิ้นเนื้อระบุข้าง ที่จัดเก็บ ให้พยาบาลส่งเครื่องมือได้ยิน และส่งภาชนะจัดเก็บชิ้นเนื้อ เปิดฝาโดยหันป้าย ติดระบุชื่อ-สกุล ผู้ป่วย และระบุชื่อชิ้นเนื้อ ระบุข้าง ให้พยาบาลล่งเครื่องมือเห็นชัดเจน และอ่านทวนซ้ำกับศัลยแพทย์อีกครั้งว่าถูกต้องตรงกับชิ้นเนื้อที่จะเก็บ จึงส่งชิ้นเนื้อลงในภาชนะ พยาบาลช่วยรอบนอก ตรวจสอบระดับน้ำยา Formalin ให้มีปริมาณเหมาะสมกับชิ้นเนื้อในภาชนะ ปิดฝา ให้สนิท ป้องกันน้ำยา Formalin รั่วไหล และจัดเก็บชิ้นเนื้อตามกระบวนการที่วางไว้ เมื่อแพทย์เขียนบันทึกการส่งตรวจชิ้นเนื้อลงในใบส่งตรวจทางพยาธิ Double check ซ้ำ จากพยาบาลช่วยรอบนอก และพยาบาลช่วยผ่าตัด โดยชิ้นเนื้อที่จัดเก็บเขียนระบุชื่อตรงกันกับใบบันทึกการส่งตรวจชิ้นเนื้อทุกตำแหน่ง เซ็นชื่อกำกับ ลงบันทึกในทะเบียนการส่งชิ้นเนื้อไปยังห้องพยาธิ ประเมินผล หลังผ่าตัดพบว่า สามารถเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิกได้ถูกต้อง ครบถ้วน

ระยะหลังผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

หลังวิสัญญีพยาบาลปลุกผู้ป่วยตื่น และถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยบิดตัว ดิ้นไปมา ร้องคราง หายใจมีเสียงครืดคราด บ่นปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม หายใจเองได้ ระดับออกซิเจน 100% on IV fluid 0.9% NSS 1,000 cc. Rate 100 cc./hr. Retained foley 's cath ไว้ ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส มีอาการหนาวสั่น เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น เพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด หลังจากนั้น 1 ชั่วโมง จึงส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยนรีเวช และพิเศษหญิงรวมใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 5 ชั่วโมง 40 นาที ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในระยะหลังผ่าตัด มีดังนี้

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. อาจเกิดภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ	พยาบาลห้องผ่าตัดร่วมประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย หลังวิสัญญีพยาบาลปลุกผู้ป่วยตื่นและทำการนำท่อช่วยหายใจออก จัดท่านอนหงายราบเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยเตรียม Suction เพื่อดูดเสมหะในลำคอ ติดตามค่า O2 sat ≥ 95% อัตราการหายใจ และลักษณะการหายใจ สังเกตภาวะ cyanosis ประเมินผล พบว่าหลังผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวสามารถให้หนุนหมอนได้ พบผู้ป่วยไม่มีภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ หายใจได้ปกติหลังวิสัญญีพยาบาลช่วยดูดเสมหะในลำคอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O2 sat=100%
2. อาจเกิดการเสียเลือดหลังผ่าตัด	พยาบาลห้องผ่าตัด สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดบวมตึงหรือมีเลือดซึมมาก ร่วมกับผู้ป่วยปวดแผลมาก และหน้าท้องบวมตึง ดิ้นกระสับกระส่าย ปัสสาวะเปลี่ยนสีเป็นสีแดง ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออก มีเลือดสดออกทางช่องคลอด สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตลดลง ร่วมกับอัตราการเต้นของชีพจรเบาและเร็ว ให้รีบรายงานศัลยแพทย์เพื่อประเมินอาการผิดปกติซ้ำ ประเมินผล หลังเสร็จผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยหน้าท้องปกติ ไม่บวมตึง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปัสสาวะออกปกติ สีเหลืองใส ไม่มีอาการแสดงถึงการเสียเลือดหลังผ่าตัด
3. อาจเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	พยาบาลห้องผ่าตัดให้ความอบอุ่นร่างกายของผู้ป่วย โดยห่มผ้าให้ผู้ป่วยเปิดเผยร่างกายเฉพาะบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดภายในร่างกายดีขึ้น ช่วยการผ่าตัดให้รวดเร็วขึ้น โดยพยาบาลส่งเครื่องมือส่ง

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนของการผ่าตัด ช่วยลดเวลาการผ่าตัด ในการล้างช่องท้องในระยะผ่าตัด เตรียม 0.9% NSS อุ่น ให้แพทย์ล้างช่องท้อง พยาบาลช่วยรอบนอกให้การช่วยเหลือสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้เพิ่มเมื่อทีมผ่าตัดต้องการได้อย่างรวดเร็วเพื่อลดระยะเวลาผ่าตัด เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ได้แก่ หนาวสั่น ปลายมือปลายเท้าซีด หลังการผ่าตัดดูแลทำความสะอาดคราบเลือด คราบน้ำยาบนตัวผู้ป่วย และเช็ดให้แห้ง สวมเสื้อผ้า ห่มผ้าอุ่นให้ผู้ป่วย ประเมินผล หลังเสร็จผ่าตัดพบผู้ป่วยมีอาการอาการหนาวสั่นเล็กน้อย ปลายมือปลายเท้าไม่ซีด ไม่มีอาการตัวเย็น
4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้าย	ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบ หลังจากฟื้นจากการดมยาสลบ ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ พยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีพยาบาลดูแลผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด ไปห้องพักฟื้นอย่างระมัดระวัง โดยใช้แผ่นสไลด์สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ก่อนการเคลื่อนย้ายดูแลสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ ไม่ให้หัก พับ งอ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเปลนอนด้วยความนุ่มนวล โดยให้วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ส่งสัญญาณในการเคลื่อนย้าย ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทันทีหลังจากเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเปลนอน ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลแขนขาของผู้ป่วยไม่ให้ยื่นออกมานอกเปลนอน ประเมินผล หลังเสร็จผ่าตัดเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น พบผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการพลัดตกเตียง

ระยะหลังผ่าตัด (หอผู้ป่วย)

พยาบาลห้องผ่าตัดได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย นรีเวชและพิเศษหญิงรวม ในระยะ 24 ชั่วโมง 72 ชั่วโมงเพื่อติดตามดูอาการวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 15.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบ รู้เรื่อง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปรับเตียง Fowler's position และกระตุ้นให้ลุกนั่งได้บนเตียง พอช่วยเหลือตัวเองได้ เวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการหน้ามืด ไม่คลื่นไส้ อาเจียน เริ่ม step diet จิบน้ำได้ ท้องอืดเล็กน้อย On IV fluid 5% N/2 1,000 cc. v. drip 120 cc./hr. ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90 / 60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอดี หายใจ 20 ครั้งต่อนาที สอบถามผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดตึงแผลผ่าตัดหน้าท้อง Pain score 7 แนะนำการจัดท่านอนศีรษะสูงและวางหมอนหนุนขา เพื่อลดอาการปวดตึงแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แนะนำเรื่องการลุกจากเตียงโดยเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดจากการดมยาสลบ และช่วยกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ลดอาการท้องอืด ประเมินไม่พบอาการชาขา จากการบาดเจ็บของเส้นประสาทขณะผ่าตัด หรือจากการจัดท่าผ่าตัดไม่เหมะสม แนะนำการฝึกบริหาร เพื่อเพิ่มอัตราการไหลเวียนเลือด ป้องกันการเกิดลิ่มเลือด จากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยเป็นเวลานาน ประเมินสภาพทั่วไปบริเวณผิวหนัง บริเวณต้นขาข้างขวาที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าไว้ ในระยะผ่าตัดไม่พบรอยไหม้จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ไม่มีรอยช้ำของเนื้อเยื่อ เนื่องจากการจัดท่าผ่าตัดไม่เหมาะสมวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 14.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลุกช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น ครบเปิดแผลผ่าตัด พบแผลแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย Pain score 5 รับประทานอาหารธรรมดาได้ ท้องอืดเล็กน้อย Off IV fluid แล้ว ยังคาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100 / 63 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายจากการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ อธิบายเหตุผล ของการใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้หลังผ่าตัดประมาณ 7 วัน เนื่องจาก เพื่อบันทึกอัตราการเข้า-ออก ของน้ำในร่างกายและเพื่อประเมินการบาดเจ็บต่ออวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และเส้นประสาท ที่เกี่ยวข้องกับทางเดินปัสสาวะในระยะผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดที่ทำ มีการรบกวนอวัยวะต่างๆ ที่อยู่ในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้อาจเกิดการทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อครบเวลา แพทย์จะให้นำสายสวนปัสสาวะออกและประเมินเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะซ้ำโดยหลังนำสาย

สวนออกรอให้ผู้ป่วยปวดปัสสาวะเต็มที่ ครั้งที่1และให้ผู้ป่วยปัสสาวะออกเอง และจดบันทึกปริมาณของน้ำปัสสาวะ ต่อมาเมื่อผู้ป่วยปวดปัสสาวะเต็มที่ ครั้งที่2 ให้ปัสสาวะออกเอง และจดบันทึกปริมาณของน้ำปัสสาวะอีกครั้ง หลังจากนั้นจะให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสวนปัสสาวะทิ้ง เพื่อประเมินปริมาณของปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ต้องไม่เกิน 100 ml. เป็นการตรวจดูความจุของกระเพาะปัสสาวะและการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะว่ากลับมาปกติหลังการผ่าตัด หากพบปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะน้อยกว่า 100 ml. สามารถนำสายสวนปัสสาวะออกได้เลย แต่ถ้าพบปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะเกิน 100 ml. ต้องใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ใหม่ เพื่อรอให้การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะฟื้นตัว โดยส่วนใหญ่จะหายได้เอง แพทย์วางแผนให้ Off Foley's cath วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ถ้า Off Foley's cath ได้ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน เกี่ยวกับ แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสภาพโดยเร็ว สามารถออกกำลังกายได้โดยการทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดโอกาสเกิดผังพืดในช่องท้อง งดการออกกำลังกายที่ต้องเกร็งหน้าท้อง เช่น Sit up ภายใน 6 เดือนแรก งดยกของหนัก 6-8 สัปดาห์ งดอาบน้ำหรือแช่ในแม่น้ำ ลำคลอง น้ำตกหรือน้ำขัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลในช่องคลอด ระวังอย่าให้ท้องผูก เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนแผลในช่องคลอด จากการเบ่งถ่ายอุจจาระได้ การดูแลบาดแผลไม่ให้แผลถูกน้ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ ปวดแผลมาก แผลอักเสบ บวมแดง มีไข้ อาการผิดปกติทางช่องคลอด ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอด น้ำในช่องคลอดมีกลิ่นเหม็นปวดท้องน้อยมาก ปัสสาวะหรืออุจจาระเป็นเลือด งดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ผู้ป่วย หลังผ่าตัดนำมดลูกออกจะไม่มีประจำเดือนอีก และไม่สามารถมีบุตรได้ แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษา รับฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษาต่อเนื่อง ในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แผลผ่าตัดแห้งดี รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด Off Foley's cath ได้ Residual urine 20 cc. อุจจาระปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยรายนี้รักษาตัวในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 9 วัน แพทย์นัดมาตรวจติดตามการรักษา และฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในวันที่ 5 มีนาคม 2567 พบผู้ป่วยสดชื่น แผลผ่าตัดแห้งดี ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางช่องคลอด แผลในช่องคลอดปกติ ผลชิ้นเนื้อ จากการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน พบ Low risk คือ ไม่พบการแพร่กระจาของเซลล์มะเร็งไปที่บริเวณเนื้อเยื่อข้างมดลูก ช่องคลอด และต่อมน้ำเหลือง แต่ชนิดของเซลล์มะเร็งเป็น Poorly differentiated แพทย์นัดติดตามการรักษาต่อโดย ปีแรกนัดตรวจภายใน ทำ Pap smear ทุก 3 เดือน ปีที่ 2 นัด ทุก 4 เดือน และ ปีที่ 3 - ปีที่ 5 นัดทุก 6 เดือน ปีที่ 6 เป็นต้นไปนัดปีละ 1 ครั้ง ในวันที่ 28 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบแผลผ่าตัดหน้าท้องหายสนิทขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ปกติ หลังผ่าตัดครบ 3 เดือน ในวันที่ 26 มิถุนายน 2567 ผู้ป่วย ให้ประวัติว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดหลังมีเพศสัมพันธ์ แพทย์ตรวจภายในพบก้อนบริเวณช่องคลอด ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ส่งนัดทำ CT scan ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ พบ Local recurrent of CA.cervix ผล CT scan พบก้อนบริเวณช่องคลอด และพบ Ovarian vessel thrombosis ส่งปรึกษาแพทย์แผนกอายุรกรรมเรื่องให้ยาต้านการแข็งตัวของหลอดเลือด และให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อเลือดทางช่องคลอดหยุด ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการได้รับการฉายแสงบริเวณอุ้งเชิงกราน และการใส่แร่ แพทย์นัดตรวจซ้ำหลังได้รับการรักษาจาก โรงพยาบาลมะเร็งครบตามขั้นตอน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีอายุน้อย ไม่เคยมีความรู้ ความเข้าใจและไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่ มาก่อน จึงส่งผลให้มีความวิตกกังวล และความเครียดสูง เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รู้สึกไม่มั่นใจว่าการผ่าตัดจะสามารถทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ ห่วงครอบครัว ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้เวลาและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียด ให้คำแนะนำ อธิบาย อย่างช้าๆ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ว่าการผ่าตัดสามารถช่วยให้หายได้ อธิบายถึงขั้นตอนการผ่าตัด ข้อดี และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะผ่าตัด แผนการรักษาของแพทย์ สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา ทำให้ส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง และสามารถนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง[2] และช่วยให้ญาติที่มาดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในด้านการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างรวดเร็ว แนะนำเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ฟังผลชิ้นเนื้อ และรับทราบแนวทางการรักษาต่อไป[3]

การทำผ่าตัด RHND with BSO with PANS เป็นการผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อน การผ่าตัดชนิดนี้ใช้รักษามะเร็งปากมดลูกในระยะ IB2 และ IIA บางรายใช้เวลาในการผ่าตัดนาน มีขั้นตอนการผ่าตัดเป็นจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดค่อนข้างสูง ได้แก่ การเสียเลือดมากขณะผ่าตัด การบาดเจ็บต่ออวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน สถิติผ่าตัดในแต่ละปีมีผู้ป่วย จำนวนไม่มากที่จะได้รับการผ่าตัดชนิดนี้ เนื่องจากมีระยะของโรคเป็นตัวกำหนด ดังนั้นในด้านการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีการทบทวนความรู้ ความเข้าใจอยู่เสมอ เกี่ยวกับ กายวิภาคศาสตร์ของมดลูก อวัยวะต่างๆ ในอุ้งเชิงกราน รวมถึงหลอดเลือด แขนงของหลอดเลือดต่างๆ เส้นประสาทสำคัญ ท่อไต ที่อยู่ภายใน Retroperitoneum มีความแม่นยำในขั้นตอนการผ่าตัด การจัดเตรียมเครื่องมือที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้[4]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้ป่วยควรมีการเตรียมให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยฉายวิดีโอเรื่องที่เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

2. ควรนำสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากกลับไปบ้านผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการ และการมาตรวจตามนัดเพื่อให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องยิ่งขึ้น ลดความวิตกกังวล และเกิดความพึงพอใจมากขึ้น

4. ควรเพิ่มพูนความรู้พยาบาลห้องผ่าตัด โดยอบรมเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก แนวทางการรักษา การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ศึกษาดูงานนอกสถานที่ อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒนะและวีรวุฒิ อิ่มสำราญ. (2561). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. บริษัทโฆสิตการพิมพ์จำกัด.
2. ไพรสุดา บัวลอย :บรรณาธิการ และคณะ. (2566). การพยาบาลผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยศาสตร์และห้องผ่าตัดทันยุค 5. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2023). ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก. [บทความออนไลน์]. www.rtcog.or.th.
4. American Cancer Society. (2020). Treatments and side effects. (Online 2024 May 21). Available from: https://www.cancer.org/ treatment/treatments-and-side-effects.html.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น: กรณีศึกษา

Nursing Care for Patients with Drug-Resistant Urinary Tract Infections Combined with Upper Gastrointestinal Bleeding: A Case Study.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

ทัศนีย์ ณ ป้อมเพ็ชร[1]
Tassanee N pomphet[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 88 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 24 สิงหาคม 2565 ด้วยอาการ ไข้ ปวดท้อง ปัสสาวะออกน้อย ใส่ NG มีเลือดปน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล
ผลการศึกษา: แพทย์วินิจฉัย ติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ระหว่างดูแลให้การพยาบาลป้องกันและลดการติดเชื้อ ดูแลความสุขสบายลดไข้ ป้องกันแผลกดทับ ให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา อาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับ ไข้ลดลง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ปัสสาวะไม่มีตะกอน จำหน่ายวันที่ 30 สิงหาคม 2565 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 7 วัน
คำสำคัญ: การพยาบาล, ติดเชื้อดื้อยา, ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ, ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

Abstract

This study aimed to study nursing care for patients with drug-resistant urinary tract infections combined with upper gastrointestinal bleeding. An 88-year-old Thai female patient was admitted to the hospital on August 24, 2022, presenting with fever, abdominal pain, and decreased urine output, with blood in the nasogastric tube 1 day prior to admission.

Results: The physician diagnosed her with drug-resistant urinary tract infection and upper gastrointestinal bleeding. During nursing care, measures were taken to prevent and reduce infection, ensure comfort, manage fever, and prevent pressure ulcers. Antibiotics were administered according to the treatment plan. The patient's condition gradually improved, with reduced fever, no nausea or vomiting, and increased ability to eat. There were no sediment in the urine. She was discharged on August 30, 2022, after a total hospital stay of 7 days.
Keywords: Nursing care, drug-resistant infection, urinary tract infection, upper gastrointestinal bleeding.

บทนำ

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะนับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นแหล่งของการติดเชื้อที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้ ผลจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อทำให้เกิดการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญหลายระบบ ซึ่งส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และญาติผู้ดูแล รวมทั้งระบบสุขภาพเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานอาจทำให้ดื้อยา และหากมีการติดเชื้อที่รุนแรงก็จะส่งผลทำให้เสียชีวิตได้[1] โดยพยาบาลสามารถจัดการภาวะติดเชื้อระบบทางเดิน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ปัสสาวะได้ในบทบาทอิสระ และร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยให้การพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม[2] รวมถึงการให้ความรู้ ข้อมูลผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลง[3]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

วิธีการศึกษา

ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 88 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 24 สิงหาคม 2565 ด้วยอาการไข้ ปวดท้อง ปัสสาวะออกน้อย ใส่ NG มีเลือดปน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 88 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ ไม่ได้ปะกอบอาชีพ สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ที่อยู่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา HN 0074988 AN 650001258 วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 24 สิงหาคม 2565 วันที่รับไว้ดูแล 24 สิงหาคม 2565 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 สิงหาคม 2565

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ ไข้ ปวดท้อง ปัสสาวะออกน้อย ใส่ NG มีเลือดปน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (History of present illness) 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ พบมีปัสสาวะออกน้อย และมีอาการอ่อนเพลีย จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจปัสสาวะ (UA, UC) ผลการตรวจปัสสาวะ UA WBC 5-10 Cell/HPF ได้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ มีเลือดออกทางสายยางให้อาหาร จึงพามาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history) มีประวัติโรคประจำตัวหลอดเลือดในสมองตีบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นผู้ป่วยติดเตียง 8 ปี ใส่สายให้อาหารและสายสวนปัสสาวะคาไว้ มาเปลี่ยนที่โรงพยาบาลทุก 1 เดือน ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือ Amlodipine (5) 1 tab oral OD pc, Simvastatin (20) 1 tab oral hs, FBC 1 tab oral tid pc

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family History)ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว

สรุปอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 88 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ ไม่ได้ปะกอบอาชีพ สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ที่อยู่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 24 สิงหาคม 2565วันที่รับไว้ดูแล 24 สิงหาคม 2565 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 สิงหาคม 2565 มาด้วยอาการสำคัญ ไข้ ปวดท้อง ปัสสาวะออกน้อย ใส่ NG มีเลือดปน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคประจำตัวหลอดเลือดในสมองตีบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นผู้ป่วยติดเตียง 8 ปี ใส่สายให้อาหารและสายสวนปัสสาวะคาไว้ มาเปลี่ยนที่โรงพยาบาลทุก 1 เดือน ญาติให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ พบมีปัสสาวะออกน้อย และมีอาการอ่อนเพลีย จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจปัสสาวะ (UA, UC) ผลการตรวจปัสสาวะ UA WBC 50-100 Cell/HPF ผลการตรวจ UC ติดเชื้อระบบทางเดิน

ปัสสาวะและติดเชื้อดื้อยา (Proteus mirabilis ESCR)

แรกรับที่หอผู้ป่วย รู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง ถามตอบช้า มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/69 มิลลิเมตรปรอท ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000ml iv drip 100 ml/hr. ส่งตรวจ CBC,BUN, Creatinine, UA , Electrolyte, Anti HIV เจาะ DTX stat 290 mg/dl Hct 30% ใส่ NG lavage ได้เป็น coffee ground งดอาหารและน้ำ ให้ยา losec 40 mg iv stat ติดตาม Hct ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีไข้สูง ให้การพยาบาลเช็ดตัวลดผู้ป่วยบ่นปวดบริเวณบั้นเอว ดูแลจัดท่านอนในท่าที่สุขสบายโดยใช้ผ้านิ่ม ๆ หนุนใต้หลัง อธิบายผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นรวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ มีแผนการรักษาให้ยาปฏิชีวนะ Amikin 450 mg iv drip OD

24 ชั่วโมงหลังรับไว้ดูแล รู้สึกตัวหายใจสม่ำเสมอ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 147/60 มิลลิเมตรปรอท NG ไม่มีเลือดออก ไม่มีอาการถ่ายดำ On 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr. ให้ติดตาม Hct ทุก 12 ชั่วโมง Hct 30-32% เริ่มให้ Feed BD 300x4 feeds วางแผนให้ยา Amikin 450 mg iv drip OD จนครบ 7 วัน

72 ชั่วโมงหลังรับไว้ดูแล รู้สึกตัว หายใจสม่ำเสมอ On 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท feed รับได้ทุกมื้อ หยุดการให้สารน้ำ ส่งตรวจปัสสาวะ ผลการตรวจ WBC 10-20 /HPF วางแผนให้ยาปฏิชีวนะจนครบ 7 วัน ทบทวนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เน้นย้ำการล้างมือ การดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 3000 ml เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย ปัสสาวะมีสีเหลืองไม่มีตะกอน

7 วัน หลังดูแลผู้ป่วย รู้สึกตัว หายใจสม่ำเสมอ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วนจนอาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับ ไข้ลดลง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ปัสสาวะไม่มีตะกอน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 7 วัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปดูแลพักฟื้นต่อที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ได้ให้คำแนะนำในเรื่องโรคที่เป็น แผนการรักษาพยาบาล ผลการรักษาที่ผ่านมา อธิบายวิธีการรับประทานยา เวลา และผลของการให้ยาที่มีต่อการรักษา ให้มารับการตรวจตามวันและเวลาที่นัดทุกครั้ง จากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก สีหน้าสดชื่นแจ่มใส

การพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน **ข้อมูลสนับสนุน** สาย NG มีเลือดค้างสาย ใส่ NG lavage ได้เป็น coffee ground **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันภาวะการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ ไม่มี	**การพยาบาล** ประเมินความรุนแรงของโรคโดยสังเกตลักษณะสี และปริมาณของ content จาก Nasogastric tube พร้อมทั้งบันทึกและรายงานแพทย์ถ้า content ยังมีสีน้ำล้างเนื้อหรือลิ่มเลือดหรือเป็นเลือดสด บันทึกสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงเพื่อประเมินความสามารถในการนำออกซิเจนในเลือด ดูแลผู้ป่วยให้งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อไม่ให้ทางเดินอาหารถูกรบกวนซึ่งถ้ามีการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ คือ 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา ดูแลให้ยารักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา คือ losec 40 mg iv stat ติดตาม Hct

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อาเจียนเป็นเลือด ไม่มีอาการกระสับ กระส่าย ไม่มีอาการใจสั่นหรือเหงื่อออก ไม่มีตัวเย็น ไม่เวียนศีรษะหรือหน้ามืด ไม่มีเลือดออกทาง NG อาเจียนเป็นเลือดสัญญาณชีพปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท	ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะชีดจากการมีเลือดออกทางระบบทางเดินอาหารส่วนบนและประเมินระดับความรู้สึกตัวเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่อาเจียน ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีอาการใจสั่นหรือเหงื่อออกตัวเย็น content จาก Nasogastric tube เป็น coffee ground ในวันแรก 1 วันต่อมาไม่มี content แพทย์เริ่มให้อาหารทางสายยางได้ ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ติดตามสัญญาณชีพความดันโลหิต 120/60-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจสม่ำเสมอ 20-22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือด 98-100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ **ข้อมูลสนับสนุน** มีไข้ 38.1 องศาเซลเซียส การตรวจปัสสาวะ WBC 50-100 cell/HPF RBC 10-20 cell/HPF Urine culture พบ Proteus mirabilis ESCR **วัตถุประสงค์** เพื่อลดและกำจัดเชื้อโรคออกจากทางเดินปัสสาวะ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 36.0-37.5 องศาเซลเซียส ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีกลิ่นฉุน ผล CBC พบ 4,000-10,000 cell/ mm^3, Neutrophil= 38-80% ผลการตรวจ urine exam พบ RBC, WBC, Bacteria น้อยลงหรือไม่พบ ผลการตรวจ Urine culture ไม่พบเชื้อ	**การพยาบาล** ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิกาย ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิดตลอดเวลา จัดตรึงสายสวนปัสสาวะไว้ให้คงที่และไม่ขยับไปมาหรือเลื่อนขึ้นลง ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะ พับ งอ เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก จัดให้ถุงรองรับน้ำปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งของกระเพาะปัสสาวะเสมอ เทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 3 ใน 4 ของถุง โดยใช้สำลีแอลกอฮอล์เช็ดปลายท่อก่อน และหลังเทปัสสาวะทุกครั้ง ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และสายสวนปัสสาวะเช้า-เย็นและทุกครั้งหลังการขับถ่าย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Amikin 450 mg iv drip OD ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยการติดเชื้อเพิ่มขึ้น การติดเชื้อซ้ำ และแพร่กระจายเชื้อ ดูแลให้ได้รับน้ำดื่มมื้อละ 50 มิลลิลิตร หลังให้อาหารและระหว่างมื้ออาหาร เพื่อช่วยขับของเสียและลดปริมาณเชื้อโรคในทางเดินปัสสาวะ สังเกตและบันทึกปริมาณ ลักษณะปัสสาวะ ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ **การประเมินผล** อุณหภูมิกายลดลง อยู่ในช่วง 37.0-37.6 องศาเซลเซียส ปัสสาวะออกทางสายสวนปัสสาวะสีเหลืองใส มีตะกอนเล็กน้อย ปริมาณ 1,400 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง ติดตามผลส่งตรวจ CBC ซ้ำ WBC= 7,200 cell/mm^3 Neutrophil= 78 % urine exam ผล Albumin negative, RBC 5-10 cell/HPF, WBC 20-30 cell/HPF, Bacteria not found แพทย์ไม่มีคาสั่งการรักษาให้ส่งตรวจ urine culture ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะเนื่องจากการอักเสบของทางเดินปัสสาวะและไตเสื่อมสภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** Albumin ในปัสสาวะ 2+ **วัตถุประสงค์** ลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ ชะลอไตเสื่อมสภาพ **เกณฑ์การประเมินผล** ผลการตรวจปัสสาวะ ไม่พบ Albumin อัตราการกรองของไต (GFR) เท่ากับหรือมากกว่า 90 ml/min/1.73 m^2	**การพยาบาล** จัดอาหารสายยางโดย จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารไม่ควรเกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม/วันหรือประมาณ 1 ช้อนชา เพื่อป้องกันการคั่งของน้ำในร่างกายและความดันโลหิตสูงซึ่งทำให้ไตเสื่อมสภาพเร็วขึ้น ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบทางเดินปัสสาวะ คือ Amikin 450 mg iv drip OD พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ประเมินและเฝ้าระวังอาการแสดงของการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมาก ได้แก่ บวม บริเวณเท้าและข้อเท้า และความดันโลหิตสูง ติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine การตรวจหา Albumin ในปัสสาวะ และค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณ 2,000-3,000 มิลลิลิตร/วัน เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ซึ่งเป็นสาเหตุของไตเสื่อมสภาพ **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม ติดตามผลการตรวจ BUN= 8 mg/dl Creatinine = 0.50 mg/dl การตรวจหา Albumin ในปัสสาวะ= negative และค่าอัตราการกรองของไต (GFR) = 86.08 ml/min/1.73 m2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่โปแตสเซียมในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง งดอาหารและน้ำ และรับประทานอาหารเองไม่ได้	**การพยาบาล** ประเมิน เฝ้าสังเกตอาการภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำและรายงานแพทย์ เช่น อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อกระตุก เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ดูแลให้ได้รับ KCL ตามแผนการรักษา คือ ดูแล feed KCL 30 ml 2 dose พร้อมสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน หน้ามืด วิงเวียน เป็นลม มือหรือเท้าชา ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอโดยใส่ NG tube

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน งดน้ำและอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมี UGIB มีคลื่นไส้บ่อย ผลการตรวจ Electrolyte ค่าโปแตสเซียม (K) ในเลือด= 3.27 mmol/l **วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย **เกณฑ์การประเมินผล** ผลการตรวจ Electrolyte พบค่า โปแตสเซียมในเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 3.5 mmol/l	เพื่อ feed อาหารและน้ำตามเวลา บันทึกปริมาณน้ำรับเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและออกจากร่างกาย สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ปวดศีรษะ มึนงง วิงเวียน ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ซึมลง หรือความดันโลหิตต่ำ ดูแลทำความสะอาดปากและฟัน วันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น เพื่อให้ช่องปากสะอาด สดชื่นติดตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ระดับ Electrolyte, BUN และ Creatinine ในเลือด **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการสับสน อ่อนเพลียเล็กน้อย feed รับได้ทุกมื้อ ไม่มีท้องอืด ติดตามผลการตรวจ Electrolyte ค่าโปแตสเซียม (K) ในเลือด= 3.70 mmol/l
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ **ข้อมูลสนับสนุน** อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส เหงื่อออกตามร่างกาย **วัตถุประสงค์** เพื่อลดไข้ ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น **เกณฑ์การประเมินผล** อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส	**การพยาบาล** ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย อธิบายให้บุตรช่วยเช็ดตัวที่ถูกวิธี ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นบิดน้ำให้หมาดพอควร เริ่มเช็ดบริเวณใบหน้าและพักไว้ที่หน้าผาก ซอกคอ ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง เช็ดบริเวณหน้าอกและลำตัว เช็ดแขนด้านไกลตัว จากปลายแขนเข้าหาต้นแขน และรักแร้เป็นการเช็ดในลักษณะย้อนรูขุมขน เพื่อระบายความร้อน ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง และพักผ้าไว้บริเวณข้อพับแขน และรักแร้ ให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา 0.9%NSS 1000 ml iv 80 ml/hr **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.1 องศาเซลเซียส
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง **ข้อมูลสนับสนุน** ประวัติเป็นโรคเบาหวาน BS 290 mg/dl (แรกรับ) **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ DKA **เกณฑ์การประเมินผล** ระดับน้ำตาลในเลือดเกณฑ์ปกติระหว่าง 70 – 120 mg/dl ไม่มีอาการแสดงหายใจหอบลึก ซึม สับสน	**การพยาบาล** ตรวจและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษาทุก premeal, hs เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ให้อินซูลินตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้อินซูลิน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนี้ DTX 251-300 mg/dl RI 4 unit (sc) DTX 301-350 mg/dl RI 6 unit (sc) DTX 351-400 mg/dl RI 8 unit (sc) DTX 401-450 mg/dl RI 10 unit (sc) DTX > 450, < 80 mg/dl notify บันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะ เพื่อนำมาประเมินภาวะขาดน้ำซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ดูแลให้ได้รับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ แนะนำญาติเรื่องการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหลังให้ RI และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที จัดเตรียมยา 50% Glucose 50 ml ให้พร้อมใช้เพื่อการแก้ไขภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ **การประเมินผล** ระดับน้ำตาลในเลือดเกณฑ์ปกติระหว่าง 132-148 mg/dl ไม่มีอาการแสดงหายใจหอบลึก ซึม สับสน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ **ข้อมูลสนับสนุน** เป็นผู้ป่วยติดเตียง **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ **เกณฑ์การประเมินผล** ผิวหนังและปุ่มกระดูกไม่มีแผลกดทับ	**การพยาบาล** ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัว จัดที่นอนผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะแน่นไม่เป็นหลุมปูรองด้วยที่นอนลมที่อยู่ในสภาพพร้อมใช้ ช่วยพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้หมอนกั้นระหว่างปุ่มกระดูกต่างๆ ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาดอยู่เสมอโดยเฉพาะบริเวณหลังและก้น นวดบริเวณปุ่มกระดูกทุกครั้งเมื่อพลิกตัวเปลี่ยนท่า สังเกตรอยแดงช้ำของผิวหนัง ปุ่มกระดูก ไม่พบอาการดังกล่าว **การประเมินผล** ผิวหนังและปุ่มกระดูกไม่มีแผลกดทับ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การดำเนินของโรคและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ **ข้อมูลสนับสนุน** ญาติแสดงสีหน้าเครียด วิตกกังวล ญาติซักถามถึงความรุนแรง	**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยแสดงท่าทีเสมือนญาติตอบคำถามด้วยความเต็มใจ สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนิ่มนวล และบอกกล่าวทุกครั้งที่ให้การพยาบาล อธิบายสาเหตุการเจ็บป่วย การดำเนินโรค ตลอดกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามการรับรู้ของญาติและผู้ป่วย บอกถึงความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยแก่ญาติของผู้ป่วย และกิจกรรมการรักษาพยาบาลพอเข้าใจ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ปัญหาที่กระทบต่อครอบครัวอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่อยากนอนโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
และการดำเนินโรค ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี	กลัวมารดาลำบาก บอกเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยแก่ญาติ แนะนำญาติให้กำลังใจผู้ป่วย และบอกกับผู้ป่วยไม่ต้องวิตกกังวลกับการเป็นภาระครอบครัว ให้ความสม่ำเสมอในการทักทายและช่วยเหลือผู้ป่วย และสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงด้านความวิตกกังวล หากไม่ลดลงรายงานแพทย์ทราบเพื่อแก้ไข **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำให้ความร่วมมือในการรักษา
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว **ข้อมูลสนับสนุน** บุตรบอกว่าเป็นโรคนี้บ่อยมาก ทำยังไงถึงจะหายขาด ผู้ป่วยบอกว่ากลับไปบ้านแล้วจะต้องรับประทานยาต่อหรือเปล่า **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตัวเอง เพื่อป้องกันเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ **เกณฑ์การประเมินผล** หลังจากได้รับคำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยและญาติสามารถเล่าและสาธิตซ้ำได้สีหน้าคลายวิตกกังวล มีความมั่นใจมากขึ้น	**การพยาบาล** พูดคุย คอยให้กำลังใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา และช่วยแนะนำให้คำปรึกษากรณี มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนาในการดูแลป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ดังนี้ 1) ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาดวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น และเมื่อปนเปื้อนอุจจาระ 2) ยึดตรึงสายสวนให้อยู่ในตำแหน่งต้นขาด้านในให้แน่นและไม่ขยับไปมาหรือเลื่อนขึ้นลงเพื่อป้องกันการดึงรั้ง 3) ดูแลสายสวนให้อยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้ปัสสาวะไหลได้ดีตลอดเวลาและดูแลให้ปลายท่อเทปัสสาวะอยู่ห่างจากพื้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ4) ตรวจดูสายสวนและท่อระบายไม่ให้หักพับงอหรือถูกทับ และไม่หลุดจากกันได้ง่าย เพื่อให้น้ำปัสสาวะระบายลงถุงได้ตลอดเวลา 5) ไม่ควรปลดสายสวนออกจากท่อระบายปัสสาวะจากถุงเก็บปัสสาวะหากพบว่ามีการรั่วซึมควรพาผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุขเพื่อเปลี่ยนใหม่ 6) เทน้ำปัสสาวะทิ้งเป็นระยะเมื่อมีน้ำปัสสาวะ 3 ส่วน 4 ของถุงปัสสาวะโดยทำความสะอาดมือก่อนและหลังเทปัสสาวะจากถุงปัสสาวะใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 2 ก้อน เช็ดบริเวณปลายเปิดของถุงปัสสาวะก่อนเปิด 1 ก้อน และหลังเทปัสสาวะจากถุงปัสสาวะ 1 ก้อน 7) เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ตามแพทย์นัด **การประเมินผล** ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ฝึกการดูแลผู้ป่วยได้ถูกเทคนิค

ปัญหาความต้องการการพยาบาลเหล่านี้ได้รับการแก้ไขเป็นส่วนใหญ่ ยังคงต้องดูแลเกี่ยวกับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 7 วัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปดูแลพักฟื้นต่อที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ได้ให้คำแนะนำในเรื่อง โรคที่เป็น แผนการรักษาพยาบาล ผลการรักษาที่ผ่านมา อธิบายวิธีการรับประทานยา เวลา และผลของการให้ยาที่มีต่อการรักษา ให้มารับการตรวจตามวันและเวลาที่นัดทุกครั้ง จากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก สีหน้าสดชื่นแจ่มใส

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยติดเตียง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ การปฏิบัติตัวในการดูแลได้ไม่ดี ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่าย และให้เกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งเป็นการติดเชื้อมาจากที่บ้าน และจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อ และเพิ่มความรุนแรงของโรคมากขึ้น มีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดได้ หากวินิจฉัยล่าช้า ในการวินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้ อาการและอาการแสดงชัดเจน มีไข้ ปัสสาวะขุ่น ส่งตรวจปัสสาวะจึงได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และได้รับยาปฏิชีวนะเร็วตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สอดคล้องตามแนวทาง Sepsis ของโรงพยาบาล สำหรับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายนี้ต้องเน้น

ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเข้าใจ ยอมรับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เน้นให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาโรคประจำตัว ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง[4]

ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้อาจเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอีก ต้องมีการวางแผนจาหน่ายที่เหมาะสมและดำเนินการตามแผน การจำหน่ายโดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักและการฝึกทักษะ ให้เพียงพอครบ ถ้วนตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จะต้องส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านตามระบบการดูแลผู้ป่วยและแจ้งช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน[5,6]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร่วมกับเครือข่ายชุมชน ให้ได้รับการประเมินและรักษาเบื้องต้น ลดความรุนแรงของโรค

2. ควรพัฒนาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันโรค NCD

3. จัดทำสื่อ และตั้งกลุ่ม line application รับปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1.กนกพร เทียนคาศรี และธนพล บรรดาศักดิ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(4), 347-355.

2.พูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 4 . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

3.นภชนก รักษาเคน. การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาลในการ ป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำ. วารสารการพยาบาลและการดูสุขภาพ. 2562; 37(3): 13-19

4.ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. (2563). ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.

5.สุกานดา ตีพัดดี. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก ร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13 (2):135-144

6.Levy MM, Evans LE, Rhodes A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Intensive care medicine, 44(6), 925-928.

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ร่วมกับภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) : กรณีศึกษา

Nursing Care for Patients with Septic Shock and Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) : A Case Study

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

ยุพล รู้รักตน[1]
Yupol Rurukton[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยการวางแผนและการดำเนินการพยาบาลในกรณีศึกษานี้เน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินแบบ FANCAS เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ การพัฒนาการพยาบาลยังอิงตามกระบวนการพัฒนา PDSA (Plan-Do-Study-Action) เพื่อปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาล

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 11 กุมภาพันธ์ 2567 แพทย์วินิจฉัย Escherichia Coli Septicemia with Septic Shock with Acute pyelonephritis with Disseminated intravascular coagulation with Upper gastrointestinal hemorrhage ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ (Meropenem) ยากระตุ้นความดันโลหิต (Norepinephrine) การให้สารน้ำและเลือด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาที่มีความเสี่ยงสูง และการจัดการกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร โดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 10 วัน

คำสำคัญ : ติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด, การพยาบาล

Abstract

This case study aims to explore the nursing care of a patient with septic shock complicated by disseminated intravascular coagulation (DIC), from admission to discharge. The nursing care plan was based on a holistic approach, utilizing the FANCAS assessment framework for systematic nursing planning. Furthermore, nursing improvements were guided by the PDSA (Plan-Do-Study-Action) cycle to enhance the effectiveness of care.

Case Study: A 53-year-old Thai male was admitted to the hospital on February 11, 2024, with a diagnosis of Escherichia coli septicemia, septic shock, acute pyelonephritis, disseminated intravascular coagulation (DIC), and upper gastrointestinal hemorrhage. Treatment involved antibiotics (Meropenem), vasopressors (Norepinephrine), fluid and blood administration, and monitoring for complications associated with high-risk medications, including the management of gastrointestinal bleeding. The patient stayed in the hospital for 10 days.

Keywords : Sepsis, disseminated intravascular coagulation, nursing care

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ ภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือ ต่อพิษของเชื้อโรค โดยทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วร่างกาย ซึ่งการติดเชื้อนี้ อาจจะเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย หรือการติดเชื้อทั่วร่างกายก็ได้ SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) คือ กลุ่มอาการตอบสนอง ต่อการอักเสบทั่วร่างกาย โดยไม่ระบุสาเหตุของการติดเชื้อ กำหนดขึ้นในปีค.ศ.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

1992 ซึ่งแพทย์จะจัดว่าผู้ป่วยมีกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายต่อเมื่อมีอาการเข้าเกณฑ์ดังกล่าวอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ อุณหภูมิกายน้อยกว่า 36.0 ℃ หรือ มากกว่า 38.0 ℃ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที หรือ $PaCO_2$ น้อยกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท ในการวัด blood gas ภาวะเม็ดเลือดขาวมากเกิน (leukocytosis) หรือมากกว่า 12,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือภาวะเม็ดเลือดขาวน้อยเกินไป (leukopenia) น้อยกว่า 4,000 เซลล์ /ลบ.มม. หรือมีเม็ดเลือดขาวชนิด band form มากกว่า 10%[1]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับต้นๆ ของผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาล ทั่วโลกในสหรัฐอเมริกาพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก โดยมีความชุก 750,000 รายต่อปี สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็งโดยในปี พ.ศ.2564-2566 พบอัตราตาย 64.6 ,67.4 และ 68.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ [2] ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเน้นกระบวนการวินิจฉัยค้นหาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) และการรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว (early resuscitation) ภายใน 1 ชั่วโมงที่เรียกว่า Hour-One Sepsis Bundle ประกอบด้วยการตรวจระดับแลคเททในเลือด (blood lactate) การส่งเลือดเพาะเชื้อ การบริหารยาปฏิชีวนะ การให้สารน้ำและการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ป้องกันการเกิดอวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติ[3] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC)[4] ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญและส่งผลคุกคามต่อชีวิต[5] จากการทบทวนเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลคลองหลวง ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 120 ครั้ง, 154 ครั้ง และ 163 ครั้ง ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน 5 อันดับแรก อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic Shock (เป้าหมาย < 30%) ปี พ.ศ.2564 -2566 คือร้อยละ 14.53, 29.58 และ29.87 พบว่าจำนวนผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock เพิ่มมากขึ้นและค่าการรักษาเพิ่มขึ้นในทุกๆปี นอกจากนี้ยังพบประเด็น การเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยล่าช้า และกระบวนการดูแลเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วย Sepsis ยังไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน เช่น การใช้เครื่องมือ SIR, QSOFA, SOS Score, MEWS Score ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกรับ มีความล่าช้าในการให้ยาต้านจุลชีพเพื่อการรักษา, ไม่ได้ Septic Work Up ก่อนได้รับยาต้านจุลชีพ และประสิทธิภาพของการรักษาภาวะ Septic shock ในช่วง 6 ชั่วโมงแรก เป็นต้น

ในฐานะเป็นทีมผู้นำในการดูแลผู้ป่วยด้านคลินิกทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายเล็งเห็นความสำคัญ จึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลแบบจำเพาะเจาะจง 1 ราย การศึกษานี้เป็นตัวอย่างหนึ่ง ของการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเกิดจากกระบวนการอักเสบกระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีการลดปล่อย damage- associated pattern molecules (DAMPs หรือ alarmins) จากเซลล์อักเสบ หรือเซลล์ที่ตายทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการทางระบบสมอง เลือดออกง่ายผิดปกติ ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น การเฝ้าระวัง หรือติดตามภาวะเลือดออกง่าย พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมถึงต้องจัดการสารน้ำในร่างกาย การรักษาสมดุลเกลือแร่และกรดด่าง การจัดการระบบเลือด ภาวะซีด การจัดการด้านอาหาร การดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ ญาติการ

ระมัดระวังเรื่องการใช้ยา ตลอดจนการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด : กรณีศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case Study) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด จำนวน 1 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกรณีศึกษา

การเคารพเอกสิทธิ์ (Respect for autonomy) : ในกรณีฐผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ มีการให้ญาติสายตรงกับผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงอย่างครบถ้วน และให้ญาติมีสิทธิในการตัดสินใจ ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ว่าพยาบาลจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ตาม ในกรณีศึกษานี้ภรรยาแจ้งและเซ็นเอกสารปฏิเสธการยื้อชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยเคยบอกไว้ว่าไม่ต้องการทุกข์ทรมาน ซึ่งภรรยาก็ยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี 3 เดือน รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 11 กุมภาพันธ์ 2567 ด้วยอาการสำคัญ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายเหลวสีเหลือง 10 ครั้ง ปริมาณครั้งละ 1 แก้ว น้ำ ไม่มีไข้ กินไม่ได้ คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปวดท้อง 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะขุ่น ไม่มีเลือดปน มีกลิ่นเหม็นฉุน 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง หายใจเหนื่อย ซึมลง โรคประจำตัว กระดูกสันหลังหักจากตกจากที่สูงระดับ C4-C5 (C4-5 fracture due to falling no Surgery) ติดเตียงมาประมาณ 4 เดือน แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัวลืมตาเมื่อเรียก ส่งเสียงอืออา พบจ้ำเลือด (ecchymosis) บริเวณ บั้นเอว 2 ข้างและต้นขาด้านหลัง T=38.1^{0}C PR=94 ครั้ง/นาที RR=28 ครั้ง/นาที BP=85/42 mmHg. SpO_2=94%RA E3V2M5 pupil 2 mm RTLBE Lung Clear equal BS Both Lung on O_2 mask with bag 10 LPM ให้สารน้ำ Acetar 500 ml IV load *4 dose (รวม 2000 ml) วัดสัญญาณชีพหลัง Load IVF ครบ PR 100 ครั้ง/นาที BP 70/40 mmHg.จึงให้ norepinephrine (4:250) IV 10 ml/hr. Septic work Up และให้ Meropenem 2 gm IV วินิจฉัยโรค Sepsis with septic shock with UTI with DIC หลังจากนั้นย้ายเข้าไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยใน ระหว่างการรักษาที่หอผู้ป่วยใน รู้สึกตัวซึมหลับ E2V2M2 มีไข้ หายใจเหนื่อย BT 39 ^{0}C PR 100 ครั้ง/นาที RR 32 ครั้ง/นาที BP 91/44 mmHg. $SpO_2$95% on O_2 mask with bag 10 LPM เฝ้าระวังภาวะวิกฤตโดยใช้ MEWS Score (Modified early warning scores system) ทุก 1-2 hr. ให้การรักษา Retain NG-tube: coffee ground 50 cc & Lavage 300 ml clear ต่อลง bag ไว้ NPO ให้ LPRC 3 unit, FFP 2 unit Vitamin K1 10 mg IV Pantoprazole 80 mg IV drip in 1 hr. then Pantoprazole 80mg in NSS 100 ml. IV drip 8 mg/hr. (Rate10ml/hr.) Octreotide 50mcg IV stat then Octreotide 500 mcg in %DW 500 ml IV drip 50ml/hr. ให้ meropenem 1 gm IV q 8 hr. ปรับเพิ่ม Norepinephrine 8 mg. in 5%D/W 500 ml. IV จนถึง 35 ml/hr.(max dose 60 ml/hr.) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) Start Hydrocortisone 100 mg IV stat then 200 mg IV Drip in 24 hr. ติดตาม DTX ทุก 4 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 84-150 mg% ปัสสาวะออก 800 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาได้ 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4V5M6 เริ่ม feed Blenderized Diet (BD) 250ml *4 feeds รับอาหารได้หมด Continue Meropenem

BT=36.8 –37.5 ^{0}C PR=72-80 ครั้ง/นาที RR=22-24 ครั้ง/นาที SBP=90-110 mmHg. DBP =150-162 mmHg. SpO_2 =97-99% O_2cannula 3 LPM แผลกดทับที่ก้นกบแดงดี Urine เริ่มใส Repeat UA: WBC 5-10 cells/HPF ecchymosis บริเวณบั้นเอวจาง อาการดีขึ้นตามลำดับ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ เอาสายสวนปัสสาวะออก สามารถปัสสาวะเองได้ แพทย์มีแผนการรักษาให้ meropenem 10 วัน ประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้น้อย และมีภาวะทุพโภชนาการ (Albumin 1.79 g/dL) ญาติมีความเข้าใจถึงเหตุผล จึงส่งญาติเรียนทำอาหารปั่น ให้ความรู้ สาธิตการให้อาหารทางสายยาง และการดูแลแผลกดทับ การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะให้ญาติฝึกปฏิบัติ รวมถึงการประเมินย้อนกลับ และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา นอนโรงพยาบาล 10 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
1.มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสโลหิต(Septic Shock)	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกทุก 15-30 นาที Monitoring Respiratory, ECG, O_2 saturation อย่างต่อเนื่อง ประเมิน MEWS score ทุก 2-4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมิน Capillary refill เพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังติดตามภาวะช็อก 2. ดูแลให้ได้รับ O_2 mask with bag 10 LPM, Hydrocortisone 200 mg IV Drip in 24 hr. 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9%NaCl 1,000ml. IV 120 ml/hr.ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำ 4. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine 8 mg. in 5%D/W 500 ml. IV Rate 10-50 ml/hr. ปรับขึ้น-ลง ครั้งละ 5 ml/hr. Keep MAP ≥65 mmHg. และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา (Anaphylaxis, Phlebitis, Extravasation เป็นต้น) และอาการข้างเคียงความดันโลหิตสูงซึ่งขึ้นกับขนาดยา เช่น อาการปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้า หรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้-อาเจียน เป็นต้น) รายงานแพทย์เมื่อ HR ≥120 ครั้งต่อนาที หรือ BP >160/90mmHg. 5. ตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ keep BP ≥ 90/60 mmHg และMAP ≥ 65 mmHg ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc./hr. รายงานแพทย์ และ Record Fluid intake - output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลการรักษา และเฝ้าติดตามระวังภาวะแทรกซ้อน ภาวะไตวายและภาวะน้ำเกิน <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น จาก E2V1M2 เป็น E2V3M4 SBP 89-102 mmHg. DBP 55-61 mmHg., MAP ≥ 65 mmHg ขณะได้รับยา Norepinephrine 8 mg. in 5%D/W 500 ml. IV Rate 10-50 ml/hr. T 38.5-39.5°C, P 110-130 ครั้งต่อนาที RR 20-24ครั้ง/นาที, O_2 sat ≥ 95 % Urine ออก 800-1000 ml/8hr.
2.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว	1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการซีด เขียว เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการซีด เขียวแสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน 2. ประเมินลักษณะการหายใจ Monitoring BP, Respiratory, ECG, O2 saturation ทุก 15 นาที ประเมิน Capillary refill เพื่อเฝ้าระวังภาวะการหายใจล้มเหลวและติดตามผลการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
	3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ O_2 mask with bag flow 10 LPM เพื่อช่วยประคองการหายใจและลดงานของการหายใจของผู้ป่วยเนื่องจากภาวะช็อก 4. เตรียมความพร้อมของเครื่องให้ออกซิเจน อัตราการไหลสูง (High Flow Nasal Cannula: HFNC) เมื่อผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น 5. รายงานแพทย์เมื่อเหนื่อยหอบมากขึ้น และ O_2sat มีแนวโน้มลดลง <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วย on O_2mask with bag 10 LPM และสามารถเปลี่ยนเป็น O_2 cannula 5 LPM ในวันที่ 2 ของการรักษา O_2Sat 96 - 98% ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว
3.มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เนื่องจากปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดลดลง	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกทุก 15-30 นาที Monitoring Respiratory, ECG, SpO_2 อย่างต่อเนื่อง ประเมิน MEWS score ทุก 2-4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมิน Capillary refill เพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังติดตามภาวะช็อก 2. On NG-tube ต่อลง Bag เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ดูแลงดน้ำงดอาหาร 3. ดูแลให้ได้รับ O_2 mask with bag 10 LPM 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9%NaCl 1,000ml. IV 120 ml/hr.ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ดูแลให้ Packed Red Cells และ Fresh Frozen Plasma ตามแผนการรักษา Hold IVF ขณะให้เลือด ตรวจสอบความถูกต้องก่อนการให้เลือด ประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังให้เลือด 5 นาที, 15นาที, 60 นาที, และหลังเลือดหมด ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด 6. ดูแลให้ Pantoprazole 80mg in NSS 100 ml. IV drip 8mg/hr. (Rate10ml/hr.) และ Octreotide 500 mcg in %DW 500 ml IV drip 50ml/hr. 7. Observe Urine Out put <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด หลังได้รับเลือด 3 unit Hematocrit 28-29% เริ่ม clear Liquid diet ในวันที่ 4 ของการรักษา.NG-tube มี coffee ground จึง NPO ต่อ no sign of Hypovolemic shock
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยท่าทีเป็นมิตร อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง 2. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติและครอบครัว 3. อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย อย่างเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย 4. เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามปัญหา อาการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าทีที่เป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อเป็นการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและ ญาติตามความเป็นจริง 6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ และซักถามสิ่งที่ สงสัย และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวเข้าเยี่ยม ตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
	ญาติมีสีหน้าคลายกังวล เข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้น
5.มีภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน(Acute Pyelonephritis)	1. ประเมินลักษณะ สีปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง ประเมินภาวะไข้ 2. ดูแลให้ยาMeropenem 1 gm IV drip in 3 ชั่วโมง ทุก 8 ชั่วโมง และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา 3. ดูแลระบบการระบายน้ำปัสสาวะให้เป็นระบบปิดอยู่เสมอ ตรึงสายสวนปัสสาวะที่หัวเหน่า 4. ดูแลให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก ไม่ให้สายระบายปัสสาวะเกิดการอุดตัน หักพับงอ และให้ถุง รองรับปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและในทิศทางตั้งฉากกับพื้น เพื่อป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับ โดยถุงรองรับปัสสาวะไม่วางติดพื้น 5. ทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะ และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อนสกปรก <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ผล Urine exam ไม่พบความผิดปกติ
6. ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด และ severe malnutrition	1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด 2. ดูแลให้ได้รับ 7.5% $NaHCO_3$ 100 ml IV Slow push then 7.5% $NaHCO_3$ 100 ml IV drip in 1 hr. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาที่มีความเสี่ยงสูง(High Alert Drug) 3. ดูแลให้ได้รับ Kalimate 60 gm.+ NSS 100 ml Rectal.suppo. 4. ดูแลให้ได้รับ 0.9%NaCl 1000 ml. IV. 120 ml/hr. 5. Monitor EKG ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 6. ติดตามผล Electrolyte หลังได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขน ขา คลื่นไส้อาเจียน 8. ประเมินความสมดุลของ Fluid intake - output ทุก 8 ชั่วโมง <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ EKG: Normal Sinus Rhythm Repeat ผล Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ
7. มีโอกาสเกิดภาวะ Hepatic Encephalopathy เนื่องจากประสิทธิภาพในการขจัดของเสียของตับลดลง	1. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง ติดตาม DTX ทุก 4-6 ชั่วโมง 2. ประเมินการขับถ่ายทุก 8 ชั่วโมง หากพบผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก รายงานแพทย์เพื่อให้ยาระบาย lactulose เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ช่วยลดระดับแอมโมเนียในเลือด โดยดูดแอมโมเนียมาที่ลำไส้ และขับออกไปทางอุจจาระ 3. สังเกตอาการสับสนมึนงง ตาและตัวเหลืองมากขึ้น ปัสสาวะเหลืองเข้ม อุจจาระสีซีด เพื่อประเมินอันตรายที่เกิดจากภาวะบิลลิรูบินสูง 4. ติดตามผล Liver function test เพื่อประเมินการทำงานของตับ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ถ่ายอุจจาระวันละ 3 ครั้ง
8. การเคลื่อนไหวและการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง	1. ใช้ที่นอนลมไฟฟ้าและตรวจประเมินสภาพ ที่นอนลมทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิด bottom out และปรับแรงดันลมให้เหมาะสมกับน้ำหนักของผู้ป่วย 2. ประเมินจุดกดทับและจุดเปราะบาง เช่น กรณีมีการเกร็งของแขน ขา รวมถึงสภาพผิวหนังที่ ใบหู ไหล่ ก้นกบ สะโพก ส้นเท้า ตั้งแต่แรกรับ 3. การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนัง และบริเวณผิวหนังที่เปราะบาง โดยการทาโลชั่นและดูแลผิวหนัง เพื่อป้องกันการถูกทำลายจากการเปียกชื้นของปัสสาวะและอุจจาระ 4. แนะนำญาติผู้ดูแลทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายทันทีหรือไม่เกิน 30 นาที ด้วยสบู่เหลวสูตรสำหรับเด็ก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
	5. เปลี่ยนและจัดท่านอน ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ทุก 2 ชั่วโมง สังเกตสภาพผิวหนังตำแหน่งที่กดทับก่อนเปลี่ยนท่านอน 6. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้ผ้ารองตามยาวของตัวผู้ป่วย และเคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการดึงลาก 7. สื่อสารกับญาติผู้ดูแลในการช่วยสังเกตสภาพ ผิวหนังผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณแผลที่ก้น เมื่อเปลี่ยนผ้าอ้อมและแจ้งพยาบาลทันที เมื่อผิวหนังเปลี่ยนสภาพ หรือแผลที่ก้นมีความเปียกชื้นก่อนถึงรอบการทำแผล การประเมินผลทางการพยาบาล ตลอดระยะเวลาการดูแลไม่เกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่ แผลกดทับขนาดเท่าเดิม

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี 3 เดือน รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 11 กุมภาพันธ์ 2567 ด้วยอาการสำคัญ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลวสีเหลือง 10 ครั้ง ปริมาณครั้งละ 1 แก้ว น้ำ ไม่มีไข้ กินไม่ได้ คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปวดท้อง 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะขุ่น ไม่มีเลือดปน มีกลิ่นเหม็นฉุน 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง หายใจเหนื่อย ซึมลง แรกรับแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัวลืมตาเมื่อเรียก ส่งเสียงอืออา พบจ้ำเลือด(ecchymosis) บริเวณ บั้นเอว 2 ข้างและต้นขาด้านหลัง T=38.1^{0}C PR=94 ครั้ง/นาที RR=28 ครั้ง/นาที BP=85/42 mmHg. SpO_2=94%RA E3V2M5 pupil 2 mm RTLBE Lung Clear equal BS Both Lung on O_2 mask with bag 10 LPM ให้สารน้ำ Acetar 500 ml IV load *4 dose (รวม 2000 ml) วัดสัญญาณชีพหลัง Load IVF ครบ PR 100 ครั้ง/นาที BP 70/40 mmHg.จึงให้ norepinephrine (4:250) IV 10 ml/hr . Septic work Up และให้ Meropenem 2 gm IV วินิจฉัยโรค Sepsis with septic shock with UTI with DIC หลังจากนั้นย้ายเข้าไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยใน

ระหว่างการรักษาที่หอผู้ป่วยใน รู้สึกตัว ซึมหลับ E2V2M2 มีไข้ หายใจเหนื่อย BT 39 ^{0}C PR 100 ครั้ง/นาที RR 32 ครั้ง/นาที BP 91/44 mmHg. $SpO_2$95% on O_2 mask with bag 10 LPM เฝ้าระวังภาวะวิกฤตโดยใช้ MEWS Score (Modified early warning scores system) ทุก 1-2 hrให้การรักษา Retain NG tube NPO ไว้ ให้ LPRC 3 unit, FFP 2 unit Vitamin K1 10 mg IV Pantoprazole 80 mg IV drip in 1 hr. then Pantoprazole 80mg in NSS 100 ml. IV drip 8 mg/hr. (Rate10ml/hr.) Octreotide 50mcg IV stat then Octreotide 500 mcg in %DW 500 ml IV drip 50ml/hr. ให้ meropenem 1 gm IV q 8 hr. ปรับเพิ่ม Norepinephrine 8 mg. in 5%D/W 500 ml keep BP≥90/60mmHg หลังเข้ารับการรักษาได้ 3 วันผู้ป่วยรู้สึกตัว E4V5M6 ให้อาหารทางสายยางได้ ติดตาม DTX q 4 hr ปัสสาวะออกดี ให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดต่อ สัญชีพอยู่ระหว่าง BT= 35-36.5 ^{0}C PR= 72-80 ครั้ง/นาที RR= 22 -24 ครั้ง/นาที BP=60/90 - 80/110 mmHg.จ้ำเลือดบริเวณเอวจางลง อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ รวมระยะอยู่รพ. 10 วัน ผู้ป่วยได้รับรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม การประเมินและการจัดการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นไปอย่างครอบคลุม ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวยังเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องในอนาคต[4,5]

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำสู่การปฏิบัติ

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในโรงพยาบาลพยาบาลใน รพ.สต. และ อ.ส.ม.ให้สามารถประเมิน

ผู้ป่วย Sepsis ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการใช้ SIRS alarm sheet ทำการประสานกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว โดยจัดอบรมให้ความรู้ และติดตามผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยประสานผ่านทีมเยี่ยมบ้าน และติดตามผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ ที่มาพักรักษาในโรงพยาบาล

2. การส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis เครือข่ายปทุมธานีที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock

3. มีการจัดทำ Driver Diagram Sepsis คือ กระบวนการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตั้งแต่ การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ การเข้าถึง การประเมินการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม และการส่งต่ออย่างรวดเร็ว ตลอดจนการดูแลต่อเนื่อง กำหนดตัวชี้วัด Sepsis และมีการติดตามตัวชี้วัด sepsis โดยทีมนำโรงพยาบาล และทีมนำดูแลผู้ป่วยทุก 1 เดือน เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุง ซึ่งตัวชี้วัดที่สำคัญคือ อัตราตายในผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock ,อัตราการได้รับ ATB ใน 1 ชม.กลุ่มผู้ป่วย Severe sepsis/Septic shock

เอกสารอ้างอิง

1. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ และชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2567]; 7: 319-30. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/220669
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทางสถิติอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/
3. ทัศนี รอดภัย. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก. ว.วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]; 4: 5-7. เข้าถึงได้จาก: http://www.ppho.go.th/webppho/research/y4p1/b05.pdf
4. ณภัทร นพรัตน์ไกรลาศ, เอกรัฐ รัฐฤทธิ์ธำรง. ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC). ว. โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2567]; 30: 75-81.
5. ทิฏฐิ ศรีวิสัย, วิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. ว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2567]; 9: 125-61. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/115993/89412

การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with intestinal obstruction who have co-morbidities Receiving prosthetic fistula surgery: 2 case studies.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

จันทราภา นิกร[1]
Chandrapa Nikorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลขอนแก่น วิธีดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยลำไส้ทะลุ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: การศึกษาทางการพยาบาล พบว่าในระยะก่อนผ่าตัดพบปัญหาที่เหมือนกันคือญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ได้รับ ในระยะวิกฤต ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดเหมือนกัน ที่ต่างกันคือแต่ละกรณีศึกษามีโรคร่วมที่ต่างกัน ในกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และหายใจหอบเหนื่อย มีภาวะโพแทสเซี่ยมต่ำ กรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน มีภาวะน้ำเกิน และมีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย การพยาบาลที่สำคัญทั้ง 2 รายคือ การเตรียมความพร้อม ด้านร่างกาย และจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยให้ข้อมูลการรักษาและการผ่าตัดเกี่ยวกับทวารเทียม เพื่อรักษาและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต และผู้ป่วยทุกรายเมื่อพ้นภาวะวิกฤติแล้วต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลทวารเทียม การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากมีทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติในการดูแล และเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการดูแลกรณีศึกษารายที่ 1จำนวน 16 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 จำนวน 35 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ลำไส้ทะลุ, ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

Abstract

This study was 2 case study. The objective is to study and compare nursing care for patients with intestinal obstruction. There were 2 cases who received artificial anus surgery and were admitted for treatment. Khon Kaen Hospital How to perform specific selection procedures in patients with intestinal obstruction who received artificial anus surgery by collecting information from illness history, treatment, medical records, interviews, and assessing health status, determining nursing diagnoses using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. Plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate results

Results of the study: Nursing results found that in the preoperative period, the same problems were encountered, namely relatives and patients worried about the condition. Diseases and surgical treatment received during the critical period are also uncomfortable due to pain from the surgical wound. The difference is that each case study has different comorbidities. In case study 1, there was hyperglycemia. and breathing heavily Having low potassium. Case study 2. Risk of acute heart attack. have overhydration and has a lack of oxygen Have an infection in the body Important nursing care in both cases is physical and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

mental preparation for patients and relatives. It provides information on treatment and surgery regarding anal prostheses. To treat and relieve acute life-threatening problems. And every patient, once they are out of critical condition, must be prepared to take care of their artificial fistula. Total care period for case study number 1 was 16 days, case study case number 2 was 35 days
Keywords: Nursing care, intestinal obstruction, Colostomy

บทนำ

โรคลำไส้ลำไส้ทะลุ จากภาวะะการอักเสบของกระเปาะของลำไส้ใหญ่ (colonic diverticulum)[9] เนื่องจากกระเปาะดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ในอวัยวะอะไรก็ตาม ที่มีลักษณะเป็น ท่อกลวง (hollow structure) และไม่ได้เป็นลักษณะปกติแต่เกิดขึ้นจากการโป่งพองของเยื่อบุลำไส้ผ่านผนังที่มีความอ่อนแอเมื่อแรงดันภายในท่ออวัยวะนั้นเพิ่มมากขึ้น[10] สำหรับลำไส้ใหญ่ตำแหน่งที่มักเกิด diverticulum ได้แก่บริเวณที่มีเส้นเลือดแทงผ่านชั้นกล้ามเนื้อในผนังลำไส้ (vasa recta brevia) และบริเวณที่เกิด diverticulum มากที่สุดในลำไส้ใหญ่ คือ sigmoid colon ความดันภายในที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลมากที่สุด ต่อผนังลำไส้ส่วนที่เล็กที่สุดซึ่ง ได้แก่ sigmoid colon มักพบได้มากขึ้น ตามอายุของผู้ป่วย จากการสำรวจพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มี diverticulosis แต่อัตราการพบภาวะนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 70 ปี[7]และจากรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในประชากรที่อายุน้อยกว่า 40 ปี พบdiverticulosis เพิ่มร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับ ร้อยละ 80 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เมื่อเกิดภาวะ diverticulosis ขึ้น สิ่งที่อาจเกิดขึ้นตามมาอันเนื่องมาจาก diverticulosis ได้แก่ การเกิดเลือดออก (diverticulosis bleeding) และ การอักเสบ (diverticulitis) ซึ่งทั้งนี้ผู้ป่วยไม่จำเป็นที่จะต้องมีอาการหรืออาการแสดงดังกล่าวเสมอไป[6] และจากการสังเกตผู้ป่วยที่มี diverticulosis พบกว่า จากผู้ป่วย 100 คนที่พบภาวะนี้ มีผู้ป่วย 10 คนที่จะมีอาการหรืออาการแสดงเกิดขึ้นอันเกิดจาก diverticula (กลายเป็น diverticular disease 10%) และในผู้ป่วย diverticular disease มี 10% ที่ต้องเข้ารักษาตัวภายในโรงพยาบาล จากการเกิด diverticular disease ซึ่งเท่ากับ 1 คน จาก 100 คนของ ผู้ป่วย diverticulosis และในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวภายในโรงพยาบาล มี 20 - 50% ที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด เพื่อรักษาภาวะที่เกิดขึ้น ดังนั้นโดยรวมแล้วผู้ป่วย < 1% ที่มีภาวะ diverticulosis จะต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแต่ทั้งนี้ การเลือกวิธีการผ่าตัดแบบนี้ต้องตัดสินจากสภาวะของผู้ป่วย ดังนั้นในปัจจุบัน เพื่อรักษา acute Ruptured diverticulitis [1] ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยบางคนศัลยแพทย์สามารถให้การผ่าตัดโดยการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพตัดต่อลำไส้ใหญ่ (Sigmoidectomy or Subtotal colectomy) เปิดทวารเทียมที่หน้าท้องเพื่อยกลำไส้ใหญ่ ให้มาเปิดที่หน้าท้องเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อุจจาระวิ่งผ่านลงไปยังลำไส้ใหญ่ ส่วนที่มีพยาธิสภาพ (diverting colostomy) โดยหวังว่าจะสามารถควบคุมการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่บริเวณดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้การเลือกให้การผ่าตัดรักษาด้วยวิธีนี้ศัลยแพทย์ต้องเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินด้วยภาวะ acute Ruptured diverticulitis ส่วนใหญ่จะมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ไม่มากก็น้อย หากเกิดผลข้างเคียงจากการผ่าตัดได้ [4]

โรงพยาบาลขอนแก่นจากรายงานทะเบียน พ.ศ. 2564 - 2566 พบ**ผู้ป่วยลำไส้ทะลุ** จำนวน 148 ,154 และ 248 คน ตามลำดับ และมี**การผ่าตัดทวารเทียม** พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยลำไส้ทะลุ จำนวน 148 ,154 และ 248 คน ตามลำดับจากสถิติ พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการรับประทาน อาหาร จากพฤติกรรมการกินและการ

ใช้ชีวิต การรับประทานยา Steroid หรือรับประทานยา NSAIDs โรคอ้วน น้ำหนักเกินมาตรฐาน ผู้ป่วยวัยสูงอายุการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไฟเบอร์ต่ำ และเนื้อแดงในปริมาณสูง ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยและไฟเบอร์ต่ำ ไม่มีแบบแผนในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง รับประทานอาหารสุกๆดิบๆลำไส้ทะลุ เป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที/ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ การรักษาคือการผ่าตัดลำไส้ที่มีพยาธิสภาพทิ้ง ร่วมกับทำทวารเทียม (colostomy)การผ่าตัดมีทวารเทียม[5] มักมีความเครียดและมีความวิตกกังวล เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเองจากร่างกายปกติ มาเป็นบุคคลที่ต้องขับถ่ายทางหน้าท้อง ซึ่งไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ อาจจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม และอาจกระทบถึงบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องทวารเทียมและการดูแลทวารเทียม ทั้งนี้ก่อนการผ่าตัดทำทวารเทียมผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลือกและวิธีใช้ผลิตภัณฑ์รองรับของเสีย ซึ่งในปัจจุบันมีให้เลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ดูแลทวารเทียมด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[8]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมจำนวน 2 ราย

2. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

วิธีดำเนินการ

ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Case study) ในผู้ป่วยลำไส้ทะลุมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ใช้กระบวนการพยาบาล และแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่1) ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ3)ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่ว ไป การเจ็บป่วย

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
1.สถานภาพ/อายุ	หญิงไทย/อายุ 63 ปี	หญิงไทย/อายุ 76 ปี
2.ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่6	มัธยมศึกษาปีที่3
3.อาชีพ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ
4.ที่อยู่	อ.ชุมแพ จ.ขอนแก่น	อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น
5.น้ำหนัก	77	42
6.BMI	31.64	17.94

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7.ผู้ดูแล 8.สิทธิบัตร	บุตรสาว บัตรทอง	บุตรสาว บัตรทอง
9.อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อน	มาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล
10.อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid โรคประจำตัว เบาหวาน และไขมันในร่างกายสูง ความดันโลหิตสูงรับยาที่ โรงพยาบาลชุมแพกินยาต่อเนื่องมาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid ผ่าตัด EL c Hartmann resection of rectum c colostomyในวันที่ 30 กรกฎาคม 2566ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายระยะเวลาการดูแล จำนวน 16 วัน	ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid diverticulitis โรคประจำตัว หัวใจรับยาที่ โรงพยาบาลน้ำพอง กินยาต่อเนื่องมาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid diverticulitis ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ดูแลในระยะวิกฤติ และติดตามอการแก้ไขจนปลอดภัย ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายระยะเวลาการดูแล จำนวน 35 วัน

จากตารางที่ 1 จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย จากทั้งประวัติเจ็บป่วยในอดีตปัจจุบัน จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีเหมือนกัน อาการสำคัญ โดยกรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อน

ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid โรคประจำตัว เบาหวาน และไขมันในร่างกายสูง ความดันโลหิตสูงรับยาที่ โรงพยาบาลชุมแพกินยาต่อเนื่องมาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผ่าตัด EL c Hartmann resection of rectum c colostomyในวันที่ 30 กรกฎาคม 2566ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายระยะเวลาการดูแล จำนวน 16 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid diverticulitis โรคประจำตัว หัวใจรับยาที่ โรงพยาบาลน้ำพอง กินยาต่อเนื่องมาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ดูแลในระยะวิกฤติ และติดตามอการแก้ไขจนปลอดภัย ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายระยะเวลาการดูแล จำนวน 35 วัน ข้อมูลพบว่าทั้งจากข้อมูลดังกล่าวนำมาเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษาได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	-รับรู้ว่าตนเองป่วยมีโรคประจำตัวที่ต้องกินยาต่อเอง และมีน้ำหนักตัวเกิน วิตกกังวลมาก กลัวปวดท้องมากในวันแรกที่ มารพ เมื่อรักษาจึงได้ทรายว่าต่อไป ตนเองจะต้อง	- เป็นผู้สูงอายุ รับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจต้องกินยาต่อเนื่อง และต้องผ่าตัดเปิดทวาร และหลังผ่าต่อไปต้องถ่ายทางหน้าท้อง กังวลกลัวเป็นภาระของลูก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ถ่ายทางทวารเทียม	
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	-รับประทานอาหารอ่อนได้ปกติ	-รับประทานอาหารอ่อน และอาหารเสริมได้
3. การขับถ่าย	-การขับถ่ายทางทวารเทียม ขับถ่ายอุจจาระ 1-2 ครั้ง/วัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง/วัน	-ขับการขับถ่ายทางทวารเทียม ถ่ายอุจจาระ 1-2 ครั้ง/วัน ปัสสาวะวันละ 3-6 ครั้ง/วัน
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	-ดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เดินได้โดยใช้รองเท้า ต้องระวังเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเจ็บบริเวณเท้า น้ำหนักตัวเยอะ	-ดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วนมีบุตรสาวคอยดูแล ต้องระวังเกิดอุบัติเหตุ
5. การพักผ่อน นอนหลับ	-กลางคืนนอน 8-10 ชั่วโมง -กลางวันนอนวันละ 1-2 ชั่วโมง	-กลางคืนนอน 8-10 ชั่วโมง -กลางวันนอนวันละ 1-2 ชั่วโมง
6. สติปัญญาและการรับรู้	- รับรู้ และพูดคุยรู้เรื่อง รับทราบปัญหา ความเจ็บป่วยของตนเอง และพยายามช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด	- รับรู้ว่าตนป่วย และรับทราบปัญหาตนเองได้ และมีบุตรสาวคอยช่วยเหลือ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศ	-ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนต้องมารักษาตามนัดทุกครั้ง	-ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนต้องมารักษาตามนัดทุกครั้ง
8. บทบาทและความสำคัญในครอบครัว	-สัมพันธภาพในครอบครัวดี สมาชิกครองครัว 6 คน ไม่ได้ทำงานเป็นผู้สูงอายุ	สัมพันธภาพในครอบครัวดี สมาชิกครอบครัว 7 คน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อยู่ที่บ้านบุตรสาวเป็นคนดูแล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	-ไม่มีความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะเพศ	-ไม่มีความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะเพศ
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	-มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคประจำตัว และการขับถ่ายที่เปลี่ยนไป	-กังวลเกี่ยวกับการขับถ่ายของตนเอง หลังเปิดทวาร
11. ค่านิยมและความเชื่อ	-นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส	-นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส และไปสม่ำเสมอเวลา ที่หมู่บ้านมีงานบุญ

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางกาพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.ระยะก่อนผ่าตัด	1 ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีโรคประจำตัวเบาหวาน 3 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	1 ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2 เสี่ยงต่อการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลต์เนื่องจากขับถ่ายเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีโรคประจำตัวเบาหวาน 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางกาพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2.ระยะวิกฤติ	4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 5.ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากมีการถูกทำลายเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจากการผ่าตัด 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากมีทางเข้าออกของเชื้อโรค 7. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีการบาดเจ็บของช่องท้อง 8. เสี่ยงต่อการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รับรองการขับถ่าย 9.เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต และ NPO เป็นเวลานาน 10.ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม 11.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 6.ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากมีการถูกทำลายเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจากการผ่าตัด 7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากมีทางเข้าออกของเชื้อโรค 8. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีการบาดเจ็บของช่องท้อง 9. เสี่ยงต่อการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รับรองการขับถ่าย 10. เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากการเสียเลือดและอิเลกโทรไลต์ 11.เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต และ NPO เป็นเวลานาน 12.ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม 13.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
3.ระยะหลังผ่าตัด	12. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีการขับถ่ายทางหน้าท้อง 13. ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	14. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีการขับถ่ายทางหน้าท้อง 15. ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะคือ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะวิกฤติ การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 63 ปี อาชีพผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน มาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการผ่าตัด EL c Hartmann resection of rectum c colostomy

สาเหตุการเกิดโรค เนื่องจากมี Risk factor จากผู้ป่วยมีโรคร่วม เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงซึ่งสอดคล้องกับทฤษีที่ว่ามักเกิดกับผู้สูงอายุ ไขมันในเลือดสูง เมื่อเกิดการอักเสบ จะทำให้เกิดภาวะลำไส้ทะลุ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ 13 ข้อดังนี้ 1) ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 3) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 5) ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากมีการถูกทำลายเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจากการผ่าตัด 6) เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเนื่องจากมีทางเข้าออกของเชื้อโรค 7) ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีการบาดเจ็บของช่องท้อง 8) เสี่ยงต่อการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม

ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รับรองการขับถ่าย 9) เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต และ NPO เป็นเวลานาน10) ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม 11) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 12) วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีการขับถ่ายทางหน้าท้อง 13) ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 76 ปี อาชีพผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน มาด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล ผลการวินิจฉัยโรค Ruptured sigmoid diverticulitis โรคประจำตัว คือหัวใจ ได้รับการผ่าตัด EL c Sigmoidectomy c Hartmann procedure c small bowel resection c Colostomy Risk factor จากผู้ป่วยมีโรคร่วม คือโรคหัวใจ และกินยารักษาต่อเนื่องเป็นเวลานานและเป็นผู้สูงอายุ

พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ 15 ข้อ ดังนี้ 1) ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2) เสี่ยงต่อการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลต์ เนื่องจากขับถ่ายเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง 3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก ภาวะน้ำเกินจากโรคหัวใจ 1) ไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย 2) เสี่ยงต่อการเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลต์ เนื่องจากขับถ่ายเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง 3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก ภาวะน้ำเกินจากโรคหัวใจ 4) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 6) ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากมีการถูกทำลายเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจากการผ่าตัด 7) เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากมีทางเข้าออกของเชื้อโรค 8) ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีการบาดเจ็บของช่องท้อง 9) เสี่ยงต่อการระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รับรองการขับถ่าย 10) เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากการเสียเลือดและอิเลกโทรไลต์ 11) เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต และ NPO เป็นเวลานาน 12) ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม 13) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 14) วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีการขับถ่ายทางหน้าท้อง 15) ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ซึ่งแผนการพยาบาลทั้งหมดบรรลุวัตถุประสงค์ทุกข้อ

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม แต่ต่างกันตรงโรค กรณีศึกษาที่ 1 เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง กรณีศึกษา 2 โรคประจำตัว คือหัวใจ และเป็นผู้สูงอายุ และผ่าตัดเปิดทวารเทียมเหมือนกัน การพยาบาลแต่ละระยะมีเป้าหมายต่างกัน การพยาบาลก่อนผ่าตัด เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะลำไส้ทะลุ และการจัดการอาการปวด ระยะวิกฤติ เป้าหมายการดูแลต้องให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และการจัดการอาการ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ต้องพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยให้ข้อมูลการรักษาและการดูแลทวารเทียม ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมิน รวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ[9] ด้วยความเชี่ยวชาญมีการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วมีความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นรวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที[10]

ข้อเสนอแนะ

การวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านมีการติดตามเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีการนำผลการศึกษาไปใช้ด้านบริหารเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารใช้ในการพัฒนาระบบบริการรายโรคอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาพร ประสังสิต และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง:ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.จำกัด. 2558.
2. ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม. ในจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2551.
3. นัทธมน วุทธานนท์. (2554). การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม. เชียงใหม่: นันทพันธ์พริ้นติง.
4. ประทิน ไชยศรี. คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy). พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์. 2554.
5. วิภาวดี ว่องวรานนท์. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลระดั บตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ . [อินเทอร์เน็ ต]. มปท; c2560 [เข้ าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566].เข้าถึงได้จาก: https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12975/1/418856.pdf
6.วุฒิชัย ธนาพงศธร และปริญญา อัครนุรักษ์กุล (บรรณาธิการ). (2554). ตำราพื้นฐานศัลยศาสตร์และโรคทางศัลยกรรมสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. สมุทรปราการ: สินทวีกิจพริ้นติ้ง.
7. นภชาญ เอื้อประเสริฐ.Chulalongkornhematologyhandbook.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ; 2555. 82 – 87..
8. สมพร วรรณวงศ์. การดูแลทวารเทียมและรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง ในธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และสมพร วรรณวงศ์. การดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2553.
9. สุปาณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ). (2560). การพยาบาลพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : จุดทอง.
10. American Cancer Society. Colorectal cancerriskfactors[Internet].Atlanta,GA:ACS;2018 [cited2020Jan27].Availablefrom:https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Development of participatory of home health care model for palliative patients Of Phuwiang Hospital, Phuwiang District, Khon Kaen Province

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

อังคณา ศรีไสย[1] เพ็ญพักร์ ทองศรี[1]
Angkana Srisai[1] Penpak Thongsri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย จนท.รพ.สต ผู้นำชุมชน อสม. ในการทำ Focus group และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 218 คนในการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิด Focus group เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESAS) สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t test

ผลการศึกษา พบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 218 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.34 อายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี อาชีพทำไร่ทำนา ร้อยละ 38.53 ประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเป็นโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 32.57 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจนทันสมัย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการการวางแผนการรักษา 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและธรรมเนียมอีสาน 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหวิชาชีพ 8) การส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่ามีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 6.36$

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This research was participatory action research (PAR). Aim to develop and results of using participatory home health care model for palliative patients of Phuwiang Hospital, Phuwiang District, Khon Kaen Province. Sample group consisted was doctors, pharmacists, professional nurses, nutritionists, physical therapists, Thai traditional medicine doctors, staff of sub-district health promotion hospital, community leaders, and village health volunteers in a focus group, quantitative sample was palliative patients 218 people. Research tools was included qualitative instruments, including open-ended questions for focus groups, and quantitative tools including general data forms, home-based continuous care monitoring records, assessment of daily activities (ADL), patient self-help assessment forms (PPS), and pain severity assessment forms (ESAS). Statistics were percentages, standard deviations, and paired t test.

Results found of 218 people, most of whom were male (57.34%), aged between 60-70 years (38.53%) mostly liver cancer (32.57%). The development of the model 8 process as follows: 1) Training to enhance potential of terminal patient caregivers 2) Developing clear and up-to-date patient care guidelines 3) Managing patient's home environment 4) Involving patients and caregivers in treatment planning 5) Supporting home assistance devices 6) Home care according to Buddhist principles and Isan traditions 7) Caring for terminal patients by a multidisciplinary team 8)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Promoting training in terminal patient care. Statistical difference test found mean score of pain intensity was significantly reduced at p <.05, t = 6.36.

Keywords: End of life Palliative care model, Home health care, Participatory health care

บทนำ

สาเหตุการตายอันดับต้นของประเทศไทย คือ โรคมะเร็ง แต่เนื่องจากการพัฒนาทางการแพทย์ มีการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่างๆ ให้มีชีวิตยาวนานมากขึ้น การยื้อความตายในผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนั้นสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตให้มีการดูแลแบบองค์รวม ปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคนจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแล โดยส่วนมาก พบ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 39.42 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.28 โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 11.32 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.46 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.60 ผู้ป่วย จากการสำรวจขององค์กรอนามัยโลกพบว่า โดยประมาณ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมดยังคงต้องการได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม[1] ในประเทศไทยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยประคับประครองระยะสุดท้ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยระยะท้าย ขณะเดียวกันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งและโรคทางหลอดเลือดเพิ่มสูง จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2565 มีจำนวน 98.65 ต่อแสนประชากร เป็น 110.72 ต่อแสนประชาชนในปี 2566 ขณะที่โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 3.73 ต่อแสนประชากรในปี 2565 เป็น 48.72 ต่อแสนประชากรในปี 2569

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ระบบบริการดูแลระยะสุดท้าย เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายและในปีงบประมาณ 2563 ทาง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาคส่วนอื่นๆ จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในด้านการดูแลแบบประคับประคองและสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา 12 ทุกสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยส่วนมากจะพบปัญหา อาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และไม่สามารถทนกับความเจ็บปวดในระดับต้นและรุนแรงได้[2] การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการดูแลการเจ็บป่วยทางกาย การดูแลจิตใจ การดูแลทางสังคม และจิตวิญญาณ โดยบูรณาการเริ่มการรักษาตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[3]

โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 60 เตียง พบปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากขาดคณะทำงานเฉพาะ ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการบริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความสม่ำเสมอ ระยะเวลาการเยี่ยมบ้านยังขาดความต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน การผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ขาดการจัดการอาการ การบริหารจัดการยามอร์ฟีน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า รวมไปถึง

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่ที่ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงเป็นประจำ มีความเชื่อในด้านการใช้สมุนไพรที่ยังไม่ถูกต้อง ขาดการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ขาดการดูแลไม่ครบถ้วนตามกระบวนการ ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย[4]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการพัฒนาและใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คนในชุมชนให้การดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลภูเวียงที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน รวมสหวิชาชีพ จำนวน 11 คน ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย จนท.รพ.สต 70 คน ผู้นำชุมชน 389 คน อสม 1,405 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล 218 คนเท่ากัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน ตัวแทน จนท.รพ.สต 12 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 14 คน ตัวแทน อสม. 15 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล 218 คนเท่ากัน ระหว่างเดือนมกราคม 2565 – มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 13 เดือน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในช่วงเดือนมกราคม 2565 – มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 13 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ การสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้ป่วย ทบทวนปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วม และสรุปผลการดำเนินงาน
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวด (ESAS)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการรักษาพยาบาล, ข้อมูลผลการดำเนินงาน, การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, ความสามารในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL), ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), ความรุนแรงของความปวด (ESAS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบ ในคะแนนเฉลี่ยความสามารในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL), ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), ความรุนแรงของความปวด (ESAS) ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก เจ้าหน้าที่และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีน้อยเกินไป ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดผู้ดูแลหลัก การเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงได้ลำบาก โดยมีระยะทางไกลมากกว่า 20 กิโลเมตร แพทย์ พยาบาล และบุคลากร ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ครอบคลุม ยังขาดคณะทำงานเฉพาะ ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการบริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านไม่มีความสม่ำเสมอ ระยะเวลาการเยี่ยมบ้านยังขาดความต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน การผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ขาดการจัดการอาการ การบริหารจัดการยา มอร์ฟีน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว เมื่อกลับไปอยู่ที่ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงเป็นประจำ มีความเชื่อในด้านการใช้สมุนไพรที่ยังไม่ถูกต้อง ขาดการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ขาดการดูแลไม่ครบถ้วนตามกระบวนการ ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย และรูปแบบที่เหมาะกับบริบทอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

เชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 218 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 125 คน ร้อยละ 57.34 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 93 คน ร้อยละ 42.66 ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี จำนวน 81 คน ร้อยละ 37.16 รองลงมา 71-80 ปี จำนวน 63 คน ร้อยละ 28.90 และ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 34 คน ร้อยละ 15.60 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จำนวน 218 คน ร้อยละ 100 อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา จำนวน 84 คน ร้อยละ 38.53 รองลงมาว่างงาน จำนวน 68 คน ร้อยละ 31.19 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 36 คน ร้อยละ 16.51 ตามลำดับ ประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนมากป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ จำนวน 71 คน ร้อยละ 32.57 รองลงมาป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 45 คน ร้อยละ 20.64 และ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.17 ตามลำดับ การดำเนินโรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 77 คน ร้อยละ 35.32 รองลงมาเบาหวาน จำนวน 61 คน ร้อยละ 27.98 และ โรคไตเรื้อรัง จำนวน 25 คน ร้อยละ 11.47 ตามลำดับ ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากคือ เดินลำบาก จำนวน 138 คน ร้อยละ 63.30 รองลงมาเหนื่อยล้า จำนวน 128 คน ร้อยละ 58.72 และ การเข้าห้องน้ำ จำนวน 31 คน ร้อยละ 14.22 ตามลำดับ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผลการดำเนินงานดังนี้ ได้รับคำปรึกษาในระยะสุดท้าย จำนวน 96 คน ร้อยละ 44.04 ได้รับการทำ Family Meeting จำนวน 101 คน ร้อยละ 46.33 ได้รับการทำ Advance care Plan จำนวน 110 คน ร้อยละ 50.46 ได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่าง มีคุณภาพ จำนวน 96 คน ร้อยละ 44.04 ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ปลดเปลื้อง สิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) จำนวน 128 คนร้อยละ 58.72 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน จำนวน 162

คน ร้อยละ 74.31 ได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) จำนวน 87 คน ร้อยละ 39.91 ได้รับการดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.46

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุม 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยะท้ายให้ชัดเจน และทันสมัย 3) การจัดสภาพแวดล้อมผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้นำชุมชน 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาระยะสุดท้าย 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน โดยผ่านกลไกภาคีเครือข่าย 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสานตามธรรมเนียมอำเภอภูเวียง 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการเยี่ยมบ้านโดย อสม.ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพ 8) ส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแพทย์ พยาบาลให้ครอบคลุม

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น มีผลการใช้รูปแบบดังนี้ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 84 คน ร้อยละ 38.53 รองลงมา ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน) จำนวน 50 คน ร้อยละ 22.94 และ ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 48 คน ร้อยละ 22.02 และภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 36 คน ร้อยละ 16.51ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ส่วนมากระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS 0 - 30 % จำนวน 91 คน ร้อยละ 41.74 รองลงมาระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) มีค่า PPS 40 - 60 % จำนวน 75 คน ร้อยละ 34.40 และระยะคงที่ (stable) มีค่า PPS 70 - 100 %จำนวน 52 คน ร้อยละ 23.85 ตามลำดับ แบบประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ส่วนมากมีความเจ็บปวด ระดับน้อย (1-3 คะแนน) จำนวน 99 คน ร้อยละ 45.41 และ ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) จำนวน 99 คน ร้อยละ 45.41 เท่ากัน และ ระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.17 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับคำปรึกษาในระยะท้าย จำนวน 119 คน ร้อยละ 54.59 ได้รับการทำ Family Meeting จำนวน 120 คน ร้อยละ 55.05 ได้รับการทำ Advance care Plan จำนวน 121 คน ร้อยละ 55.50 ได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพจำนวน 120 คน ร้อยละ 55.05 ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ปลดเปลื้อง สิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) จำนวน 150 คน ร้อยละ 68.81 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน จำนวน 179 คน ร้อยละ 82.11 ได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) จำนวน 91 คน ร้อยละ 41.74 ได้รับการดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.92 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น การเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับภาวะพึ่งพิงรุนแรง มีค่า 7.68 คะแนน (SD 1.32 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) อยู่ในระดับภาวะพึ่งพิงรุนแรง

เท่ากัน มีค่า 6.84 คะแนน (SD 1.46 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

การเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่าคะแนน 24.38 คะแนน (SD 1.62 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) อยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่า 28.69 คะแนน (SD 1.86 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

การเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับเจ็บปวดปานกลาง มีค่า 5.18 คะแนน (SD 1.38 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) อยู่ในระดับน้อย มีค่า 2.96 คะแนน (SD 1.42 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , t=6.36 ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การทดสอบคะแนนสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL), คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS), คะแนนความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น (n=218)

รายการ	แปลผล	เฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)					
ADL ก่อนการพัฒนาฯ	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง	7.62	1.32	0.36	1.476
ADL หลังหลังการพัฒนา	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง	6.84	1.46		
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS)					
PPS ก่อนการพัฒนาฯ	ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต	24.38	1.62	1.13	1.021
PPS หลังหลังการพัฒนา	ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต	28.69	1.86		
ความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS)					
ESAS ก่อนการพัฒนาฯ	เจ็บปวดปานกลาง	5.18	1.38	6.36	<.001*
ESAS หลังหลังการพัฒนา	เจ็บปวดระดับน้อย	2.96	1.42		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิม ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก เจ้าหน้าที่และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีน้อยเกินไป ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังขาดผู้ดูแลหลัก การเดินทางมาโรงพยาบาลภูเวียงได้ลำบาก โดยมีระยะทางไกลมากกว่า 20 กิโลเมตร แพทย์ พยาบาล และบุคลากร ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ครอบคลุม ขาดองค์ความรู้ที่ทันสมัย และรูปแบบที่เหมาะกับบริบทผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา ประเภทผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ การดำเนินโรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากคือเดินลำบาก การดำเนินงานที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ ได้รับคำปรึกษาในระยะสุดท้าย การทำ Family Meeting การทำ Advance care Plan การได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) การได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) การดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) การดูแลที่ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ การเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน เป็นต้น สอดคล้องกับ ทัศนีย์ บุญอริยเทพ และ ธภัคนันท์ อินทราวุธ[5]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 8 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุม 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยะท้ายให้ชัดเจน และทันสมัย 3) การจัดสภาพแวดล้อมผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้นำชุมชน 4) การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาระยะสุดท้าย 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน โดยผ่านกลไกภาคีเครือข่าย 6) การดูแลที่บ้านตามวิถีพุทธและวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสานตามธรรมเนียมอำเภอภูเวียง 7) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการเยี่ยมบ้านโดย อสม.ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพ 8) ส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแพทย์ พยาบาลให้ครอบคลุม สอดคล้องกับ สุณัฏดา คเชนทร์ชัย มุจจรินทร์ อัศวพัฒน์[6]

ผลการใช้รูปแบบภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงรุนแรง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ส่วนมากระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS 0 - 30 % การประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ส่วนมากมีความเจ็บปวด ระดับน้อย (1-3 คะแนน) ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาในระยะท้าย การได้รับการทำ Family Meeting การได้รับการทำ Advance care Plan การได้รับยาบรรเทาปวด Opioid อย่างมีคุณภาพ การได้รับบริการเข้าสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) การดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement care) การดำเนินงานที่มากกว่า ร้อยละ 60 ได้แก่ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ (Spiritual care) การได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/เยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับ เพียงพิมพ์ ปัณระสี และ ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข[7]

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการเปรียบเทียบ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้น โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติ การเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ในระดับระยะวาระสุดท้ายของชีวิต ดีขึ้นโดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติการเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ดีขึ้น ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุยันต์ ลวงพิมาย[8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสนับสนุนพัฒนาระเบียบการดูแลโดยไม่ใช้ในรูปแบบงานประจำ ซึ่งพบปัญหาภาระงานที่หนักมากเกินไป การพัฒนาสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย อุปกรณ์พัฒนาคุณภาพชีวิต ต้องอาศัยหน่วยงานรัฐอื่นที่เอื้อต่อระเบียบทั้งในฝ่ายโรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเน้นการดูแลและใช้แนวทางที่ทันสมัยโดยใช้ภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม

3. ควรส่งเสริมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายประชาชน อสม. อปท. ผู้นำชุมชน เน้นสร้างการมีส่วนร่วมจึงจะประสบผลสำเร็จได้

4. ควรวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมอำเภอทุกฝ่าย และชุมชน บูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายอย่างเช่น อปท. ไม่ควรใช้งบจากโรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพอย่างเดียว

5. การจัดโครงการหรือตั้งคณะกรรมการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบในชุมชน รัฐ และภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

6. ควรมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเป็นประจำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบุคลากรโรงพยาบาลภูเวียง ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเวียง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเวียง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Stephen R, Claire M, Ernesto J, Richard H, James C, Barbara H, et al. (2020) Global atlas of palliative care. 2nd ed. London UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance.

2. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทาง การแพทย์) .นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2563.

3. ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธาน, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564,23(1), 80-90.

4. โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 2566.

5. ทัศนีย์ บุญอริยเทพ และ ธภัคนันท์ อินทราวุธ. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวนผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566;31(1):99-113.
6. สุณัฏดา คเชนทร์ชัย และ มุจจรินทร์ อัศวพัฒน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(3):27-36.
7. เพียงพิมพ์ ปัณระสี และ ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;32(1):40-55.
8. สุยันต์ ลวงพิมาย. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจานจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทางพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(1):44-53.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Effects of an proactive nursing program on blood pressure control with hypertensive patients of the community health center, Kalasin Hospital

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

วชิรารัตน์ วรรณศิริ[1], รณภูมิ สุรันนา[1], ชนิดา โอษคลัง[1]
Wachararat Wannasiri[1] Ronnaphum suranna[1] Chanida Osaklang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ดี จำนวน 100 ราย วันที่ เมษายน 2566 – กันยายน 2566 แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 ราย รวบรวมแบบสอบถาม 3 ชุด วิเคราะห์ข้อมูล การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระกัน (independent t-test) และสถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

ผลการศึกษา : การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า หลังได้รับโปรแกรมร่วมกับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก 3.19±0.35 ($\bar{X}$ ± S.D.,P<0.0001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้ยาถูกต้อง 3.31±0.46 (P<0.0001) การจัดการความเครียด 3.14±0.57 (P<0.0001) การรับประทานอาหาร 3.13±0.73 (P<0.0001) การออกกำลังกาย 3.09±0.65 (P<0.0001) ค่าดัชนีมวลกายกลุ่มทดลอง BMI=25.05±3.77 Kg/m^2(*P*=0.02) SBP=140.54±17.89 มิลลิเมตร (*P*<0.001) และ DBP=89.26±10.68 มิลลิเมตรปรอท (P<0.001) มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม BMI=27.03±4.55 Kg/m^2, SBP=149.65±19.54 มิลลิเมตรปรอท DBP=94.44±14.44 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง, การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี, การพยาบาลเชิงรุก

Abstract

This quasi-experimental research employed a pre-post test design with two groups. This study aims to investigate the effects of an active nursing program on the behavior of blood pressure control in hypertensive patients at the Kalasin Hospital Community Health Center. Study from patients with poorly controlled blood pressure were between April 2023 and September 2023. Participants were divided into an experimental group and a control group, each consisting of 50 individuals. Three sets of questionnaires were collected to assess patient behaviors. Data were analyzed using frequency distribution, percentage,Mean, and S.D. applying descriptive statistics as well as independent t-tests and paired t-tests to determine differences between the two groups.

Results *:* The comparison of health behaviors related to blood pressure control indicated that after receiving the active nursing program alongside standard nursing care, the overall average behavior score improved significantly, reaching This improvement was statistically significant at the 0.05 level. The highest average scores were observed for correct Drug used, Stress management, Food and Exercise. The experimental group had a Body Mass Index (BMI) of 25.05±3.77 kg/m² (*P*=0.02), The average systolic blood pressure (SBP) for the experimental group was 140.54±17.89 mmHg (P<0.001), the average diastolic blood pressure (DBP) for the experimental group was 89.26±10.68 mmHg (P<0.001), while the control group had a

[1] ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

BMI of 27.03±4.55 kg/m², SBP of 149.65±19.54 mmHg (P< 0.001). Additionally, DBP= 94.44±14.44 mmHg (P < 0.001).

Keywords : Hypertension, Effective Blood Pressure Control, Active Nursing Care

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากสถิติขององค์กรอนามัยโลก พบว่า ประชากรทั่วโลกมีป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1.13 พันล้านคน เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง 7.5 ล้านคน และคาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน 1 ในประเทศไทย จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน[1] ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2559 จำนวน 7,930 คน และในปี 2564 จำนวน 9,444 คน และโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและยังเพิ่มค่าการรักษาพยาบาล ปี 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน[2]

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2563 - 2565 พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง 8,607.48 , 9,080.26 และ 9,514.06 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้ม ที่เพิ่มสูงขึ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 7,581.94 , 8,007.00 และ 8,232.83 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[3] ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และ 10,693.51 , 11,141.43 และ 11,415.94 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 60) จังหวัดกาฬสินธุ์ พบร้อยละ 53.83, 61.65, 53.89 อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ พบร้อยละ 43.08 , 53.60 , 45.96 และ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบร้อยละ 36.68 , 47.48 , 40.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2565)[4]

โรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปลาร้าและเครื่องดื่มเกลือแร่ การสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การผิดนัดเพื่อเข้ารับการตรวจโรค การรับประทานยาไม่ตรงเวลา การขาดยา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด เป็นต้น เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาส ต่อการเกิดโรคนี้มากขึ้น[5] จึงจัดทำโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเอง (Self-care) ซึ่งการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เป็นความจำเป็นต่อบุคคล และมีผลต่อทุกส่วนของตัวตนของบุคคลทั้งทางกายภาพอารมณ์สติปัญญาและจิตวิญญาณ รวมถึงมีผลต่อสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ในแต่ละวันกับผู้อื่น (Wells-Federman, 1996)[6] เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ การควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ดีกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบวัดความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีกลุ่มควบคุม (pre-post test design with a comparison group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน เมษายน 2566 ถึง กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 749 ราย ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 445 คน (เวชระเบียนผู้ป่วยของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566)[4] กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อายุ 20-59 ปีขึ้นไป ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ที่มารับบริการ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ จากทั้ง 2 หมู่บ้านให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มแบบเจาะจงผู้มารับบริการ ระหว่างเดือน เมษายน จำนวน 100 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานชนิดที่ 2 จากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยมีประวัติมารับการรักษาต่อเนื่องเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนและไม่มีการปรับยาอย่างน้อย 3 เดือน 4) ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง 140/90 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านมีระดับความดันโลหิตช่วงบนมากกว่าหรือเท่ากับ 135/85 มิลลิเมตรปรอท มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง ในการรักษา 3 เดือนย้อนหลัง และอาศัยในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ โดยวิธีการคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) 5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสามารถสื่อสารได้ ยินดีและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้ทุกขั้นตอน 2) ต้องการออกจากการวิจัยระหว่าง ดำเนินการวิจัย 3) มีเหตุจำเป็นให้ต้องออกจากการวิจัย เช่น มีความเจ็บป่วยอื่นเกิดขึ้น

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างประชากร 2 กลุ่ม[7] จากสูตร

$$n/กลุ่ม=\frac{2(z\alpha+z\beta)2\ \sigma^2}{(\mu 1-\mu 2)^2}$$ ได้เท่ากับ 10

และกำหนดอัตราการสูญหายร้อยละ 40 โดยใช้สูตร

$$n_{adj=}\ \frac{n}{1-R}$$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย 3) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยาที่ถูกต้อง)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-2 การไปพบแพทย์ตามนัด อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การตั้งเป้าหมายและบันทึกพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3-4 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและค่าความดันโลหิต ทบทวนความรู้ สาธิตและฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ส่งต่อคลินิกการงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียดร่วมกับ บริการให้คำปรึกษาผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) ภายใต้บริบท ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน ติดตามอาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สังเกต บันทึก สะท้อนปัญหา และคำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและหรือญาติผู้ดูแล

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5-6 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและค่าความดันโลหิต ทบทวนความรู้ สาธิตและฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ส่งต่อคลินิกการงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียดร่วมกับบริการให้คำปรึกษาผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) ภายใต้บริบท ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน ติดตามอาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สังเกต บันทึก สะท้อนปัญหาและคำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและหรือญาติผู้ดูแล

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7-8 การไปพบแพทย์ตามนัด ประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและค่าความดันโลหิต ประเมินผลผลบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการใช้ยา 4) การจัดการความเครียด

2. คู่มือ ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

3. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1) การบริโภคอาหาร บันทึกอาหาร (เช้า เที่ยง เย็น) สัดส่วนอาหาร ปริมาณ เครื่องปรุง 2) การออกกำลังกาย ความถี่ในการออกกำลังกาย ประเภท ระยะเวลา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ/ชำนาญด้านเบาหวานความดันโลหิตสูง 2) พยาบาลผู้ที่มีความชำนาญด้านเบาหวานความดันโลหิตสูง 3) พยาบาลจิตเวชชุมชน ได้ตรวจสอบได้ตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหาของ แบบสอบถามทั้ง 3 ชุด 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย 3) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยาที่ถูกต้อง) พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาภาษาและความชัดเจนของภาษาโดยพิจารณารายข้อและตรวจสอบความถูกต้องระหว่างเนื้อหา แล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแบบสอบถาม Try out กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น แบบประเมินความรู้ใช้สูตรของ Kuder-Richardson (KR-20)[6] ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ไปทดสอบค่าความ

เชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha)[7] ได้ค่าเท่ากับ 0.83

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2. ขั้นเตรียมการ

2.1 ภายหลังการพิจารณาอนุมัติให้ทำการศึกษาจากอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรง พยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดในการทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

2.3 หัวหน้าแผนกคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2.4 ศึกษาปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2.5 ผู้วิจัยชี้แจงผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง หากยินยอมทำการประเมิน จะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่ม ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

2.6 ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4 ครั้ง และได้รับการพยาบาลปกติ

3.2 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ 4 ครั้ง

4. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากเวชระเบียนและประกอบด้วย ข้อมูลด้าน อายุ เพศ น้ำหนัก BMI ระดับไขมันในเลือด

5. รวบรวมแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. กรณีข้อมูลเป็นตัวแปรแบบต่อเนื่อง (Continuous data) คือ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลการ (BMI) ค่าความดันโลหิตจากทางคลินิก Clinic blood pressure และ ค่าความดันโลหิตที่บ้าน Home blood pressure ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ตัวแปร (อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) Clinic blood pressure และ Home blood pressure ความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหารรสเค็ม 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การจัดการความเครียด) กับการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อพิจารณาความแตกต่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน paired t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ($p<0.05$)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินฐ์ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินฐ์ (เลขที่โครงการวิจัย KLS.REC: 143/2566) ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม การวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลอง อายุน้อยสุด 25 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 51 ปี (S.D.=10.18 ปี) ส่วนใหญ่อายุ 45 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 78 หญิงร้อยละ 60 มากกว่า ชายร้อยละ 40 ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 kg/m2 ร้อยละ 82 ระยะเวลาที่ป่วยต่ำกว่า 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 62 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82 ไม่ดื่มดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88 กลุ่มควบคุม อายุน้อยสุด 25 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 51 ปี (S.D.=10.18 ปี)ส่วนใหญ่อายุ 45 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 74 หญิง ร้อยละ 44 มากกว่า ชาย ร้อยละ 56 ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 kg/m2 ร้อยละ 70 ระยะเวลาที่ป่วยต่ำกว่า 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 58 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 44

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมร่วมกับการพยาบาลปกติ (กลุ่มทดลอง) มีพฤติกรรมภาพรวมที่ดีขึ้น อยู่ในระดับดีมาก 3.19 คะแนน (S.D.=0.35, *P*<0.0001) ก่อนได้รับโปรแกรมร่วมกับการพยาบาลปกติ 2.13 คะแนน (S.D.=0.36, *P*<0.0001) โดยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4 ด้าน ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับประทานยาถูกต้อง เฉลี่ย 2.81 คะแนน (S.D=0.72, *P*<0.0001) รองลงมา คือ การรับประทานอาหาร เฉลี่ย 2.78 คะแนน (S.D.=0.71, *P*<0.0001) การออกกำลังกาย เฉลี่ย 2.32 คะแนน (S.D.=0.71, *P*=<0.0001) การจัดการความเครียด เฉลี่ย 2.13 คะแนน (S.D.=0.71, *P*<0.0001) ตามลำดับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับประทานยาถูกต้อง เฉลี่ย 3.31 คะแนน (S.D.=0.46, *P*<0.0001) การจัดการความเครียด เฉลี่ย 3.14 คะแนน (S.D.=0.57 , *P*<0.0001) การรับประทานอาหาร เฉลี่ย 3.13 คะแนน (S.D.=0.73, *P*<0.0001) การออกกำลังกาย เฉลี่ย 3.09 คะแนน (S.D.=0.65, *P*<0.0001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายด้านก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การรับประทานยาถูกต้อง	2.81	0.72	ปานกลาง	3.31	0.46	มาก	2.42–3.7	<0.0001
การจัดการความเครียด	2.13	0.72	ปานกลาง	3.14	0.57	มาก	2.01–3.4	<0.0001
การรับประทานอาหาร	2.78	0.71	ปานกลาง	3.13	0.73	มาก	2.74–3.8	<0.0001
การออกกำลังกาย	2.32	0.71	ปานกลาง	3.09	0.65	มาก	2.21–3.7	<0.0001
รวม	2.13	0.36	ปานกลาง	3.19	0.35	มาก	2.04–3.3	<0.0001

3. เปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) 25.05 Kg/m^2 (S.D.=3.77, *P*=0.03) ค่าเฉลี่ยของความดันขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 140.54 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=17.89, *P*<0.001) ค่าเฉลี่ยของความดันขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 89.26 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=10.68, *P*<0.001) มีค่าลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังเข่าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้านก่อนและหลังการทดลอง (n=100)

ผลการตรวจร่างกาย (General Survey) ของผู้ป่วย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ดัชนีมวลกาย (BMI)	29.40	4.77	25.05	3.77	22.42-30.17	0.03
ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว(SBP)	150.38	13.24	140.54	17.89	137.37-164.16	<0.001
ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (DBP)	94.72	2.94	89.26	10.68	82.04-99.22	<0.001

4. การเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายกลุ่มทดลอง (BMI) 25.05 Kg/m^2 (S.D.=3.77, *P*=0.03) และกลุ่มควบคุม 27.03 Kg/m^2 (S.D.=4.55, *P*=0.02), SBP=140.54 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=17.89, *P*<0.001) มีค่าลดลงจากกลุ่มควบคุม SBP=149.65 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=19.54, *P*<0.001) และ DBP=89.26 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=10.68, *P*<0.001) และกลุ่มควบคุม DBP=94.44 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=14.44, *P*<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=50)

ผลการตรวจร่างกาย (General Survey) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.05	3.77	27.03	4.55	23.02-31.55	0.02
ความดันขณะหัวใจบีบตัว (Systolic)	140.54	17.89	149.65	19.54	137.11-159.6	<0.001
ความดันขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic)	89.26	10.68	94.44	12.44	79.66-104.9	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง การจัดการความเครียด การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริลักษณ์ ช่วงมี[8] ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์และคณะ[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสุขภาพที่ดี

2. บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น

3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการการพยาบาลเชิงรุก เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ และรองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริการปฐมภูมิ พร้อมคณะผู้บริหารในการผลักดันให้เกิดการวิจัยเรื่องนี้ขึ้น ทีมงานที่ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และทีมวิจัยทุกท่านที่ร่วมมือร่วมใจกัน ในการจัดทำการศึกษาในครั้งให้ผ่านไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society) กรุงเทพฯ. หน้า 2 – 34
2. กลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ. 2564 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2565. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ปี 2565 รอบที่ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
4. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2566). ทะเบียนเวชระเบียนศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ .
5. วิชัย เอกพลากร และคณะ. 2564. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 188-194
6. Wells-Federman, C.L.(1996). Awakening the nurse healer within. Holistic Nursing Practice, 10(2), 13-29.
7. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2552). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์ ;
8. ศิริลักษณ์ ช่วงมี ศึกษา. 2566. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาล สทิงพระ อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566. 738 - 747
9. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์และคณะ. 2566. การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วม ของครอบครัว ในการจัดการระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดตรัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566. 237-254

การพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตา โรงพยาบาลขอนแก่น: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with retinal detachment who have undergone vitreous fluid surgery at Khon Kaen Hospital :Two case studies.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

เกษร ภูริกิจโกศล[1]
Kesorn Phurikitkoson[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตา กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตา กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตาเข้ารักษาในหอผู้ป่วยจักษุโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์แบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลัง ผ่าตัดวางแผนจำหน่ายและระยะจำหน่ายติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง

ผลการศึกษา: ผลการวินิจฉัยโรค Rhegmatogenous retinal detachment (RRD) right eye,branch retinal vein occlusion (Branch RVD) right eye, vitreous hemorrhage right eye (VHRE), senile cataract both eye (SC) เคยผ่าตัดต้อกระจก พบว่ามีภาวะจอตาข้างขวาหลุดลอกจากภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาอุดตันที่แขนงหลอดเลือดร่วมกับภาวะน้ำวุ้นตา เสื่อมและมีภาวะต้อกระจกตาทั้ง 2 ข้าง วันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 Set OR for Pare plana vitrectomy with fluid air exchange with Endolaser with 14% C_3F_8 เนื่องจากมีการหลุดลอกซ้ำ เข้ารับการรักษาวันที่รับการรักษา 2 พฤศจิกายน 2566- 17 พฤศจิกายน 2566 วันนอน 13 วันพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 12 ข้อ

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรูรั่วหรือรอยฉีกขาด

Abstract

This study was case study aimed to study and compare the nursing process of patients with retinal detachment who underwent vitreous fluid surgery. A case study of 2 patients who were admitted to the eye ward of Khon Kaen Hospital. To study and compare patients with retinal detachment who underwent vitreous fluid surgery. A case study of 2 patients who were specifically selected for retinal detachment patients who underwent vitreous fluid surgery and were admitted to the eye ward of Khon Kaen Hospital. Data were collected from medical history, treatment, medical records, interviews, and health assessments. Nursing diagnosis was determined using the concept of Gordon's 11 Health Assessment Models. Nursing action plans were developed according to nursing diagnosis. Summary and evaluation of nursing care divided into 3 phases: preoperative phase, postoperative phase, discharge planning and discharge phase, continuous patient follow-up.

Results of the study: the doctor diagnosed Rhegmatogenous retinal detachment (RRD RE) who had undergone cataract surgery. It was found that the right retina had detached from retinal vein occlusion at the retinal vein branch, along with vitreous degeneration and cataracts in both eyes. On November 11, 2023, set

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

OR for Pare plana vitrectomy with fluid air exchange with Endolaser with 14% C3F8 because of recurrent detachment. Admitted for treatment on November 2, 2023 - November 17, 2023, 13 days of stay.

keywords: nursing, retinal detachment with a hole or tear

บทนำ

โรคจอประสาทตาหลุดลอก (Retina Detachment) เป็นโรคที่ไม่พบบ่อยแต่เป็นปัญหาทางจักษุวิทยา ที่มีความสำคัญโรคนี้จัดเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องพบจักษุแพทย์ทันที เพราะถ้ารักษาไม่ทันอาจส่งผลให้ตาบอดถาวรได้[4] พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับจอประสาทตาที่พบได้บ่อย คือ จอประสาทตาหลุดลอกเป็นโรคที่เกิดจากการหลุดลอกของชั้นจอตาด้านใน โรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงอายุพบได้บ่อยในคนที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป [4]อุบัติการณ์จอประสาทตาหลุดลอกของประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 0.3 ของ ประชากรทั่วไป[5] ปัจจัยที่อาจส่งเสริมให้เกิดจอประสาทตาหลุดลอก ได้แก่ สายตาสั้นมาก การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์เทียม และภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นต้น

การรักษาจอตาลอกมีหลายวิธี ซึ่งมีหลักการที่สำคัญคือ การปิดรูฉีกขาดลดการดึงรั้ง ของน้ำวุ้นลูกตาและทำให้จอตาราบลงกลับไปแนบติดกับผนังลูกตา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลอกหลุดของจอตามากยิ่งขึ้น ในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดจอตาลอกที่ได้รับความนิยม ได้แก่ การใช้ความเย็นจี้ บริเวณที่มีการฉีกของจอตา (Cryopexy) เพื่อยึดจอตาที่ลอกกลับเข้าที่ การยิงเลเซอร์ (Photocoagulation) ไปยังจอตาที่มีการฉีกขาดหรือเป็นรู การผ่าตัดรัดลูกตาด้วยยาง (Scleral bucking) เป็นการผ่าตัดใส่วัสดุหรือยางเพื่อหนุนตาขาวให้ไปติดจอตาที่หลุดลอกหรือการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตาที่ดึงรั้งจอตาที่ฉีกขาดออก (Pars Plana Vitrectomy : PPV) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้ พบว่ามี ประสิทธิ ภาพสูงในการรักษา คือ การฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิโคนเข้าในลูกตา (Intravitreal substance injection) เป็นการอาศัยหลักการของวัสดุทดแทนน้ำวุ้นลูกตาที่ถูกตัดออกหลังจากการผ่าตัดจอตาด้วยแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคน เพื่อให้แก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนออยลอยขึ้นไปดันให้จอตาติดกลับที่เดิม แต่อย่างไรก็ตามผลของการมองเห็นหลังการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับขนาดของการฉีกขาดและระยะเวลา ของการลอกหลุด รวมถึงความร่วมมือของผู้ป่วยของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและต่อเนื่องหลังการผ่าตัด ถือว่าเป็นช่วงเวลาวิกฤติซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่เหมาะสมได้หลังออกจากโรงพยาบาล ก็จะทำให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและมีการมองเห็นได้เร็วขึ้น แต่หากไม่ได้รับการดูแลที่ดีหรือเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ก็อาจทำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนนำไปสู่การมองเห็นที่ลดลงหรือไม่สามารถมองเห็นได้ ดังนั้น การวางแผนการพยาบาลที่ดีและเฉพาะกับปัญหาของผู้ป่วยแบบเฉพาะรายเพื่อดูแลผู้ป่วยทันทีหลังผ่าตัด และการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลดวงตาของผู้ป่วยด้วยตนเองให้ได้ก่อนออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก[2]

จากสถิติย้อนหลังปี 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจำนวน 17, 12 และ 13 รายตามลำดับ[1] ผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายหลังการผ่าตัดจำเป็นต้องคว่ำหน้าหรือตะแคง ขณะอยู่ในท่านอน นั่งหรือยืน แล้วแต่ตำแหน่งที่มีรูฉีกขาด หรือลอกหลุดของจอประสาทตาเพื่อให้แก๊ส C3F8 หรือ Silicone Oil ที่ฉีดเข้าไปในวุ้นตา กดลงตรงตำแหน่งที่ต้องการซึ่งจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด หลังจากนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องนอน นั่งหรือยืนท่าคว่ำหน้าอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอีกประมาณ 2 สัปดาห์ - 2 เดือน ตามชนิดของสารที่ใช้หากผู้ป่วยไม่สามารถนอน/นั่ง หรืออยู่ในท่าคว่ำหน้าตามแผนการรักษาของแพทย์ อาจ

นำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากการที่แก๊ส C3F8 หรือ Silicone Oil ลอยไปกดตำแหน่งที่ไม่ใช่เป้าหมายเช่น กระจกตา เลนส์แก้วตาและมุมม่านตา นอกจากนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยจักษุอย่างน้อย1-2สัปดาห์ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยในปัจจุบันคือเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด พยาบาลจัดหาเตียงที่สามารถปรับระดับให้ผู้ป่วยนอนเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนท่าได้ตามความเหมาะสม มีหมอนที่ใช้สำหรับนอนคว่ำหน้า 2 แบบ มีการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคว่ำหน้าตามแผนการรักษาได้อย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในแง่ที่จะส่งเสริมทำให้การรักษาประสบความสำเร็จและไม่เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะเรื่องการอยู่ในท่าก้มหน้าภายหลังได้รับการฉีดแก๊สเข้าไปน้ำวุ้นตาการอยู่ในท่าก้มหน้าหลังการรักษาด้วยวิธีการฉีดแก๊สเข้าไปน้ำวุ้นตาในผู้ป่วยที่มีจอประสาทตาลอกและจุดรับภาพชัดเป็นรูเป็นสิ่งที่สำคัญ การอยู่ในท่าก้มหน้าเป็นการทำให้แก๊สที่ฉีดเข้าไปลอยขึ้นไปกดจอประสาทตาที่หลุดลอกออกมาให้ติดกลับดังเดิมหรือไปปิดรูรั่วบริเวณจุดรับภาพชัดทำให้ของเหลวไม่สามารถซึมผ่านลงไปได้ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในท่าก้มหน้าได้ ได้แก่ ต้อกระจก ความดันลูกตาสูง และจอประสาทตาลอกซ้ำ การพยาบาลผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอก หากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังจำหน่ายและไม่มีความเข้าใจแผนการพยาบาลตามคำแนะนำ จะทำให้จอตาไม่ติดกลับหรือเกิดจอประสาทตาหลุดลอกซ้ำ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรูรั่วหรือรอยฉีกขาด การประเมินภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะก่อน ขณะ หลังผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน[8]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตา: กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการ

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการใช้การพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตากรณีศึกษา 2 ราย ซึ่งมารับบริการที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยประเมินปัญหาตามความต้องการตามแบบประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน และติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ให้การพยาบาลครอบคลุมระยะการพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะวิกฤติ การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดและติดตามดูแลต่อเนื่อง ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1ระหว่างวันที 17 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 26 เมษายน 2566 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่1) ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1) ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นโรคจอประสาทตาลอกเหมือนกัน ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำวุ้นตาเสื่อมร่วมกับมีการอุดตันของผนังเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาทำให้มีเลือดออกในวุ้น ลูกตา จากการฉีกขาดของหลอดเลือดใหญ่ และมีการหลุดลอกของน้าวุ้นลูกตา รอบขั้ว ประสาทตาและบริเวณขอบของจอตาลักษณะ posterior vitreous detachment ทำให้จอตา ส่วนนั้นบางลงและเกิดรูฉีกขาด (Rhegmatogenous retinal detachment : RRD) ทาให้เกิดจอตาหลุดลอกสอดคล้องกับ ทฤษฎีในกรณีศึกษารายที่ 1ผู้ป่วยสูงอายุ น้ำวุ้นตาเสื่อม อายุที่เพิ่มขึ้นทำ ให้เกิดการหดตัวและลอกออกของจอตา (Posterior vitreous detachment: PVD) จึงเกิดแรงดึงรั้งจนทำ ให้เกิดการลุดลอก ทำให้น้ำวุ้นลูกตาบางส่วนที่เสื่อม แทรกเข้าไปตามรอยฉีกขาด ทาให้จอตาลอก กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจอประสาทตาเหมือนกัน แต่วิธีการชนิดการผ่าตัดแตกต่างกันตามพยาธิสภาพที่เป็น ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีตำแหน่งรูรั่วหลายจุดทำการผ่าตัด น้ำวุ้นตาร่วมกับการตัดเยื่อพังผืดที่ดึงรั้งจอประสาทตาและยิงเลเซอร์ และผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมตาซ้าย ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ตาข้างขวา ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตายิงเลเซอร์ล้อมรูที่ฉีกขาด ผ่าตัดฉีดแก๊สเข้าในลูกตา และผ่าตัดต้อ กระจกด้วยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง หรืออัลตราซาวน์เอาเลนส์ออก แล้วใส่เลนส์ แก้วตาเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย โดยการประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดังนี้

ตาราง 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับก่อนผ่าตัด	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา การผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจากการมองเห็นลดลง 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงผิดปกติจากโรคประจำตัวเบาหวาน	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา การผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจากการมองเห็นลดลง 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงผิดปกติจากโรคประจำตัวเบาหวาน 4. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
ระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง	4.ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5.ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการนอนคว่ำหน้า 6ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในลูกตาเนื่องจากมีแผลผ่าตัดเปิดเข้าไปภายในลูกตาส่วนหลัง 7. ผู้ป่วยมีโอการเกิดภาวะความดันในลูกตาสูงหลังผ่าตัด	5. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 6. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการนอนคว่ำหน้า 7. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในลูกตาเนื่องจากมีแผลผ่าตัดเปิดเข้าไปภายในลูกตาส่วนหลัง 8. ผู้ป่วยมีโอการเกิดภาวะคามดันในลูกตาสูงหลังผ่าตัด

ระยะการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	8. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการมองเห็น และการจำกัดท่าในการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 9. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการไม่ติดของจอตาหรือจอตาหลุดลอกซ้ำหลังผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 10. ผู้ป่วย และครอบครัว พร่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เมื่อกลับบ้าน	9. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการมองเห็น และการจำกัดท่าในการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 10. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการไม่ติดของจอตาหรือจอตาหลุดลอกซ้ำหลังผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 11. ผู้ป่วย และครอบครัว พร่องความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เมื่อกลับบ้าน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะคือ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะวิกฤติ การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด โรคจอประสาทตาหลุดลอก หลังการผ่าตัดการรักษาจะดีขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่นความรุนแรง ระยะเวลาที่เป็น ยิ่งถ้าหลุดลอกมานานโอกาสผ่าตัดสำเร็จจะยิ่งน้อยและยังขึ้นอยู่กับปัญหาหลุดลอกลุกลามมาที่จอรับภาพกลางจอตาหรือไม่ โดยทั่วไปโอกาสที่ผ่าตัดแล้วจะประสบผลสำเร็จ มีถึง 90-95% อีกทั้งปัจจัยอื่นเช่น การมีกำลังใจในการกลับไปปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงพยาบาลผู้ดูแล ที่ต้องส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แนะนำผู้ป่วยเรื่อง การกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่บ้าน พร้อมจัดเตรียมอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ในการให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยรายนี้ต้องได้รับคำแนะนำให้มาตรวจตามนัดเป็นระยะเพื่อเฝ้าติดตามอาการ ในตาข้างซ้ายซึ่ง เพื่อผู้ป่วยจะได้มีคุณภาพที่ดีในการมองเห็นทั้ง 2 ตา จากกรณีศึกษานี้พบว่า การเป็นโรคจอประสาทตาหลุดลอก มาจากโรคเบาหวานอาจมีปัจจัยส่งเสริม ประเด็นสำคัญต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างรวดเร็วและทันท่วงที ถ้าหากไม่ได้รับการรักษา ทันเวลาผู้ป่วยอาจสูญเสียสายตาถึงขั้นตาบอดได้ สำหรับผู้ป่วยการณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ยิ่งมีความสำคัญมากหากต้องสูญเสีย สายตาจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรายนี้อย่างมาก

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 (24/4/66) วันที่รับการรักษา17 เมษายน 2566 - 26 เมษายน 2566 วันนอน9 วันพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ 10 ข้อ บรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 10 ข้อ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่รับการรักษา 2 พฤศจิกายน 2566- 17 พฤศจิกายน 2566 วันนอน 15 วันพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ 11 ข้อ บรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 11 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะคือ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะวิกฤติ การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจอประสาทตาเหมือนกัน แต่วิธีการชนิดการผ่าตัดแตกต่างกันตามพยาธิสภาพที่เป็นแต่ละราย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 64 ปี อาชีพ ผู้พิการทางขา ไม่ได้ทำงาน มาด้วยอาการตามัวมาก ตาซ้ายมองคลื่นสีดำลอย ไปมา และเห็นแสงฟ้าแลบ และมีอาการมากขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล 3 สัปดาห์ ผลการวินิจฉัยโรค Tractional Retinal Detachment left Eye, Senile Cataract Both

Eye, PDR Both Eye, และ Diabetes Mellitus ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ตามัวมาก ตาซ้ายมองคลื่นสีดำลอย ไปมา และเห็นแสงฟ้าแลบ และมีอาการมากขึ้นชีวิตประจำวัน จึงไปพบแพทย์ และนัดมาผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาปฏิเสธการแพ้ยาอาหาร หรือสารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเบาหวาน 7 ปี รักษาโดยการรับประทานยาปรับยา 3 ครั้งปัจจุบันรับประทานวันละครั้งก่อนอาหารเช้า ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์พอใจและตรวจติดตามอาการทุก 3 เดือนและรับการตรวจประเมิน เบาหวานขึ้นจอตาทุกปี ผลปกติประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยาอาหาร หรือสารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด การตรวจตาตามัว 2 ข้าง ข้างซ้ายมัวมากกว่าข้างขวา ผลการตรวจความดันในลูกตา Right eye 16.1 Left eye 21.1 VA (ความสามารถในการมองเห็น)แรกรับ Hand movement Lens (แก้วตา) 2+ Anterior chamber (ช่องม่านตา) Deep Anterior chamber (ช่องม่านตา) Deep Conjunctiva (เยื่อบุตาขาว) normal Pupil (รูม่านตา) ปกติ Fundus camera (ถ่ายรูปจอประสาทตา) พบ TRD Ultrasound orbit จอประสาทตาหลุดลอกมีการดึงรั้ง ระดับภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (DR) PDR วันที่รับการรักษา17 เมษายน 2566 - 26 เมษายน 2566 วันนอน9 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 73 ปี มาโรงพยาบาล ตาข้างขวาพร่ามัวมากขึ้นกว่าเดิม มองเห็นจุดสีดาลอยไปมา และเห็นแสงฟ้าแลบ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วันแพทย์ผลการวินิจฉัยโรค Rhegmatogenous retinal detachment (RRD RE) ผ่าตัด Pars Plana Vitrectomy with Membrane peeling with Fluid Gas Exchange with Endo laser with Silicone Oil) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันมีอาการตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้าง มาประมาณ 1 ปี 3 สัปดาห์ก่อนมา มองเห็นจุดสีดำลอยไปมาและเห็นแสงฟ้าแลบ3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตาขวา มัวมากขึ้นกว่าเดิมจึงมาพบจักษุแพทย์ที่ แพทย์ตรวจพบว่ามีภาวะจอตา ข้างขวาหลุดลอกจากภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาอุดตันที่แขนงหลอดเลือดร่วมกับภาวะน้าวุ้นตา เสื่อมและมีภาวะต้อกระจกตาทั้ง 2 ข้าง แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาล เพื่อผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นเบาหวานมา 10 ปี รักษาโดยการรับประทานยาและเริ่มควบคุมน้ำตาลไม่ค่อยดีเท่าที่ควร แพทย์ปรับเพิ่มยาฉีดอินซูลินตั้งแต่ตุลาคม 2563 ในช่วงระยะแรกยังคุมระดับน้าตาลได้ไม่ดี แพทย์ได้ ปรับยาฉีด 3 ครั้งปัจจุบันฉีดยาอินซูลินเป็น 45 ยูนิต วันละครั้งก่อนอาหารเช้า ระดับน้ำตาลอยู่ใน เกณฑ์ที่แพทย์พอใจและตรวจติดตามอาการทุก 3 เดือนและรับการตรวจประเมิน เบาหวานขึ้นจอตาทุกปีผลปกติประวัติการแพ้ยาปฏิเสธการแพ้ยาอาหาร หรือสารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ผลการตรวจความดันในลูกตา ตาเท่ากัน 2 ข้าง ตาไม่แดง ไม่มีขี้ตา ผลการตรวจความดันในลูกตา Right eye -14.1 Left eye 18 ความสามารถในการมองเห็น แรกรับ Hand movement ช่องม่านตา Deep/พบ cell 3+ แก้วตา 2+ ช่องม่านตา Deep/พบ cell 3+ ถ่ายรูปจอประสาทตา พบ TRD Ultrasound orbit จอประสาทตาหลุดลอกมีการดึงรั้ง ระดับภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (DR) PDR วันที่ 11พฤศจิกายน Set OR for Pare plana vitrectomy with fluid air exchange with Endolaser with 14% C_3F_8 ซ้ำเนื่องจากมีการหลุดลอกซ้ำ เข้ารับการรักษาวันที่รับการรักษา 2 พฤศจิกายน 2566- 17 พฤศจิกายน 2566 วันนอน 13 วัน จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 ราย พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมดมี 12 ข้อ ทั้ง 2 ราย และนำสู่การวางแผนจำหน่าย D-METHOD ดังนี้D-Disease/ Diagnosis: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดที่มีรูฉีกขาด สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การ

รักษาที่ได้รับM-Medicine: แนะนำการใช้ยาที่ได้รับ สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียง ยาที่ได้รับกลับบ้าน ได้แก่-1% Predford หยอดตาทุก 2 ชั่วโมงถึงก่อนนอน-Poly-oph หยอดตาวันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน-Maxitrol ointment ป้ายตาก่อนนอน-Paracetamol (500)รับประทาน 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมง-Diamox (250)รับประทาน 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง-0.5% Trimolol หยอดตา วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น-Brimonidine หยอดตา วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็นE-Environment: แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด เป็นระเบียบ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุT-Treatment: การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น ปวดตา เคืองตา ตาแดง มีขี้ตา น้ำตาไหล มีไข้สูงH-Health: การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การนั่งก้มหน้าหรือนอนคว่ำศีรษะแนบกับพื้นให้ได้มากที่สุด พยายามเงยหน้าให้น้อยที่สุด -ห้ามล้างหน้า 1 เดือน ให้เช็ดหน้าด้วยผ้าชุบน้ำบิดหมาด ๆ เช็ดหน้า การอาบน้ำต้องตักอาบตั้งแต่ไหล่ลงมา การสระผมควรนอนหงายให้ผู้อื่นสระให้ ห้ามให้น้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด-ก่อนเช็ดทำความสะอาดตาและหยอดตาล้างมือด้วยสบู่และเช็ดมือให้แห้งทุกครั้ง แนะนำวิธีการเช็ดทำความสะอาดตาและวิธีหยอดตาที่ถูกต้อง ห้ามขยี้ตาหรือจับต้องบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด O-Out patient: การมาตรวจตามนัด โดยนัดติดตามอาการหลังออกจากโรงพยาบาล 2สัปดาห์ที่ห้องตรวจตาโรงพยาบาลมหาสารคามD-Diet:แนะนำให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ ให้ครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย[6,7,8]

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาทั้ง 2 รายพบปัจจัยสำคัญ ในการให้การพยาบาลได้ผลดี ดังต่อไปนี้

1.การจัดท่านอนหลังผ่าตัดให้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นๆเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการช่วยให้การผ่าตัดได้ผลดี โดยผู้ดูแลต้องทราบตำแหน่งพยาธิสภาพรอยฉีกขาดอยู่ตำแหน่งใด

2.การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดท่านอนให้เหมาะสมเช่นหมอนนอนคว่ำรูปตัวยูโต๊ะค่อมเตียงสำหรับคว่ำหน้า หมอนหนุนช่วย Support คอ รวมถึงสถานที่และสิ่งแวดล้อม

3.การเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากต้องใช้ความรู้ความเข้าใจและความอดทนสูง ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง

เอกสารอ้างอิง

1.งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น : (เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2567)

2. ทรงศรี รำพึงสุข. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัด: กรณีศึกษา 2 รวารสารวิชาการโรงพยาบาลระยอง,20(37), 13-33.

3. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาลอก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 12(2), 189-201.

4. พิมพ์ลดา ชลสวัสดิ์. (2563). การดูแลผู้ป่วยจอตาลอกหลังได้รับการผ่าตัดชนิดฉีดแก๊สในลูกตาโดยการใช้ Control chart หรือการวิเคราะห์และปรับปรุงการดูแลโดยใช้ข้อมูลหน่วยงาน. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 5(3), 56-60.

5. วสินี ทองอินค าและบรรพศิริ ชัยลีย์. (2563).คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดจอตาร่วมกับการฉีดแก๊สหรือน้ ามันซิลิโคนเข้าลูกตา. กรุงเทพฯ:ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

6. สมใจ แสงสร้อย.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารส้านักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น,1(2),197-207
7. สุภาวดี ดวงลูกแก้ว. (2563).การพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดโดยวิธีการผ่าตัดน้ำวุ้นตา ผ่าตัดหนุนจอประสาทตา ฉีดน้ำมันซิลิโคนเหลวและการใช้แสงเลเซอร์:กรณีศึกษา.ชัยภูมิเวชสาร,40(2), 100-114.
8. อัจฉรา แก้วน้ำเชื้อ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา,6(4), 177-180.

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

Development of health care models for pregnancy patient for receiving service in Waengnoi Hospital Khon Kaen Province

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

นงเยาว์ คำปัญญา[1], จริยา โคตนาคำ[1]
Nongyao Khampanya[1], Jariya Khotnakham[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 -พฤษภาคม ปี 2566 รวมระยะเวลา 13 เดือน กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ห้องคลอดโรงพยาบาลแวงน้อย 5 คน และ สหวิชาชีพ 9 คน และ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด จำนวน 54 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินทักษะ แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก และ แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรห้องคลอดโรงพยาบาล อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 40.00 ประสบการณ์ในห้องคลอดมากมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 80.00 หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงคือ Hct <33 vol % ร้อยละ 14.14 และ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 13.13 ภายหลังการพัฒนาทักษะการดูแลหญิงตังครรภ์เพิ่มสูงขึ้นจาก 3.83 คะแนน เป็น 4.82 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.16) โดยสรุปควรใช้การพัฒนาทักษะและการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพและการดูแลในชุมชนจึงประสบผลสำเร็จได้

คำสำคัญ: การดูแลหญิงตั้งครรภ์, การพัฒนารูปแบบ, การพัฒนางานห้องคลอด

Abstract

This research is action research aim to developing and implement of health care model for pregnancy women who come to receive services in delivery room at Wangnoi Hospital, Khon Kaen Province. Study was during in May 2022 - May 2023 total of 13 months. Sample group consisted 5 nurse in delivery room and 9 interdisciplinary professionals, and 54 pregnant to receive delivery services. Research tools included skills assessment form, clinical data collection form, and qualitative interview form. Analyzed using descriptive statistics and before-and-after comparisons by paired t-test.

Results found that personnel Age 31-40 years old (40.00%), more than 10 years of experience in the delivery room (80.00%), pregnant women at risk were Hct <33 vol% (14.14%), and mothers under 20 years old (13.13%). After the development of skills in caring for pregnant women, the score increased from 3.83 to 4.82. The paired t-test showed a statistically significant increase at the .05 level (t = 6.16). In conclusion, the development of skills and collaboration with a multidisciplinary team and community care should be successful.

Keywords: Maternity care, health care model development, delivery room service.

บทนำ

ภาวะตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงนับว่าเป็นปัญหาทั่วโลก จากรายงานขององค์กรอนามัยโลกพบว่า มีมารดาเสียชีวิตทั่วโลก จำนวน 211 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน จากการคลอด ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในแถบประเทศไทย มีการตายของมารดาจากการคลอด เฉลี่ยอยู่ที่ 115 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน[1] ภาวะการณ์ตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

มีประมาณ ร้อยละ 20 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การพิการ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต สำหรับประเทศไทยมีอัตราตายของมารดาจากการคลอด ในปี 2564-2566 เท่ากับ 39.01, 30.94 และ 30.05 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน[2] ตามลำดับ และยังคงมีแนวโน้มสูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในประเทศไทยพบว่ามารดาที่เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอดแบบบูรณาการจะช่วยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด หากทำอย่างถูกต้องจะช่วยแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการเสียชีวิตของมารดาและทารก และช่วยในการดูแลกลุ่มการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอดเป็นการดำเนินงานที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน โดยใช้ความสามารถหลากหลายด้าน[3] การคลอดก่อนกำหนดควรเลือกใช้วิธีการปฏิบัติใดให้เหมาะสมประสบการณ์และบริบทของห้องคลอด การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และทฤษฎีจะช่วยให้เกิดความปลอดภัย การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบจะช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ และให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพแก่มารดาและทารกได้อย่างเหมาะสม มีทิศทางการดูแลไปในแนวเดียวกันให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้ใช้บริการ การพัฒนาระบบบริการทางคลินิกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยืดระยะเวลาการ ตั้งครรภ์ และลดการคลอดก่อนกำหนดได้ งานห้องคลอดในโรงพยาบาลต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ พบปัญหาขาดการติดตามเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแลและญาติที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงานที่ต้องได้รับการแก้ไข[4]

โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีการให้บริการงานห้องคลอด ในชุมชนอำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น และดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในด้านนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย แต่เนื่องจากอัตราการคลอดในโรงพยาบาลแวงน้อยมีจำนวนผู้มารับบริการน้อยลง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นเพราะไม่มีสูติแพทย์และยังคงขาดแคลนเครื่องมือที่จำเป็นในการทำคลอดที่เสี่ยงและไม่ทำคลอดในรายที่ผิดปกติ ทำให้อัตรากำลังในการปฏิบัติงานที่ห้องคลอด ลดน้อยลง และต้องหมุนเวียนไปประจำตามจุดต่างๆ ในโรงพยาบาลแวงน้อย ทำให้บุคลากรขาดความเชี่ยวชาญ และมีผู้ประจำในห้องคลอดน้อยทำให้มีปัญหา การดูแลแผลฝีเย็บแยก ทารกรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัม มารดาคลอดแล้วมีรกค้าง มีการติดเชื้อที่สะดือทารก รวมถึงการไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร[5] จึงมีความจำเป็นต้องเร่งแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามระยะ และการบริการห้องคลอดทางคลินิกในมารดาและทารก โดยพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบบูรณาการร่วมกับวิชาชีพต่างๆ ร่วมกับการดูแลในชุมชนให้สามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการการงานห้องคลอดให้กับโรงพยาบาลอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 13 เดือน ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 – พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ทีมสหวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพงานฝากครรภ์ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 6 คน และ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด จำนวน 77 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพงานฝากครรภ์ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 คน โดยใน 1 เดือนแรกเป็นระยะในการศึกษาบริบท เดือนที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เดือนที่ 3-13 จะทำการวัดประเมินผล และปรับปรุงกิจกรรมและถอดบทเรียนทุก 1 เดือน จนได้รูปแบบที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด จำนวน 54 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้มาคลอดในโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2565- พฤษภาคม 2566 โดยเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการศึกษาบริบทและการพัฒนารูปแบบ แบบคำถามปลายเปิด กระบวนการเชิงคุณภาพ การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การกำหนดมาตรการ กำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการแนวทางห้องคลอด ให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนางานบริการห้องคลอด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล และ แบบสัมภาษณ์

2.1) แบบประเมินทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด จำนวน 10 ข้อ ประเมินความทักษะโดยผู้เชี่ยวชาญ เริ่มตั้งแต่ 1 (ต้องปรับปรุง) ถึง 5 (ดีมาก)

2.2) แบบเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อายุครรภ์ ประวัติความเสี่ยงประกอบด้วย ประวัติผ่าตัดคลอดบุตร ประวัติเคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ประวัติเคยคลอดอายุครรภ์ ประวัติความดันโลหิตสูง ประวัติครรภ์เป็นพิษ ประวัติการแท้ง ประวัติทารกตายในครรภ์ ประวัติทารกเสียชีวิตแรกเกิด ประวัติการรักษาในปัจจุบัน ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกาย อายุครรภ์ (EDC) ระดับความดันโลหิต ประวัติการสูบบุหรี่ การใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิต โลหิตจาง ไทรอยด์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม R-studio คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อายุครรภ์ ประวัติความเสี่ยง ประวัติการรักษาในปัจจุบัน ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบความรู้ก่อนหลังพัฒนาโดยใช้สถิติ t - test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง ปัญหาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีการให้บริการงานห้องคลอด ในชุมชนอำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น และดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในด้านนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย แต่เนื่องจากอัตราการคลอดในโรงพยาบาลแวงน้อยมีจำนวนผู้มารับบริการน้อยลง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นเพราะไม่มีสูติแพทย์และยังคงขาดแคลนเครื่องมือที่จำเป็นในการทำคลอดที่เสี่ยงและไม่เป็นการคลอดผิดปกติ ทำให้อัตรากำลังในการปฏิบัติงานที่ห้องคลอด ลดน้อยลง และต้องหมุนเวียนไปประจำตามจุดต่างๆในโรงพยาบาลแวงน้อย ทำให้บุคลากรขาดความเชี่ยวชาญ และมีผู้ประจำในห้องคลอดน้อยทำให้มีปัญหา การดูแลแผลฝีเย็บแยก ทารกรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัม มารดาคลอดแล้วมีรกค้าง มีการติดเชื้อที่สะดือทารก รวมถึงการไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร บุคลากรห้องคลอดโรงพยาบาลแวงน้อย จำนวน 5 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด 5 คน ร้อยละ 100.00 อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปีและ 41-50 ปี จำนวน 2 คน เท่ากัน ร้อยละ 40.00 และ อายุ 51-60 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 20.00 (Mean ± SD=34.43 ± 6.24)ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยห้องคลอด ส่วนมากมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน ร้อยละ 80.00 และ 6-10 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ (Mean ± SD=7.34 ± 2.21 ปี)

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย กระบวนการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ดังนี้ 1) จัดทำแนวทางการดูแลและการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ามาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลการดูแลเป็นพิเศษขณะตั้งครรภ์และลดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) ส่งบุคลากรเข้าอบรมในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพที่รับหญิงตั้งครรภ์คลอดได้มากกว่า 3) สร้างตารางการโทรติดตามนอกเวลาสำหรับการติดตามพยาบาลห้องคลอดเมื่อเกิดปัญหา หรือมีคลอดพร้อมกัน ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปให้ครอบคลุมต่อการดูแลผู้ป่วย 4) การดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่โดยการจัดตั้งกลุ่มไลน์ในการดูแลเพื่อสื่อสารสองทางมีแพทย์และพยาบาลอยู่ในกลุ่มคอยให้คำแนะนำคำปรึกษา 5) การสร้างทีมหมอครอบครัวเพื่อให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด 6) การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของมารดาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

3. ผลของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

3.1 ผลการดำเนินงานจากการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ

ในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 99 คน พบว่า ส่วนมากคลอดได้เองภายในห้องคลอดโรงพยาบาลแวงน้อย (NL) จำนวน 75 คน ร้อยละ 75.76 ความเสี่ยงที่พบคือ พบมารดา Hct <33 vol % จำนวน 14 คน ร้อยละ 14.14 และ มารดาคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 13.13 ตามลำดับ หลังพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 77 คน พบว่า คลอดได้ในโรงพยาบาลแวงน้อย จำนวน 54 คน ร้อยละ 70.13 ความเสี่ยงที่พบคือ พบมารดา Hct <33 vol % จำนวน 17 คน ร้อยละ 22.08 และ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี คลอด จำนวน 8 คน ร้อยละ 10.39 ตามลำดับ

3.2 ผลการถอดบทเรียน เดือนที่ 1 โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน การกำหนดแนวทางและวางมาตรการร่วมกับฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนระบบงานและขั้นตอนปฏิบัติของหน่วยงานที่รับผิดชอบ การทำงานในรูปแบบทีมจะช่วยในการแก้ไขปัญหาต่างๆในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้ดี การกำหนดบทบาทร่วมกัน การประสานกันในทางตรง และทางอ้อม พยายามปรับการดำเนินการตามนโยบายใหม่ ข้อกฎหมาย และนโยบายที่ทางผู้วิจัยกำหนด มีนโยบายมาใหม่เสมอ ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัวพอสมควร แต่ยังขาดความเป็นเจ้าของ ตามนโยบายการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และปฏิบัติงานเมื่อนงานประจำตามคุ้นชิ้นบ้าง เดือนที่ 2-4 การดำเนินการตามมาตรการมาประยุกต์ร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น จึงได้ปรับให้มีการอบรม เดือนละ 1 ครั้ง ตามกระทรวงสาธารณสุขของการดำเนินงานห้องคลอดคุณภาพ เดือนที่ 5-8 การดำเนินการดำเนินการนโยบายตามแนว ยังคงพบปัญหาการใช้แนวทาง ยังพบปัญหาการประสานงานระหว่างสายงานสหวิชาชีพอื่น จึงได้ทำการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการประเมินผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมด้วย ได้ผลลัพธ์น่าพึงพอใจ เดือนที่ 9-12 จากการประเมินพบว่า การลดความผิดพลาดจากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง บุคลากรควรได้รับการอบรมฝึกทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งการมีแนวทางเป็นปัจจุบันทันสมัยตามมาตรฐานจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญทำให้งานสำเร็จ

3.3 ผลการพัฒนาทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด ก่อนพัฒนารูปแบบรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด พบว่า ทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด ส่วนมาก มีทักษะการจัดการกับภาวะเสี่ยงต่างๆในหญิงตั้งครรภ์เบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง เฉลี่ย 4.62 คะแนน (SD=0.62) รองลงมาคือทักษะการรายงานแพทย์เวรได้ถูกต้องเมื่อพบความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ทักษะการติดต่อประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และทักษะการเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ คะแนนเฉลี่ย 4.44 คะแนน (SD=0.86) และ ทักษะการส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่พักหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างถูกต้อง คะแนนเฉลี่ย 4.33 คะแนน (SD=0.41) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด พบว่า ทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอดส่วนมากมีทักษะการรายงานแพทย์เวรได้ถูกต้องเมื่อพบความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ทักษะการจัดการกับภาวะเสี่ยงต่างๆในหญิงตั้งครรภ์เบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ทักษะการติดต่อประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถาม คะแนนเฉลี่ย 4.84 คะแนน (SD=0.91) เท่ากัน รองลงมา ทักษะด้านความถูกต้องในการประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ทักษะการรักษาพยาบาลมารดาและทารกได้อย่างปลอดภัย ทักษะการอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์และญาติเข้าใจได้ดี ทักษะการวางแผน

จำหน่ายได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน คะแนนเฉลี่ย 4.80 คะแนน (SD=0.83) เท่ากัน และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่พัก หรือ โรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างถูกต้อง คะแนนเฉลี่ย 4.60คะแนน (SD=0.43)

ผลการพัฒนาทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา มีค่า 3.83 คะแนน (SD = 1.42) คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบ ได้คะแนนเฉลี่ย 4.82 คะแนน (SD = 1.48) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.16) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ในเจ้าหน้าที่ห้องคลอดโรงพยาบาลแวงน้อย

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	3.83	1.42	6.16	<.001*
หลังพัฒนา	4.82	1.48		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ แนวทาง ปัญหาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีการให้บริการงานห้องคลอด ในชุมชนอำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น และดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในด้านนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย แต่เนื่องจากอัตราการคลอดในโรงพยาบาลแวงน้อยมีจำนวนผู้มารับบริการน้อยลง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นเพราะไม่มีสูติแพทย์และยังคงขาดแคลนเครื่องมือที่จำเป็นในการทำคลอดที่เสี่ยงและไม่ทำคลอดในรายที่ผิดปกติ ทำให้อัตรากำลังในการปฏิบัติงานที่ห้องคลอด ลดน้อยลง และต้องหมุนเวียนไปประจำตามจุดต่างๆ ในโรงพยาบาลแวงน้อย ทำให้บุคลากรขาดความเชี่ยวชาญ และมีผู้ประจำในห้องคลอดน้อยทำให้มีปัญหา การดูแลแผลฝีเย็บแยก ทารกรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัม มารดาคลอดแล้วมีรกค้าง มีการติดเชื้อที่สะดือทารก รวมถึงการไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร บุคลากรห้องคลอดส่วนมาก เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยห้องคลอดมากกว่า 10 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับ สรภัญ ส่งเสริมพงษ์ และคณะ[6]

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย กระบวนการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ดังนี้ 1) จัดทำแนวทางการดูแลและการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ามาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลการดูแลเป็นพิเศษขณะตั้งครรภ์และลดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) ส่งบุคลากรเข้าอบรมในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพที่รับหญิงตั้งครรภ์คลอดได้มากกว่า 3) สร้างตารางการโทรติดตามนอกเวลาสำหรับการติดตามพยาบาลห้องคลอดเมื่อเกิดปัญหา หรือมีคลอดพร้อมกัน ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปให้ครอบคลุมต่อการดูแลผู้ป่วย 4) การดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่โดยการจัดตั้งกลุ่มไลน์ในการดูแลเพื่อสื่อสารสองทางมีแพทย์และพยาบาลอยู่ในกลุ่มคอยให้คำแนะนำคำปรึกษา 5) การสร้างทีมหมอครอบครัวเพื่อให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด 6) การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของมารดาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

สอดคล้องกับ พรรณี เลิศเจริญยงศ์[7] และสอดคล้องกับ อรกัญญา ฟังสูงเนิน และคณะ[8]

3. ผลของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด ส่วนมากคลอดได้ในโรงพยาบาลแวงน้อย ความเสี่ยงที่พบคือ พบมารดา Hct <33 vol % และ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี, คลอดอายุครรภ์น้อยกว่า 20 ปี การลดความผิดพลาดจากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง บุคลากรควรได้รับการอบรมฝึกทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งการมีแนวทางเป็นปัจจุบันทันสมัยตามมาตรฐานจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญทำให้งานสำเร็จ การพัฒนาทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด ทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด ส่วนมากมีทักษะการรายงานแพทย์เวรได้ถูกต้องเมื่อพบความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ทักษะการจัดการกับภาวะเสี่ยงต่างๆในหญิงตั้งครรภ์เบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ทักษะการติดต่อประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถาม เพิ่มมากขึ้น ผลการพัฒนาทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอดพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ พรจิต จันโทภาส และคณะ[9]

ข้อเสนอแนะ

1. ส่วนกลางและจังหวัด ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในห้องคลอด และพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์และห้องคลอดคุณภาพให้ทันสมัยอยู่เสมอ

2. ส่วนกลางและจังหวัดควรให้ความสำคัญในการเข้าถึงบริการการในห้องตลอด การประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ และสนับสนุนบริการให้มีความปลอดภัยในทุกระดับ

3.จังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ ควรส่งเสริมการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการถอดบทเรียนรายพื้นที่

4. การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

5. การส่งเสริมทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ปฏิบัติงาน สร้างความปลอดภัย ลดอัตราตาย และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกเป็นสำคัญ

6. การเตรียมความพร้อมและอบรมให้ความรู้บุคลากรในการรับมือในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด และควรเพิ่มทักษะการส่งต่อ การวางแผนจำหน่าย ควบคู่กันไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแวงน้อยและบุคลากรในโรงพยาบาลแวงน้อยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแวงน้อย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2006 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2022.

2.Janz MK, Becker MH, Hartman PE. Contingency contracting to enhance patient compliance: a review. Patient Educ Couns 1984;5(4):165-78.

3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุขประจำ ปี 2567. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
4. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำ ปี งบประมาณ 2564.
5. รายงานสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลแวงน้อย. กลุ่มการพยาบาล. โรงพยาบาลแวงน้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2566.
6. สรภัญ ส่งเสริมพงษ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 32(1): 125-137.
7. พรรณี เลิศเจริญยงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลปากคาด อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ. งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปากคาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดบึงกาฬ. 2567
8. อรกัญญา ฟังสูงเนิน และคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ระยะคลอดในสถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565 ; 37(3): 679-688.
9. พรจิต จันโทภาส และคณะ ได้ทำการศึกษเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกาหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลสาธารณสุขภาคใต้ 2564 ; 8(2): 123-137.

การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

The Development of the patient triage Model in the Outpatients Department at Yangsisurat Hospital, Mahasarakham Province.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

มยุรฉัตร อุทปา[1] พิศสมัย ไลออน[1] กาญจนา จันทะนุย[1] นิจพร สว่างไธสง[1] กำทร ดานา[2] อนุชา ไทยวงษ์[3]
Mayurachat Uttapa[1] Pissamai Lion[1] Kanjana Chantanui[1] Nijjaporn sawangthaisong[1]
Kamthorn Dana[2*] Anucha Taiwong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 16 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 13 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่าง เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2566 จำนวน 496 แฟ้ม เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ระบบ MOPH ED Triage ของกรมการแพทย์ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน แบบประเมินการคัดแยกผู้ป่วยของบุคลากรผู้ให้บริการ และแบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหากับการสรุปผล

ผลการวิจัย พบว่า มีการจัดทำคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบ และการมอบหมายหน้าที่ กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่และจัดทำคู่มือและแนวทางปรับปรุงเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วย หลังพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย การคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องและผลการคัดแยกรายเดือน ตั้งแต่ พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 ความถูกต้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 61.90, 64.18, 73.28 และ 87.94 ตามลำดับ และกลุ่มที่มีผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) มีแนวโน้มลดลง ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง อัตราการได้รับการตรวจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบ, การคัดแยกประเภทผู้ป่วย, งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน

Abstract

This research and development (R&D) aims to develop a patient classification model and to study the effectiveness of using the patient classification model at Yang Sisurat Hospital, Maha Sarakham Province. The sample group consisted of 16 personnel working in outpatient and emergency departments, namely 13 professional nurses and three emergency medical personnel, and medical records of patients who received services at the outpatient and emergency departments between May and August 2023, totaling 496 files. The research tools consisted of the Department of Medical Services' MOPH ED Triage System, a medical record data recording form, a patient triage assessment form by service personnel, and a patient triage quality assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis with conclusions.

The results found that there was a development of specific qualifications, responsibilities, and assignment of duties, a set of operational guidelines, and a manual and guidelines for improving patient screening criteria. After developing the patient classification system, it was found that the patient classification was correct, and the monthly classification results from May - August 2023, the accuracy tended to increase by 61.90%, 64.18%, 73.28%, and 87.94%, respectively. The group with patient classification results lower than the specified criteria (Under triage)

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: kamthorn@smnc.ac.th
[3] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

tended to decrease. The study's results on the time taken for patients to be examined by severity type showed that the rate of being examined tended to increase.

Keywords: Model, Patient classification, Outpatient and emergency departments

บทนำ

การคัดแยกประเภทผู้ป่วย (Triage) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากและมีความหลากหลายของอาการและความรุนแรง การคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามลำดับความสำคัญของอาการ โดยผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินหรือภาวะคุกคามต่อชีวิตจะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงสามารถรอรับการรักษาตามลำดับ[1] นอกจากนี้ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยยังช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ปัญหาที่พบบ่อยในระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยปัจจุบัน ได้แก่ การใช้เกณฑ์การคัดแยกที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุมอาการของผู้ป่วยที่มีอาการที่หลากหลาย[2] การขาดการฝึกอบรมและทักษะของบุคลากรในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย รวมถึงภาระงานที่เกินของพยาบาลและสภาพแวดล้อมบรรยากาศของการปฏิบัติงานที่มีขั้นตอนการประสานงาน การให้บริการและเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลากหลายแผนก ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำในการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ ความแตกต่างของระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ทำให้เกิดความสับสนต่อผู้ป่วยและญาติ รวมถึงอาจส่งผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลด้วย ดังนั้น การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน[3]และสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั่วถึง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในระบบปัจจุบัน

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่เป็นกลุ่มงานที่ได้นำแนวทางระบบการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน (Guideline for ER service delivery) ด้วยระบบ MOPH ED Triage ซึ่งเป็นการคัดแยกแบบ 5 ระดับ พัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) จากการทบทวนการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยหน้างาน ยังคงเกิดปัญหาในกระบวนการคัดแยก ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดส่งผลให้เกิดความล่าช้า และผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจรักษาตามเวลาและอาการ หรืออาจเกิดความพิการหรือผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จากการทบทวนสถิติที่ผ่านมา 3 ปีย้อนหลัง ของโรงพยาบาลยางสีสุราช คือปี 2562-2564 มีผู้มารับบริการที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 66,995, 94,135 และ 61,350 คน พบว่ามีอุบัติการณ์ของ Under triage ร้อยละ 0.84, 0.83 และ 0.70 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่ามีผู้มารับบริการและส่งเข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 20,946, 22,821 และ 22,531 คน พบว่ามีอุบัติการณ์ของ Over triage ร้อยละ 1.25, 1.07 และ 0.90 ตามลำดับ จากการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว พบว่า มีสาเหตุมาจากเกณฑ์การคัดแยกที่ไม่ละเอียดชัดเจนมากเพียงพอที่พยาบาลจะตัดสินใจระบุประเภทให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ แม้ว่าจะมีคู่มือการคัดแยกแต่เนื้อหาในคู่มือระบุการจำแนกอย่างกว้างๆ นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดแยกผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยก ทำให้ต่างคนต่างประเมินอาการตามประสบการณ์ของตนเอง ส่งให้เกิดความคาดเคลื่อนในการคัดแยกผู้ป่วย

การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐาน จะส่งผลประโยชน์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย ทั้งในระดับบุคคล ระดับองค์กร และระดับประเทศ ในระดับบุคคล[4] ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมกับอาการ ส่งผลให้มีอัตราการรอดชีวิต

ที่สูงขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน [5] ในระดับองค์กร โรงพยาบาลจะสามารถจัดการทรัพยากรและบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระงานและความเครียดของบุคลากร โดยการเพิ่มความรู้ความชำนาญและทักษะให้กับบุคลากร รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ในระดับประเทศ การมีระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและใช้ได้ทั่วประเทศ จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาพรวม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในระยะยาว

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มงานที่ปฏิบัติหน้าที่ที่จุดคัดกรองและการคัดแยกผู้รับบริการ จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบการคัดแยกที่เหมาะสมและเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วยของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางสีสุราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โรงพยาบาลยางสีสุราช
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 3 ขั้นตอนหลัก และดำเนินการศึกษาและพัฒนาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 จำนวน 12 เดือน

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายในขั้นตอนการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 13 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 ปี และผ่านการอบรม MOPH ED Triage และคัดผู้ที่ติดภาระงานหรือเรียนต่อ และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ออกจากการศึกษา

2. กลุ่มเป้าหมายในขั้นตอนการประเมินประสิทธิผล คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2566 คัดเลือกแฟ้มเวชระเบียนโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้ปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 496 แฟ้ม จากเวชระเบียนทั้งหมด 17,910 แฟ้ม และประเมินความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และประเมินการได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คือ การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน มี 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. กำหนดแนวทางและวางแผนการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ช่วงเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2565 ประกอบด้วย

(1) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ประเด็นปัญหาการให้บริการที่ผ่านมา และปัจจัยอื่นๆ เช่น นโยบาย ข้อมูลผู้ให้บริการ ข้อมูลผู้มารับบริการ ทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(2) จัดทำโครงร่างแผนการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง คือผู้อำนวยการดรงพยาบาล แพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอกและหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ โดยตั้งเป้าหมาย ลด

อุบัติการณ์ของการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ทั้งแบบ Under และ Over triage ในระยะเวลา 6 เดือน

(3) แต่งตั้งคณะทำงาน จากนั้นทบทวนและจัดทำคู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบันตาม MOPH ED TRIAGE ดังนี้

- จำแนกประเภท ผู้ป่วยเป็น 5 ประเภทได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergency) 3) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgency) 4) ผู้ป่วยกึ่งฉุกเฉิน (Semi–urgency) 5) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non–urgency)

- งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดทำคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Job assignment) ของบุคลากรที่จุดคัดแยก ประเภทผู้ป่วย

2. พัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติและนำระบบการแยกประเภทผู้ป่วยไปใช้ในการให้บริการ ช่วงเดือนธันวาคม 2565

- จัดประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องชี้แจงวัตถุประสงค์

- ประเมินและให้ความรู้ในการคัดแยกประเภทตาม MOPH ED TRIAGE

- คืนข้อมูล และมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ

- ชี้แจงบทบาทหน้าที่และคู่มือการปฏิบัติงาน

เครื่องมือดำเนินงาน คือ คู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561[3]

3. นำแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ไปใช้ในการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ช่วงเดือน มกราคม - เมษายน 2566 ดังนี้

ด้านระบบบริการ โดยการปรับกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ดังนี้

(1) ให้พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก เริ่มปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วย เวลา 07.00 – 08.00 น.

(2) เจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรอง ประเมินสัญญาณชีพ แรกรับผู้รับบริการทุกรายและซักประวัติประเมินอาการก่อนให้บัตรคิว

(3) ให้ซักประวัติและส่งข้อมูลตามประเภทผู้ป่วยไปที่จุดบริการอื่นๆ โดยยังไม่ต้องลงประวัติผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ และให้แขวนป้ายแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือมีการระบุประเภทผู้ป่วยเพื่อให้จุดบริการนั้นทราบข้อมูลผู้ป่วย

(4) จัดทำเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วยที่เข้าใจง่าย อ้างอิงมาตรฐานการคัดแยก ตาม MOPH ED TRIAGE ติดไว้ที่จุดคัดกรองและโต๊ะซักประวัติที่งานผู้ป่วยนอก

(5) กรณีที่มีการคัดแยกและส่งผู้ป่วยไปจุดบริการใด กำหนดให้จุดบริการนั้นประเมินผู้ป่วยซ้ำ

(6) พยาบาลรายงานแพทย์ตรวจตามประเภทผู้ป่วยของแต่ละจุด

(7) ประเภทฉุกเฉินสามารถรอตรวจที่งานผู้ป่วยนอกได้ให้กำหนดการตรวจเป็นคิวเร่งด่วน หลีกเลี่ยงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปมา และให้ยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ด้านบุคลากร คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) และการมอบหมายหน้าที่ (Job assignment) ดังนี้

(1) กำหนดให้บุคลากรที่มีอายุงาน ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป มาทำหน้าที่ในการคัดแยกประเภท และเขียนบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน

(2) เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ช่วงเวลาที่มีภารกิจมาก หรือ ช่วง Peak load คือ ช่วงเวลา 07.00 –

08.00 น. และ ช่วงเวลาพักเที่ยง คือ เวลา 12.00 – 13.00 น. โดยให้บุคลากรทั้งสองจุดช่วยกัน (โดยเริ่มในวันทำการ ที่ไม่ใช่วันหยุดราชการก่อน ทั้งนี้ ในช่วงเวลา 07.00 – 08.00 น. จะจัดพยาบาลวิชาชีพจากห้อง OPD จำนวน 1 คน มาคัดแยกผู้ป่วย และในช่วงเวลา 12.00 – 13.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ห้อง ER พักเที่ยง จะจัดพยาบาลวิชาชีพจากห้อง OPD จำนวน 1 คน มาคัดแยกผู้ป่วย

(3) กำหนดให้บุคลากรที่เคยผ่านงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือพยาบาลที่จบเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) มาบริการพยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ด้านวัสดุอุปกรณ์

(1) จัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการใหม่โดยเพิ่มการวัดสัญญาณชีพ ก่อนรับบัตรคิว

(2) จัดทำเกณฑ์การคัดแยกประเภท MOPH ED TRIAGE ติดไว้ที่จุดคัดกรองและโต๊ะซักประวัติที่งานผู้ป่ว

(3) จัดหาอุปกรณ์ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น คือ ปรอทวัดไข้แบบ Digital เครื่องวัดความดันโลหิตเด็ก และเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วเด็ก

(4) จัดทำป้ายแขวนสีที่ใช้แยกประเภทผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่

1. ตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานช่วงเดือน พฤษภาคม 2566

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินการคัดแยกผู้ป่วยของบุคลากรผู้ให้บริการและแบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภท โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรง (CVI) ที่ 0.92, 0.96

- ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเวชระเบียน และการมารับบริการของผู้ป่วยทุกเดือน มาประมวลผลและวิเคราะห์ผลการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละเดือน โดยใช้เกณฑ์การคัดแยกแบบ MOPH ED TRIAGE

2. นำผลการประเมินพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ระหว่าง เดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2566 โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรม 1 (มิถุนายน - กรกฎาคม 2566)

1) จัดประชุมกลุ่มย่อยบุคลากร คือ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 13 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 3 คน และคืนข้อมูล ผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดเดือน เมษายน 2566 ที่ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ข้อมูลประเด็นปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

2) ประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทซ้ำ และทบทวน case ที่เป็นอุบัติการณ์ Under และ Over triage ที่เกิดความเสี่ยงระดับรุนแรง

3) ร่วมกันเสนอสาเหตุของปัญหาของการคัดแยกฯ และร่วมแสดงความคิดเห็น การวางแผนและดำเนินการ ตกลงปฏิบัติการ เพื่อนำไปปรับในการดำเนินการต่อ

กิจกรรม 2 (สิงหาคม 2566)

1) นำข้อเสนอแนะจากการประชุม พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยใหม่เพิ่มเติม ดังนี้

ตารางที่ 1 การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยใหม่เพิ่มเติม

ประเด็น	กิจกรรม
ด้านระบบบริการ	1. เพิ่มช่วงเวลา Peak load 08.00 – 09.00 น. 2. มอบหมาย Member 1 จากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดำเนินการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เพิ่ม 1 คน 3. เพิ่มการประเมินสัญญาณชีพแรกรับผู้รับบริการทุกราย และซักประวัติประเมินอาการก่อนรันคิว (เดิมไม่ได้ทำทุกราย ผู้ป่วยไปยื่นบัตรตรวจที่ห้องบัตรและรับคิวที่ห้องบัตร)
ด้านบุคลากร	1. เพิ่มการจัดบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ปฏิบัติงานประจำจุดคัดแยกประเภท 2. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สื่อสารให้บุคลากรลงประเภทผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ทุกราย (ประสานงานสารสนเทศให้เพิ่มข้อมูลการจำแนกประเภทให้ครบถ้วนและเป็นแนวทางเดียวกันกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน)
ด้านวัสดุอุปกรณ์	1. เพิ่มการดำเนินการจัดทำเสียงตามสายเปิดเพิ่มในช่วงเช้า ที่มีเนื้อหาครอบคลุมขั้นตอนบริการต่างๆ 2. จัดทำเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยเพิ่มในใบเกณฑ์เดิม ประกอบด้วย - ใส่ฟอร์มปรอทเด็กที่ช่องสัญญาณชีพเพิ่ม (เด็ก อายุน้อยกว่า 3 เดือน อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส) ให้เป็น Danger zone vital signs - ใส่อาการ หรือโรคที่คัดแยกประเภทผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยงต่อการผิดพลาดบ่อยๆ คือผู้ป่วยประเภท 2 (Emergency) ได้แก่ (1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการปวดท้อง มีเลือดหรือมีน้ำ หรือมีมูกเลือดออกมาทางช่องคลอด (2) ผู้ที่สงสัยว่าเป็น Stroke มาน้อยกว่า 3 วัน (3) สงสัย Myocardial infarction (MI) ที่มีประวัติ เช่น สูบบุหรี่ - ผู้ป่วยประเภท 1 (Resuscitation) เพิ่มกลุ่ม ที่มีชีพจรมากกว่า 150 ครั้งต่อนาที ซื้อกระดานสีเหลือง สีเขียว ขนาด A5 มาใช้ส่งต่อข้อมูลระหว่างงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน แทนบัตรคิว - งานผู้ป่วยนอกจัดโต๊ะสีฟ้าให้รับส่งข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภท

2) ติดตามการดำเนินงานของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ควบคุม กำกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเวชระเบียน และการมารับบริการของผู้ป่วยทุกเดือน มาประมวลผลและวิเคราะห์ผลการให้บริการผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลและรายงานผลลัพธ์ เดือน กันยายน 2566 โดยดำเนินการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ทำมาอย่างต่อเนื่องทั้งหมด สรุปผลการวิจัย ให้ข้อเสนอแนะต่อผู้บังคับบัญชาและผู้บริหาร เพื่อการตัดสินใจ รวมถึงการพัฒนางานในครั้งต่อไปอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปผล

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและคำนึงถึงหลักการเคารพสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบาให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน และรับรองว่าข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 13/2565 วันที่ 7 กันยายน 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางสีสุราช

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป บุคลากรกลุ่มพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.92) มีอายุเฉลี่ย 35.75 ปี (S.D. 4.64) ระยะเวลาการปฏิบัติงานใน

หน่วยงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 61.54) บุคลากรกลุ่มเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ทั้ง 3 คนเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 32.33 ปี (S.D. 8.18) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงาน 5-10 ปี (ร้อยละ 66.67)

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ด้านบุคลากรได้จัดทำคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบ และการมอบหมายหน้าที่ ปรับบทบาทหน้าที่เพื่อให้สามารถคัดแยกประเภทได้ครอบคลุมกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น พร้อมกับจัดทำคู่มือและแนวทางปรับปรุงเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการบริหารของกลุ่มงานการพยาบาล การจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอพร้อมใช้ ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ด้านบุคลากร	
1. คุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภทไม่ได้กำหนดอายุงาน จัดเวียนมาทุกคน	1. กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภท คืออายุงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ทั้งในจุดคัดแยกประเภทและในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. ไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีแค่การพูดคุยและปฏิบัติ คือ คัดแยกประเภทและต้องมีการลงประวัติผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยประเภท Urgency เพื่อส่งข้อมูลในจุดบริการที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่ได้คัดกรองผู้ป่วยรายอื่น ขาดการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจน ผู้ป่วยถูกส่งไปมาระหว่าง 2 จุด บริการล่าช้า	2. กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบ และการมอบหมายหน้าที่ชัดเจน คัดแยกประเภทไม่ต้องลงคอมพิวเตอร์โดย ผู้ป่วยประเภท R (Resuscitation) และ E (Emergency) ให้แขวนป้ายแยกประเภทและนำส่งเข้า ER ได้เลย ประเภท Urgency ให้ลงประเภทในบัตรคิวและส่ง ด้วยกระดานสีเหลืองไปที่ ER หรือ OPD เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตรวจที่รวดเร็ว
ด้านระบบบริการ	
3. ไม่มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน	3. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและแผนปฏิบัติ มีการติดตามกำกับและเก็บข้อมูลมีเป้าหมายในการพัฒนา
4. แนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วย จัดทำตั้งแต่ปี 2559 ไม่ได้ Update ให้เป็นปัจจุบันเดิม OPD จำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ประเภท	4. ทบทวนแนวทางการจำแนกประเภทงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินใหม่ ปี 2565-2566 โดยจำแนกผู้ป่วยเป็น 5 ประเภทตามเกณฑ์มาตรฐาน
5. เวลาราชการเริ่มคัดแยกประเภท 8.00-16.00 น. โดยมีเจ้าหน้าที่ 1 คน เวรเปล 2 คน ไม่ได้ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยทุกราย ช่วงเวลา 12.00-13.00 น. ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดแยก ช่วงเวลา 16.00- 24.00 น. เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้คิวและไม่ได้ประเมิน สัญญาณชีพ ผู้ป่วยยื่นบัตรรับคิวที่ห้องบัตร จะได้คัดแยกดูเฉพาะผู้ป่วยหนักรถนอน รถนั่ง หรือที่ผู้ป่วยเข้ามาแจ้งอาการ **Flow เดิม:** ซักประวัติ/บัตรคิว >> วัดสัญญาณชีพ >> นั่งรอตรวจ	5. ในเวลาราชการเริ่มคัดแยกประเภท 7.00-8.00 โดยพยาบาลวิชาชีพ OPD เวลา 8.00-9.00 น.ให้ พยาบาล Member 1 ใน ER ออกมาช่วยคัดแยกช่วง Peak load และช่วง 12.00-13.00 น. พยาบาล OPD มาคัดแยกตั้งแต่ 7.00-16.00น. ดูสัญญาณชีพ ผู้ป่วยทุกรายและซักประวัติประเมินสัญญาณชีพ ก่อนรับคิว ช่วง 16.00-24.00 น. ซักประวัติ อาการและดูสัญญาณชีพทุกราย มีการให้คิวตรวจที่จุดคัดแยก **Flow ใหม่:** วัดสัญญาณชีพ >> ซักประวัติประเมินอาการ >> รับคิว >> นั่งรอตรวจ
6. งานผู้ป่วยนอกไม่ได้ลงประเภทผู้ป่วย จะลงในบางราย คือประเภท Urgency และไม่ทราบเรื่องการมีระบบการลงในระบบคอมพิวเตอร์	6. งานผู้ป่วยนอกประสาน IT ในการเพิ่มประเภทผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ และสื่อสารการลงประเภทให้กับบุคลากร

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
7. การประเมินและติดตามการจำแนกประเภท ไม่ต่อเนื่องทั้งงาน OPD และ ER เก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ ผู้รับผิดชอบไม่ชัดเจน	7. มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนในงาน ER ติดตามการแยกประเภทอย่างเป็นระบบ, มอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน เก็บข้อมูลต่อเนื่อง 4 เดือน และให้เก็บอย่างสม่ำเสมอและนำข้อมูลสู่การพัฒนา
8. ระบบการตรวจ OPD ไม่มีระบบการตรวจคิว Urgency	8. ระบบการตรวจ OPD มีการจัดโต๊ะสีฟ้าสำหรับรับบัตรผู้ป่วย OPD มีการจัดระบบการตรวจชัดเจน ในกลุ่มผู้ป่วยประเภท Urgency ขึ้นไป
ด้านวัสดุอุปกรณ์	
9. มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอพอ เช่น ปรอทวัดไข้, เครื่องวัดความดันโลหิตเด็ก เครื่องวัดออกซิเจน ปลายนิ้ว ป้ายในการแขวนการจำแนกประเภทชำรุด	9. มีการจัดหาปรอท เครื่องวัดความดันโลหิตเด็ก และจัดทำป้ายในการจำแนกประเภทให้ใหม่ทุกสี เพิ่ม
10. ใช้คิวในการส่งประเภทคนไข้ตรวจระหว่างจุดสื่อสารไม่ชัดเจน	10. จัดหากระดานสีเหลืองและเขียวไว้ให้ที่จุด OPD ER จุดคัดแยกประเภทไว้สื่อสารการส่งตรวจผู้ป่วย
11. เกณฑ์การคัดกรองใช้ของ MOPH ED TRIAGE แต่ไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	11. จัดทำเกณฑ์การคัดแยกประเภทเพิ่ม ได้แก่ ใส่ฟอร์มปรอทเด็กที่ช่องสัญญาณชีพเพิ่ม และใส่อาการ หรือโรคที่คัดแยกประเภทผิดบ่อยๆ ในผู้ป่วยประเภท Emergency ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการปวดท้อง มีเลือดหรือมีน้ำออกมาทางช่องคลอด, สงสัย Stroke < 3 วัน สงสัย MI ที่มีประวัติเช่น สูบบุหรี่ ในผู้ป่วยประเภท Resuscitate เพิ่ม ชีพจร > 150 ครั้งต่อนาที และนำไปติดไว้ที่จุดคัดแยก ประเภทและโต๊ะซักประวัติ
12. ป้ายประชาสัมพันธ์เดิมให้ยื่นบัตรที่จุดคัดแยกเลยรับคิว จากนั้นวัดสัญญาณชีพ ไปรอตรวจ	12. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์และเสียงตามสาย โดยเริ่มจากวัดสัญญาณชีพ ยื่นบัตรรับคิวที่จุดคัดแยก

ผลลัพธ์การให้บริการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

หลังพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและทดลองใช้จริงในช่วงเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 พบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องและผลการคัดแยกรายเดือน มีแนวโน้มของความถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 61.90, 64.18, 73.28 และ 87.94 ตามลำดับ และกลุ่มที่มีผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ยังไม่ถูกต้อง พบมากกว่าครึ่งเป็นการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) ภาพรวม ร้อยละ 52.21 แต่ก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง คือ 65.00, 47.92, 58.06 และ 47.06 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การให้บริการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

เดือน	จำนวนผู้ป่วย	คัดแยกประเภทผู้ป่วย		กลุ่มคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	
		ถูกต้อง (%)	ไม่ถูกต้อง (%)	Over triage (%)	Under triage (%)
พฤษภาคม 2566	105	65 (61.90)	40 (38.10)	45.00 (18/40)	65.00 (22/40)
มิถุนายน 2566	134	86 (64.18)	48 (35.82)	52.08 (25/48)	47.92 (23/48)
กรกฎาคม 2566	116	85 (73.28)	31 (26.72)	41.94 (13/31)	58.06 (18/31)
สิงหาคม 2566	141	124 (87.94)	17 (12.06)	52.94 (9/17)	47.06 (8/17)
รวม	496	360 (72.58)	136 (27.42)	47.79 (65/136)	52.21 (71/136)

ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง จากการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแรกรับ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 496 ราย มีผู้ป่วยร้อยละ 86.49 (429 ราย) ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง โดยอัตราการได้รับการตรวจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดช่วงเวลาการศึกษา เริ่มจากร้อยละ 82.56 ในเดือนพฤษภาคม และสูงสุดที่ร้อยละ 92.24 ในเดือนกรกฎาคม ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการตรวจผู้ป่วยตามประเภทความรุนแรง แต่ควรมีการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อลดสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจให้น้อยลง

ตารางที่ 4 ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงจากการคัดกรอง

เดือน	ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงจากการคัดกรอง	
	ได้รับการตรวจ (%)	ไม่ได้รับการตรวจ (%)
พฤษภาคม 2566	82.56 (87/105)	17.44 (18/105)
มิถุนายน 2566	83.58 (112/134)	16.42 (22/134)
กรกฎาคม 2566	92.24 (107/116)	7.76 (9/116)
สิงหาคม 2566	87.23 (123/141)	12.77 (18/141)
รวม	86.49 (429/496)	13.51 (67/496)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีการดำเนินการอย่างครอบคลุมในหลายมิติ ทั้งด้านการวางแผน การพัฒนาบุคลากร และการปรับปรุงกระบวนการของการบริการผู้ป่วย การใช้แนวทาง MOPH ED TRIAGE เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย[3] แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการยกระดับมาตรฐานการให้บริการให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติระดับประเทศและเป็นสากล ซึ่งจะช่วยให้เกิดผลดีต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการโดยเน้นการคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่จุดแรกรับ และการจัดอัตรากำลังบุคลากรให้มีความเหมาะสมกับช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดความพยายามในการแก้ปัญหาเชิงระบบ[6] นอกจากนี้ การกำหนดคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้ สะท้อนถึงความตระหนักในความสำคัญของทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาแนวทางการให้บริการด้วย

การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น เช่น การทำป้ายขั้นตอนการรับบริการใหม่ การจัดทำเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย และการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ การใช้ป้ายแขวนสีเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการสื่อสารระหว่างบุคลากร ซึ่งอาจช่วยลดความผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย[7]

ผลการประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในงาน

ผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยผลการวิจัยที่พบชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ผลลัพธ์ต่อคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เช่น ความถูกต้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการศึกษา 4 เดือน ความถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.2 ในเดือนแรก เป็นร้อยละ 85.4 ในเดือนสุดท้าย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงนี้ อาจเป็นผลมาจากการฝึกอบรมเพิ่มเติม การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ หรือการเพิ่มพูลประสบการณ์ความรู้และทักษะของบุคลากรในการปฏิบัติตามวิธีการปฏิบัติของแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้น[8] นอกจากนี้ การลดลงของการคัดแยกประเภทที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) จากร้อยละ 23.9 เป็นร้อยละ 13.1 ถือเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ เนื่องจากการ under triage อาจส่งผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยได้รับการตรวจตามระดับความรุนแรง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โดยเฉลี่ยร้อยละ 84.2 ของผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงที่ได้รับการคัดกรอง ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง เนื่องจากยังมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15.8 ที่ไม่ได้รับการตรวจตามเวลาที่กำหนดตามระดับความรุนแรง ซึ่งควรมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อค้นหาสาเหตุของความล่าช้าเหล่านี้ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ เช่น ความพร้อมของบุคลากรทรัพยากรในงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือความซับซ้อนของการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเอง

การศึกษาครั้งนี้แม้ผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ แต่โอกาสในการพัฒนาและการศึกษาเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความท้าทายในการลดอัตราการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง การศึกษาและพัฒนาในโอกาสต่อไปควรมุ่งเน้นไปที่การระบุปัจจัยเฉพาะที่มีผลต่อการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง และพัฒนากลยุทธ์หรือวิธีการทางเทคโนโลยีสุขภาพ (Digital health)[9]เพื่อจัดการกับปัญหาเหล่านี้ นอกจากนี้ การติดตามผลในระยะยาวจากการพัฒนาจะเป็นประโยชน์ในการประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการศึกษาและพัฒนาครั้งนี้มีความต่อเนื่องหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเพิ่มเติมสำหรับระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารการพยาบาลนำเป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ควรมีนโยบายกำหนดให้การจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นสมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะ (Specific functional competency) ของพยาบาล

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดทำแผนอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการเรื่องการจำแนกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี

3. กำหนดเป็นนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาลและโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

4. ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการบริหารความเสี่ยง รวมถึงการประกันคุณภาพ (Quality assurance) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูและผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ลดโอกาสในการร้องเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. Zeqiri, A., Lenjani, B., Zeka, B., Lenjani, D., Lenjani, I., & Dogjani, A. (2024). Triage Prehospital EMS and Medical Care. Albanian Journal of Trauma and Emergency Surgery, 8(2), 1419-1424. https://doi.org/10.32391/ajtes.v8i2.411
2. Ko, Y., Park, B., Lee, H., & Kim, D. (2021). Developing and testing a Korean patient classification system for general wards based on nursing intensity. Nursing open, 8(4), 1870–1878. https://doi.org/10.1002/nop2.845
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. นนทบุรี : สำนักวิชาการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2561.
4. Lansiaux, Edouard & Ibrahim, Eman & Minaz, Anmol & Itani, Rania & Kukkadi, Rihana & Obinna, Ozota & Huang, Helen. (2024). Medical Triage : From Battlegrounds Darkness to the Machine Light.
5. Gorick H. (2023). How to triage patients in the emergency department. Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association, 10.7748/en.2023.e2186. Advance online publication. https://doi.org/10.7748/en.2023.e2186
6. Komashie A, Ward J, Bashford T, et al. (2021). Systems approach to health service design, delivery and improvement: a systematic review and meta-analysis BMJ Open, 11, e037667. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037667
7. Cheng AW, McCreesh P, Moffatt S, Maziarz R, Vos D, Mastenbrook J. (2020). Going vertical: triage flags improve extraction times for priority patients. JACEP Open, 1, 1185-1193. https://doi.org/10.1002/emp2.12235
8. Usman, M., Sani, A., Alhassan, M., & Auwal, R. H. (2024). Effect of Sorting and Arrangement of Patient Health Records in Health Records Department of Cottage Hospitals Bojude and Malam Sidi in Kwami L.G.A. Gombe State, Nigeria. American Journal of Applied Statistics and Economics, 3(1), 44–50. https://doi.org/10.54536/ajase.v3i1.2002
9. Sutham, K., Khuwuthyakorn, P., & Thinnukool, O. (2020). Thailand medical mobile application for patients triage base on criteria based dispatch protocol. BMC medical informatics and decision making, 20(1), 66. https://doi.org/10.1186/s12911-020-1075-6

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุใน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Risk factors for morbidity and mortality of operated perforated peptic ulcer patients at King Narai Hospital.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

พงษ์เดช จาวรุ่งฤทธิ์[1]
Phongsadet Chaowrungrit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 186 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยเก็บข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ปัจจัยทางคลินิกและการผ่าตัด ปัจจัยด้านการรักษา

ผลการวิจัย: จากจำนวนผู้ป่วย 186 คน พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 22 คน (11.83%) เสียชีวิต 6 คน (3.23%) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ อายุ>60 ปี, ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด, Pulse rate>100/min, ระยะเวลารอการผ่าตัด

คำสำคัญ: แผลเป็บติกทะลุ, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Abstract

This retrospective study was conducted involving 186 patients diagnosed and treated for perforated peptic ulcers at Phra Narai Maharat Hospital from October 2019 to September 2023. Aimed to investigate the risk factors associated with complications and mortality in patients with perforated peptic ulcers at Phra Narai Maharat Hospital.Data were collected on demographic factors, risk factors, clinical examination findings, surgical factors, and treatment aspects.

Results: Among the 186 patients, 22 experienced postoperative complications (11.83%), and 6 died (3.23%). Statistically significant risk factors for complications and mortality ($p<0.05$) included age over 60 years, preoperative shock, a pulse rate greater than 100 beats per minute, and prolonged waiting time for surgery.

Keywords: Perforated peptic ulcer, postoperative complications

บทนำ

โรคแผลเป็บติก (Peptic ulcer disease) เป็นโรคในระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งทั่วโลก มีมากถึง 4 ล้านคนโดยประมาณ อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 1.5-3.0 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคนี้ คือ การทะลุของแผลเป็บติก ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย อัตราชุกของการเกิดแผลเป็บติกทะลุร้อยละ 5 เมื่อมีการดำเนินโรคต่อไปจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 1.3-2.0 จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา พบว่า มีความชุกของโรคประมาณร้อยละ 2 ของประชากร และทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึงปีละ 8,000 ล้านเหรียญ[1] (Dempsey DT, Kitagawa Y, 2015) ขณะที่ข้อมูลในประเทศไทย พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10-15 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย โดยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)[2]

[1] กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ปัจจุบันพบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาล และอัตราการผ่าตัดเพื่อรักษาแผลเป็นติกแบบไม่ใช่ภาวะเร่งด่วนมีจำนวนลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเกิดจากมีการใช้ยา H2 receptor block และยา proton pumpinhibitor อย่างไรก็ตามอัตราการผ่าตัดแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนของแผลเป็บติกยังไม่มีแนวโน้มลดลง และอัตราภาวะแทรกซ้อนของการมีเลือดออกและการแตกทะลุของแผลเป็บติกกลับมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ได้แก่ Acute kidney injury, sepsis, wound infection, wound dehiscence, GI leakage[3] (Chung TK, Shelat GV, 2017) ซึ่งจากข้อมูลย้อนหลัง ปี 2562-2565 ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่าผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุจำนวน 78 คน, 53 คน และ 70 คน ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10.75, 13.94 และ 13.81 ตามลำดับ[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยเสี่ยงจากหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่ามีความสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของแผล วิธีการผ่าตัด[5] และแต่ละการศึกษายังพบปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันไปอีก ได้แก่ การติดเชื้อ H.Pylori เพิ่มความเสี่ยง 1.6-18.1 เท่า 3-8 การใช้ยากลุ่ม NSAIDs เพิ่มความเสี่ยง 2.8-3.6 เท่า อายุที่มากขึ้นเพิ่มความเสี่ยง 1.7-1.8 เท่า และการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยง 1.8-3.8 เท่า[6,7,8]เนื่องจากแผลเป็บติกเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ต้องมีข้อมูลในการตัดสินใจทางการรักษา และวางแผนจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต เพื่อนำไปจัดทำมาตรการป้องกันและลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แผลเป็บติกทะลุ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 358 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แผลเป็บติกทะลุ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2566 คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุตั้งแต่ 15 ปี เพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยแผลเป็บติกทะลุเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดในโรงพยาบาลพระนารายณ์ 4) การลงบันทึกในเวชระเบียน ครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก 1) เคยได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง 2) วินิจฉัยการเสียชีวิตโดยภาวะแทรกซ้อนร่วมอื่น เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน ที่ใช้การประมาณค่าที่ทราบจำนวนของประชากร และกำหนดให้จำนวนของลักษณะที่สนใจในประชากรที่ศึกษา เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 186 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย การใช้ยากลุ่ม NSAIDs, aspirin, steroid และ anticoagulant ประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจพบ guarding, rigidity และภาวะ shock
ก่อนการผ่าตัด

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางคลินิกและการผ่าตัด ประกอบด้วย chest X-ray, CT scan การวินิจฉัย peritonitis สัญญาณชีพ (SBP, DBP, Pulse rate, RR, O_2 sat) ปริมาณการให้สารน้ำ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชนิดแผล ขนาดของแผล ระยะเวลารอผ่าตัด วิธีการผ่าตัด

ส่วนที่ 5 ผลการรักษา ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อน สถานะการจำหน่าย จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาล

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.87 และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-cofficient) ของครอนบาคเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย
ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ปัจจัยทางคลินิกและการผ่าตัด ผลการรักษา ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายลักษณะข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มปกติกับกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ข้อมูลเชิงปริมาณต่อเนื่อง ที่มีการแจกแจงปกติใช้ independent t-test ข้อมูลแจงนับทดสอบโดย Chi- square, Fisher exact test การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) เพื่อทดสอบความอิสระต่อกันของตัวแปร จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression)

จริยธรรมงานวิจัย
การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ผลการวิจัย
ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มปกติและกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน สิ่งที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ โรคร่วม การสูบบุหรี่ อายุ ซึ่งกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มปกติ (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุมีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs steroid Aspirin และมีประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร (ตารางที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกายที่พบปัจจัยทางคลินิกและผลการผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 3,4,5) โดยเฉพาะผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนวันนอนเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย สาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุเกิดจากภาวะ Sepsis (ตารางที่ 6) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ อายุ>60 ปี, ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด, Pulse rate>100/min, ระยะเวลารอการผ่าตัด > 24 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มปกติและกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

ข้อมูลส่วนบุคคล		Group without morbidity (N=158)		Group with morbidity mortality (N=28)		p-value
เพศ	ชาย	85	53.8	17	60.7	0.034*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มปกติและกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

ข้อมูลส่วนบุคคล		Group without morbidity (N=158)		Group with morbidity mortality (N=28)		p-value
	หญิง	73	46.2	11	39.3	
อายุ	< 60 ปี	54	34.2	8	28.6	0.256
	60-69 ปี	79	50.0	13	46.4	0.049*
	70-79 ปี	16	10.1	4	14.3	0.018*
	≥ 80 ปี	9	5.7	3	10.7	0.367
อายุเฉลี่ย		58.9		64.3		0.027*
Min-max		34-80		43-85		
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	6	3.8	1	3.6	0.743
	ชั้นประถมศึกษา	33	20.9	12	42.9	
	ชั้นมัธยมศึกษา	62	39.2	9	32.1	
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	43	27.2	4	14.3	
	ปริญญาตรี	14	8.9	2	7.1	
อาชีพ	เกษตรกร	28	17.7	4	14.3	0.392
	รับจ้าง	74	46.9	13	46.4	
	ค้าขาย	34	21.5	6	21.4	
	รับราชการ	10	7.6	2	7.1	
	ไม่มีอาชีพ	12	6.3	3	10.7	
โรคร่วม	เบาหวาน	18	11.4	4	14.3	0.037*
	ความดันโลหิตสูง	22	13.9	6	21.4	0.048*
	ไตวายเรื้อรัง	2	1.3	1	3.6	0.004*
	โรคตับ	1	0.6	1	3.6	0.001*
	โรคมะเร็ง	3	1.9	1	3.6	0.007*
การดื่มสุรา	ดื่ม	48	30.4	12	42.9	0.081
	ไม่ดื่ม	110	69.6	16	57.1	
การสูบบุหรี่	สูบ	26	16.5	9	32.1	0.042*
	ไม่สูบ	132	83.5	19	67.9	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็นติกทะลุ

ข้อมูลส่วนบุคคล		Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
ยา NSAIDs	ใช้	24	15.2	8	28.6	0.003*
	ไม่ใช้	134	84.8	20	71.4	
ยา steroid	ใช้	12	7.6	4	14.3	0.001*
	ไม่ใช้	146	92.4	24	85.7	
ยา Aspirin	ใช้	74	46.3	18	64.3	0.049*
	ไม่ใช้	84	53.7	10	35.7	
ประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร						
	มี	10	8.3	3	10.7	0.000*

ข้อมูลส่วนบุคคล		Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
ไม่มี		148	93.7	25	89.3	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกายที่พบ

ข้อมูลส่วนบุคคล		Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
guarding	มี	43	27.2	16	57.1	0.032*
	ไม่มี	115	72.8	12	42.9	
rigidity	มี	60	38.0	22	78.6	0.001*
	ไม่มี	98	62.0	6	21.4	
ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด						
	มี	24	15.2	17	60.7	0.000*
	ไม่มี	134	84.8	11	39.3	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปัจจัยทางคลินิกและผลการผ่าตัด

ปัจจัยทางคลินิกและผลการผ่าตัด		Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
การวินิจฉัย	ยืนยันด้วย chest X-ray	100	63.3	19	67.8	0.371
	ยืนยันด้วย CT scan	34	21.5	6	21.4	
	วินิจฉัย peritonitis	24	15.2	3	10.8	
ชนิดแผล	Gastric ulcer	85	53.8	18	64.3	0.002*
	Duodenal ulcer	73	46.2	10	35.7	
การปนเปื้อน	Grade 0	16	10.1	4	14.4	0.036*
	Grade I	60	37.9	10	35.7	
	Grade II	48	30.6	10	35.7	
	Grade III	26	16.5	2	7.1	
	Grade IV	8	4.9	2	7.1	
ผ่าตัด Simple suture		90	56.9	10	35.7	0.082
ผ่าตัด Simple suture with omental patch		68	43.0	18	64.3	
Systolic BP (mmHg)		128.3±9.4		102.7±3.8		0.004*
Diastolic BP (mmHg)		92.6±8.6		84.3±3.5		0.001*
Pulse rate (beats/min)		98.7±9.3		62.9±3.7		0.003*
Respiratory rate (beats/min)		20.3±6.8		23.7±3.2		0.038*
Oxygen saturation (beats/min)		99.6±3.4		99.1±2.8		0.361*
Total fluid resuscitation		1,200.4±8.7		1,350.8±3.8		0.896
white blood cell ($x10^9$ cell per liter)		11,200.3±4.3		13,800.7±2.9		0.027*
Hemoglobin (g/dL)		11.8±3.8		9.4±2.6		0.032*
Serum creatinine (mg/dL)		0.98±6.2		1.12±3.4		0.008*
ขนาดของแผล (mm)		4.3±8.4		5.2±3.8		0.054*
ระยะเวลารอผ่าตัด (ชั่วโมง)		19.6±9.4		21.3±3.9		0.005*

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยกลุ่มปกติและกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

ปัจจัยทางคลินิกและผลการผ่าตัด		Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	158	84.9	28	15.1	
	Acute kidney injury	-	-	2		
	Wound dehiscence	-	-	3		
	GI leakage	-	-	1		
	Wound infection	-	-	6		
	รอยต่อบริเวณผ่าตัดรั่ว	-	-	1		
	ติดเชื้อทางเดินหายใจ	-	-	3		
	ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	-	-	1		
สถานะการจำหน่าย	กลับบ้าน	152		20		
	Refer back	6		2		
	เสียชีวิต	0		6		
จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วัน)		5.8±3.6		9.8±2.3		0.002*
ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (บาท)		9820.8±6.2		23,890.3±2.1		0.000*

ตารางที่ 6 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
1. Sepsis	3	50.0
2. รอยต่อบริเวณผ่าตัดรั่ว	1	16.6
3. มีติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหลังการจำหน่าย	1	16.6
4. การติดเชื้อทางเดินหายใจ (VAP)	2	16.8

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ

ปัจจัยเสี่ยงร่วม	OR	95% CI of OR	p-value
อายุ>60 ปี	3.49	1.54-13.25	0.041*
เพศชาย	1.78	0.98-8.32	0.547
ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด	4.90	2.96-27.82	0.002*
Pulse rate>100/min	2.47	1.08-11.28	0.032*
ระยะเวลารอผ่าตัด > 24 ชั่วโมง	2.92	1.18-13.46	0.001*

P<0.05*

สรุปและอภิปรายผล

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการศึกษานี้พบ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 11.83 เสียชีวิต 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.23 ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยของ วิเชียร มลอยู่พะเนา[5] ซึ่งพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 12 การศึกษาของปราโมทย์ โคตรพันธุ์กูล[10] พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 15 แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงกว่า เช่น การศึกษาของ İlhan Tas. Et, al[11] ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุมหาวิทยาลัยดิยาร์บากีร์ ประเทศตุรกี พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18.2 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 20.3 อาจเนื่องจากลักษณะบุคคลที่นำมาศึกษา ช่วงเวลาในการศึกษา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยทางการศึกษารวมถึงการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ จากการศึกษานี้พบว่า อายุ>60 ปี ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด Pulse rate>100/min ระยะเวลารอผ่าตัด > 12 ชั่วโมง นอกจากนั้นผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย โรคร่วม ประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร

ปัจจัยด้านอายุ เพศของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ 3.49 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ İlhan Tas. Et, al[11] Ciftci. F, Erozgen. F[12]พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต 6.28 เท่า และ 5.99 เท่า ตามลำดับ ขณะที่การศึกษาของ Kim JM Et, al[13] ปัจจัยด้านอายุไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปัจจัยด้านเพศ จากการศึกษานี้พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง 1.78 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seyoum.N.et, al[13] พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในเพศชายมากว่าเพศหญิง 0.39 แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัดจากการศึกษานี้พบว่า มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ 4.90 เท่า ซึ่งเป็นผู้ที่ Pulse rate>100/min และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Nan-Hua Chou. et, al[14]โดยภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด เป็นปัจจัยร่วมทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลารอผ่าตัด >24 ชั่วโมง มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ 2.92 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth T[15] İlhan Tas. Et, al[11] พบว่าการรอผ่าตัดนานกว่า 24 ชั่วโมง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ คือ อายุ>60 ปี ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด Pulse rate>100/min ระยะเวลารอผ่าตัด > 24 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด

จากการศึกษานี้ควรจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุ และให้ความรู้แก่แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาโดยเฉพาะแพทย์เพิ่มพูนทักษะโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถส่งผู้ป่วย้เข้ามารับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม รวมถึงจัดให้มีการปรึกษาศัลยแพทย์ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

หากมีการทำการศึกษาวิจัยในอนาคตควรศึกษาไปข้างหน้าแยกผู้ป่วยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้เห็นผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือผู้ป่วยในกลุ่มที่เสียชีวิตควรเก็บข้อมูล เช่น อัตราการเสียชีวิตใน 30 หรือ 60 วัน ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลในการศึกษามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Dempsey DT, Kitagawa Y, Stomach, Anderson DK, Timothy R, Dunn DL, et al. (2015). Stomach. Schwartzus principle of surgery. The McGraw-Hill Companies.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

3. Chung TK, Shelat GV. (2017). Perforated peptic ulcer-an update. World J Gastro intest Surg, 9(1):1-12.
4. หน่วยงานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2566). สถิติโรงศัลยกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
5. วิเชียร มนอยู่พะเนา. (2563). ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุในจังหวัดเลย. ชัยภูมิเวชสาร, 40(1): 24-33.
6. Archampong TN, Asmah RH, Wiredu EK, Gyasi RK, Nkrumah KN. (2016). Factors associated with gastro-duodenal disease in patients undergoing upper GI endoscopy at the Korle-Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana. Afr Health Sc, 16: 611-9.
7. Chung TK, Shelat GV. (2017). Perforated peptic ulcer-an update. World J Gastro intestSurg, 9(1):1-12.
8. Ciftci F, Erozgen F. (2018). Patients With Perforated Peptic Ulcers: Risk Factors for Morbidity and Mortality. International Surgery, 103(11):578-84.
9. Suriya C, Kasatpibal N, Kunaviktikul W, and Kayee T. (2014). Prognostic Factors and Complications in Patients With Operational Peptic Ulcer Perforation in Northern Thailand Gastroenterology Res, 7(1): 5–11
10. ปราโมทย์ โคตรพันธุ์กูล. (2561). รายงานผลการรักษาและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะลุในโรงพยาบาลเลย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 26(2): 178-188.
11. İlhan Tas, Burak Veli lger, Akın nder, Murat Kapan, Zbeyir Bozdag. (2015). Risk factors influencing morbidity and mortality in perforated peptic ulcer disease. Ulusal Cer Derg, 31: 20-5
12. Ciftci. F, Erozgen. F. (2018). Patients With Perforated Peptic Ulcers: Risk
Factors for Morbidity and Mortality. Int Surg,103: 578–584
13. Kim JM, Jeong SH,Lee YJ, ParkST, ChoiSK, Hong SC,et al. (2012). Analysis of Risk Factors for Postoperative Morbidity in Perforated Peptic Ulcer. J Gastric Cancer, 12(1):26-35.
14. Nan-Hua Chou. et, al. (2000). Risk Factors of Mortality in Perforated Peptic Ulcer. Eur J Surg, 166: 149–153
15. Kenneth T, Soreide JA, SoreideK. (2014). What Is the Best Predictor of Mortality in Perforated Peptic Ulcer Disease. A Population-Based, Multivariable Regression Analysis Including Three Clinical Scoring Systems. J Gastrointest Surg, 18(1):1261-8.

ผลการใช้โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยต่อระดับการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Effects of Using a Thai Herbal Breast Massage Program on Milk Flow in Postpartum Mothers After Caesarean Section at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

อัญชลี ชลเมธีกุล[1], พนิดา แก้วใส[1]
Aunchalee Chollameteekul[1], Panida Kaewsai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยต่อระดับการไหลของน้ำนมในมารดาหลังการผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง 64 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มด้วยวิธีสุ่มแบบบล็อกขนาด= 4 กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับความรู้และใช้โปรแกรมนวดประคบสมุนไพรเต้านมมารดาหลังคลอด จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับความรู้และการดูแลตามมาตรฐานเดิมจำนวน 32 คน เครื่องมือในการทดลองครั้งนี้ คือโปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทย รวบรวมข้อมูลด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก/การตั้งครรภ์ ข้อมูลด้านน้ำนมแม่ และแบบบันทึกคะแนนการไหลของน้ำนม ซึ่งวัดคะแนนการไหลของน้ำนมเป็น 5 ระดับ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 - เดือนกันยายน 2567 ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การไหลของน้ำนมและเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ proportion test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับระดับการไหลของน้ำนมส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุ 30-35 ปี ร้อยละ 37.5 และ ร้อยละ 46.8 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.4 และ ร้อยละ 57.1 การตั้งครรภ์ที่ 1 ร้อยละ 56.3 และ ร้อยละ 43.8 นวดเต้านมด้วยตัวเองก่อนการทดลอง 1-3 ครั้ง/วัน ร้อยละ 68.75 และ ร้อยละ 31.25 ตามลำดับ ระดับการไหลของน้ำนมแรกรับส่วนใหญ่มีคะแนนระดับ 1 คือน้ำนมไม่ไหล ร้อยละ 40.6 และ ร้อยละ 50 ตามลำดับ หลังการได้รับโปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยและการดูแลตามมาตรฐานเดิม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการไหลของระดับน้ำนมระดับ 5 น้ำนมไหลดี ร้อยละ 56.3 และ ร้อยละ15.6 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 40 (95% CI : 0.194, 0.620, p-value = 0.007)

คำสำคัญ: โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทย, กระตุ้นน้ำนม, มารดาหลังคลอด

Abstract

This research is a quasi-experiment Research to study the effect of a Thai herbal breast massage program on milk flow levels in mothers after cesarean section at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The sample consisted of 64 participants, divided into two groups using block randomization with a block size of 4. The experimental group, comprising 32 mothers, received both knowledge and the herbal breast massage program, while the control group, also comprising 32 mothers, received knowledge and standard care.

The tool used in the experiment was the Thai herbal breast massage program. Data were collected using general data forms, clinical/pregnancy information, breastfeeding data, and milk flow score records, which measured milk flow on a 5-level scale. Data collection took place between August 2024 and September 2024. Personal data were analyzed using frequency distribution, percentages, means, and standard deviations. Milk flow levels were analyzed and compared using the proportion test, with statistical significance set at $p < 0.05$.

[1] กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Result: The study found that both groups had similar personal and behavioral data related to milk flow. In both the experimental and control groups, most participants were aged 30-35 years (37.5% and 46.8%, respectively), had a bachelor's degree (51.4% and 57.1%), and were in their first pregnancy (56.3% and 43.8%). Additionally, 68.75% of the experimental group and 31.25% of the control group had previously performed breast massages 1-3 times per day. Initially, most participants in both the experimental group (40.6%) and the control group (50%) had a milk flow level of 1 (no milk flow).After receiving either the Thai herbal breast massage program or standard care, 56.3% of the experimental group and 15.6% of the control group achieved a milk flow level of 5 (good milk flow), with the experimental group showing a 40% improvement over the control group (95% CI: 0.194, 0.620, p-value = 0.007).

Keywords: Thai herbal breast massage program, milk stimulation, postpartum mothers.

บทนำ

นโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2522 และปัจจุบันใช้ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยยึดหลักบันได 10 ขั้น [1,2] สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยต่าง ๆ เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การคลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาที่ต้องผ่าตัดคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก จะมีความไม่สุขสบายด้านร่างกายได้แก่ ปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย ไม่สะดวกในการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนั้นการใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนหรือยาระงับความรู้สึกทั่วไป อาจทำให้มารดาได้รับผลข้างเคียงจากยาได้ ซึ่งการใช้ยาชาฉีดเข้าทางไขสันหลังหรือการฉีดยาชาเข้าทางเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก จะทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะหรือปวดหลัง มารดามีความไม่สุขสบาย ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ร่างกายจะหลั่งสารโดปามีน ซึ่งเป็นสารยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซิน ทำให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมลดลง[3] ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลให้น้ำนมไหลช้าตามมา

แนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมการหลั่งน้ำนมในระยะหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพที่สำคัญวิธีหนึ่งคือการดูแลส่งเสริมให้มารดาได้รับการพักผ่อน ได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอเหมาะสมตามความต้องการ ตลอดจนดูแลด้านจิตใจของมารดา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประคบเต้านมด้วยความร้อน ทำให้การหลั่งน้ำนมมาเร็วขึ้น ความร้อนส่งผลทำให้เนื้อเยื่อคลายตัว กระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่เต้านมและเซลล์ผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มการลำเลียงของโปรแลคตินในเลือดและเพิ่มการซึมผ่านของโปรแลคตินไปสู่เซลล์ผลิตน้ำนมมากขึ้น ช่วยกระตุ้นกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่มีการหลั่งน้ำนมในปริมาณที่เพียงพอต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้[4] ดังนั้นการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยวิธีการดังที่กล่าวมาช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นจุดเริ่มต้นและพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลทารกให้เจริญเติบโต แข็งแรงสมบูรณ์ [5]

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพโดยแพทย์แผนไทย ด้วยการสอนสุขศึกษาให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับมารดาหลังคลอด ยังไม่เคยให้บริการนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยในมารดาหลังคลอดที่นอนพักฟื้นหลังคลอดบุตร และที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยต่อระดับการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

จึงควรศึกษาเพื่อช่วยเหลือแก้ปัญหาแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีปัญหาน้ำนมมาช้า ให้

ประสบผลสำเร็จเพิ่มการไหลของน้ำนมได้เร็วขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระดับการไหลของน้ำนมในระดับดี (5 คะแนน) ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการแพทย์แผนไทย และการดูแลตามมาตรฐานการแพทย์แผนไทยสำหรับมารดาหลังคลอด

สมมุติฐานการวิจัย

โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการแพทย์แผนไทยทำให้มารดาหลังคลอดมีระดับการไหลของน้ำนมในระดับดี (5 คะแนน) แตกต่างจากการดูแลตามมาตรฐานการแพทย์แผนไทยเพียงอย่างเดียว

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยต่อระดับการไหลของน้ำนมในมารดาหลังการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 – เดือนกันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาคือมารดาหลังคลอด ที่เข้ารับบริการคลอดด้วยวิธีการผ่าคลอด (ทั้งการผ่าคลอดแบบใช้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนเช่น การฉีดยาชาฉีดเข้าทางไขสันหลังหรือการฉีดยาชาเข้าทางเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก และการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป) และพักฟื้นในระยะหลังคลอด ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 – เดือนกันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 32 ราย และกลุ่มทดลอง 32 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Block-randomization กำหนดขนาดของบล็อก คือ block of 4

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลที่ได้จากการสุ่มข้อมูลของ มารดาหลังคลอด ที่เข้ารับบริการคลอดด้วยวิธีการผ่าคลอด และพักฟื้นในระยะหลังคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2566 จำนวน 10 ราย พบหลังการได้รับบริการมีระดับน้ำนมไหลในระดับดีหรือ 5 คะแนนร้อยละ 60 ทั้งนี้จากการให้ความเห็นของแพทย์แผนไทยคาดว่า การเพิ่มโปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยจะสามารถทำให้มารดามีระดับน้ำนมไหลในระดับดีหรือ 5 คะแนน ประมาณร้อยละ 90 ทั้งนี้กำหนด α=0.05, β=0.2 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากร 2 กลุ่ม ซึ่งจะได้อาสาสมัครกลุ่มละ 32 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) 1) คลอดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 2) มีอาการคัดตึงเต้านมหรือน้ำนมไม่ไหล

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากวิจัย exclusion criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูง คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่ต้องงดการให้นมบุตร เช่น ติดเชื้อเอชไอวี โรคหัวใจ เป็นต้น 2) ทารกที่มีปัญหาการดูดกลืน มีความพิการ/ภาวะผิดปกติ/ภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 วิธีการให้บริการที่ใช้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.1 การดูแลตามมาตรฐานปกติด้วยแพทย์แผนไทย (สอนสุขศึกษาการให้ความรู้ด้วยแพทย์แผนไทย)

การให้ความรู้ (สอนสุขศึกษา) ได้แก่ การปฏิบัติตัวหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การนวดกระตุ้นน้ำนม การประคบเต้านม สมุนไพรบำรุงน้ำนม

1.2 โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทย (เพิ่ม)

1. จัดท่ามารดาหลังคลอดลักษณะนอนหงาย มือวางแนบลำตัว

2. ขั้นตอนการนวด

- ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง นวดเบา ๆ วนเป็นรูปก้นหอย นวดวนจากฐานเต้านมเข้าถึงลานนม ข้างละ 3-5 รอบ (ประมาณ 1 นาที)

- ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง นวดเบา ๆ วนเป็นรูปก้นหอย นวดจากฐานเต้านมด้านบน ด้านล่าง และด้านข้าง ถึงลานนม ข้างละ 3-5 รอบ (ประมาณ 1 นาที)

- ปั่นจี๊ดโดยการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้คลึงหัวนมเบา ๆ เหมือนปั้นแป้งเป็นรูปวงกลม (ประมาณ 1 นาที) เมื่อมารดาหลังคลอดรู้สึกจี๊ดที่เต้านมให้นวดระบายน้ำนมออกอย่างต่อเนื่อง

- บีบน้ำนมโดยการใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้วางที่ขอบนอกของลานนม หรือห่างจากหัวนมประมาณ 3 เซนติเมตร ในตำแหน่งที่ตรงข้ามกัน แล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก และบีบเข้าหากัน เบา ๆ ให้เป็นจังหวะ ลึกลงไปด้านหลังของลานนม คลายนิ้ว แล้วเริ่มทำใหม่โดย กด-บีบ-ปล่อย ให้เป็นจังหวะ (ประมาณ 1 นาที)

- ใช้มือหนึ่งข้างนวดที่เต้านมตามข้อ 1 และข้อ 2 และใช้มืออีกข้างหนึ่งบีบน้ำนมสลับกัน ที่เต้านมข้างเดียวกัน ประมาณ 1 นาที

3. ประคบสมุนไพรสดด้วยการนึ่งไอน้ำ 15 นาที รอบเต้านม ประมาณ 2-3 นาที

4. ทำซ้ำขั้นตอนที่ 1-3 อีก 1 รอบ ใช้เวลาข้างละ 15 นาที รวม 2 ข้าง 30 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก/ การตั้งครรภ์ ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านน้ำนมแม่ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnater Depression Scale (EPDS)

2. แบบบันทึกคะแนนการไหลของน้ำนม ซึ่งวัดคะแนนการไหลของน้ำนมเป็น 5 ระดับ [6]

วัดคะแนนการไหลของน้ำนมเป็น 5 ระดับ ซึ่งแบ่งเกณฑ์การไหลของน้ำนมดังนี้

1 คะแนน น้ำนมไม่ไหล หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้ว ไม่มีน้ำนมไหลออกมา

2 คะแนน น้ำนมไหลน้อย หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลซึมออกมา แต่ไม่เป็นหยด

3 คะแนน น้ำนมเริ่มไหล หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำใส ๆ ไหลออกมา 1-2 หยด

4 คะแนน น้ำนมไหลแล้ว หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำใส ๆ หรือสีเหลืองไหลออกมากกว่า 2 หยด

5 คะแนน น้ำนมไหลดี หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้ว มีน้ำนมไหลพุ่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 - เดือนกันยายน 2567 มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ขออนุญาตจัดทำโครงการวิจัยจากหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

3. ขออนุมัติรวบรวมข้อมูลดำเนินการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

4. ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยให้มารดาหลังคลอดรับทราบและยินยอม

5. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการคัดลอกจากข้อมูลแฟ้มประวัติเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

6. หลังจากมารดาหลังคลอดและพักฟื้นในตึกหลังคลอด ในมารดาหลังคลอดที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาเป็นลายลักษณ์อักษร จะถูกสุ่มแบบบล็อก โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้และการดูแลตามมาตรฐานปกติ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่กลุ่มทดลองเพิ่มการใช้โปรแกรมนวดประคบสมุนไพรเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 ภายใน 12 ชั่วโมง หลังคลอด

ครั้งที่ 2 ภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังคลอด

ครั้งที่ 3 ภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังคลอด

7. ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะถูกประเมินระดับการไหลของน้ำนมก่อนและหลังการให้บริการของแพทย์แผนไทย เป็นการประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพตามการให้บริการมาตรฐานปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลกระจายแบบปกติ

2. เปรียบเทียบสัดส่วนการไหลของน้ำนม การวัดคะแนนการไหลของน้ำนม ใช้สถิติ proportion test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 075/2024 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2567 อาสาสมัครทุกคนได้รับการชี้แจงโดยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และมีการลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการศึกษา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปมารดาหลังการผ่าตัดคลอดและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมส่วนใหญ่ใกล้เคียงกับ โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อายุ 30-35 ปี ร้อยละ 37.5 และ ร้อยละ 46.8 ตามลำดับ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.4 และ ร้อยละ 57.1 การตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 56.3 และ ร้อยละ 43.8 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 56.3 และ ร้อยละ 62.5 ดื่มน้ำ 6-8 แก้ว/วัน ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 56.2 การนอนพักผ่อน นอน 5 - 6 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 53.13 และ ร้อยละ 59.37 พฤติกรรมและการปฏิบัติตัวสัมพันธ์กับระดับการไหลของน้ำนมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองนวดเต้านมด้วยตัวเองก่อนการทดลอง 1-3 ครั้ง/วัน ร้อยละ 68.8 แต่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 31.25

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการไหลของน้ำนมของมารดาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการไหลของน้ำนมแรกรับพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับการไหลของน้ำนมในระดับไม่ไหลหรือ ไหลน้อย โดยกลุ่มทดลองพบน้ำนมไม่ไหลร้อยละ 40.6 และไหลน้อยร้อยละ 46.9 กลุ่มควบคุมพบ น้ำนมไม่ไหลร้อยละ 50 และไหลน้อยร้อยละ 40.6

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของมารดาหลังการผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับคะแนน 5 น้ำนมไหลดี คือเมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลพุ่ง กลุ่มทดลองพบจำนวน 18 ราย คิดเป็น ร้อยละ 56.3 กลุ่มควบคุม 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 15.6 โดยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 40.7 (95% CI 0.194, 0.620, p-value = 0.007) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับคะแนน 5 น้ำนมไหลดี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมิน ระดับการไหลของน้ำนม	กลุ่มทดลอง = 32 คน n (%)	กลุ่มควบคุม = 32 คน n (%)	Proportion, P-Value
ระดับคะแนน **5** น้ำนมไหลดี (เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลพุ่ง)	18 (56.3)	5 (15.6)	0.407 (0.194, 0.620, p-value = 0.007)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาผลการใช้โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยต่อระดับการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมนวดประคบสมุนไพรเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งแรกภายใน 12 ชั่วโมง หลังคลอด ครั้งที่ 2 ภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังคลอด และครั้งที่ 3 ภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังคลอด มีการไหลของน้ำนมระดับไหลดีในสัดส่วนที่มากกว่ามารดาที่ได้รับการบริการมาตรฐานปกติของแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาผลการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ[6]ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 65 ของกลุ่มทดลองมีน้ำนมเริ่มไหลภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง ร้อยละ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการไหลของน้ำนมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < 0.001 ทุก 6, 12, 18, 30 ชั่วโมง โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทย ถ้าทำหัตถการอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด ครั้งที่ 2 ภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด และครั้งที่ 3 ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด มีผลทำให้ระยะเวลาที่น้ำนมจะไหลดีและไหลเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลการการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในกลุ่มมารดาผ่าคลอด[7] ผลการวิจัย พบว่ามารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมหลังทดลองในชั่วโมงที่ 24 และ 48 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 3.493 p = 0.000), (Z = 3.431 p = 0.001) และจากการวิจัยการฝึกทักษะการนวดเต้านมประคบสมุนไพรด้วยตนเองโดยแพทย์แผนไทยช่วยแนะนำ มีความจำเป็นในกรณีไม่มีแพทย์แผนไทยให้บริการนวดประคบสมุนไพร เพื่อให้มารดาผ่าตัดคลอดสามารถนำไปปฏิบัติได้เบื้องต้น ส่งผลให้มารดาผ่าตัดคลอดมีการไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้นและลดอาการคัดตึงของเต้านมได้ สอดคล้องกับวิจัยผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก[8] พบว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการนวดนมด้วยตัวเอง มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมหลังการทดลองในชั่วโมงที่ 4,12,24และ48 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและการใช้โปรแกรมกระตุ้นการเพิ่มน้ำนมวิถีไทยหลังคลอดบุตรแล้ว 4 ชั่วโมงทันที มีผลในการช่วยเพิ่มปริมาณการไหลน้ำนมเร็วขึ้นตั้งแต่ชั่วโมงแรกของการให้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยในการเพิ่มขึ้นชั่วโมง ละ 2.15 มิลลิลิตร [9]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามารดาที่ได้รับการช่วยเหลือจะมีการไหลของน้ำนมที่เร็วขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ การเริ่มต้นช่วยเหลือมารดาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยวิธีการช่วยให้น้ำนมไหลเร็วขณะอยู่ในโรงพยาบาล จะลดปัญหาในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลดความวิตกกังวลทั้งของมารดาและญาติ ลดภาวะเครียดของมารดา วิธีที่มารดาและ

ญาติสามารถปฏิบัติได้ที่ง่ายใน ระยะ 12 ชั่วโมงแรกคือ การนวดเต้านมด้วยตัวเองโดยนวดเต้านม ลานนม และหัวนมเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณ เต้านมมากขึ้นและกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน เพิ่มขึ้น โดยการนวดสัมผัสเต้านมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและการประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทย ทำให้ต่อมน้ำนม ปลายประสาทที่หัวนมและลานนมถูกกระตุ้นส่งสัญญาณ ไปยังสมอง กระตุ้นให้มีการทำงาน ของฮอร์โมนออกซิโตซิน และมีการไหลของน้ำนม ทำให้มารดามีความมั่นใจและเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ การประคบเต้านมด้วยความร้อนทำให้การหลั่งน้ำนมมาเร็วขึ้น ทั้งนี้ความร้อนส่งผลทำให้เนื้อเยื่อคลายตัว กระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่เต้านมและเซลล์ผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มการลำเลียงของโปรแลคตินในเลือดและเพิ่มการซึมผ่านของโปรแลคตินไปสู่เซลล์ผลิตน้ำนมมากขึ้น ช่วยกระตุ้นกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่มีการหลั่งน้ำนมในปริมาณที่เพียงพอต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้[2] และสมุนไพรที่ใช้ในการประคบยังมีส่วนช่วยเพิ่มความสุขสบายให้แก่มารดาหลังการผ่าตัดคลอดได้ ด้วยสรรพคุณทางยา เช่น ไพล ขมิ้น ผิวมะกรูด ตะไคร้ ใบมะขาม ใบส้มป่อย เกลือพิมเสน การบูร และพบว่าสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบในลูกประคบนั้นเมื่อผ่านการนึ่งร้อน เช่น ไพล ขมิ้น มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่ตรงกับสรรพคุณของการแพทย์แผนไทยตัวอย่าง เช่น ไพล มีสาร β-sitosterol ที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบและสาร compound D มีวิธีคลายกล้ามเนื้อในสัตว์ทดลองได้ ขมิ้นชัน สรรพคุณสำหรับผิวหนังคือ ลดผื่น แพ้ ผิวหนังอักเสบ ในขมิ้นชันมีสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ 2 กลุ่มคือ กลุ่มน้ำมันหอมระเหย และกลุ่มสารสีเหลืองส้มที่เรียกว่าคือเคอร์คูมินอย พบว่ามีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระที่ดีมีฤทธิ์ต้านการอักเสบที่ดี และยังได้กลิ่นหอมละมุนจาก volatile oil ที่มาจากผิวมะกรูด ตะไคร้ จะมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจรวมถึงส่งผลต่อความรู้สึกผ่อนคลายได้[10] และการสูดดมน้ำมันหอมระเหยมะกรูด สามารถส่งผลให้อาสาสมัครรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น[11] ผู้วิจัยจึงประยุกต์โปรแกรมนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทยต่อระดับการไหลของน้ำนมในมารดาหลังการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยเชื่อมั่นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การนวดกระตุ้นน้ำนมการประคบสมุนไพรเต้านม สมุนไพรบำรุงน้ำนม และการนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทย จะช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังการผ่าตัดคลอดมีน้ำนมไหลและมีปริมาณเพียงพอ มีผลในระยะยาวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ [12]

ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาเรื่องน้ำนมและการไหลของน้ำนม จึงควรสนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมการนวดและประคบสมุนไพรมารดาหลังคลอดและขยายเครือข่ายลงสู่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาเรื่องการไหลของน้ำนม เพื่อให้มารดามีกำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประหยัดค่าใช้จ่ายและลูกได้กินนมแม่ซึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก อันจะนำไปสู่การให้นมบุตรในระยะเริ่มแรกได้อย่าง มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาหาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ มารดาไม่สามารถบีบน้ำนมและไม่นวดกระตุ้นน้ำนมด้วยตัวเองได้อย่างสม่ำเสมอ

2. การวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาในการวัดปริมาณน้ำนมและอาจจะเก็บข้อมูลควบคู่กับการตรวจสอบการได้รับน้ำนมในเด็กทารกด้วย ควรมีการกระจายโปรแกรมการนวดและประคบเต้านมในกลุ่มอื่น ๆ เช่น การคลอดปกติ

3. โปรแกรมการนวดกระตุ้นน้ำนมมีส่วนช่วยให้มารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดมีการผลิตน้ำนมและคงไว้ซึ่งปริมาณน้ำนมที่เพียงพอสำหรับทารก ควรมีการนำโปรแกรมนี้มาปรับใช้ร่วมกับการพยาบาลปกติ และติดตามการบีบน้ำนมของมารดาให้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. ควรมีสื่อการสอนวิธีนวดนมด้วยตัวเองเป็นสื่อวิดีโอที่สามารถไปเรียนรู้ต่อที่บ้านได้

5. ควรมีนโยบายเพิ่มสิทธิการรักษานวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพรสำหรับมารดาหลังคลอดตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2568 การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ การยกระดับเศรษกิจสุขภาพ การแพทย์แผนไทย เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.กัญญาลักษณ์ ณ รังษี ในการให้คำปรึกษางานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลขอขอบคุณความร่วมมือในการให้เก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอดชั้น 1 และ ชั้น 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

1.องค์การอนามัยโลก. (2564). Increasingcommitment to breastfeeding through funding and improve policies and programs. สืบค้นจาก https://app.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf?sequnce=1&isAllowed=y

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย 2566. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565,รายงาน ผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.

3. กนกพร เอื้ออารีย์กุล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อปริมาณน้ำนม และ ระยะเวลาที่มารดามีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารกในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(3):71–82.

4. อานิตย์ อ่องสกุล. ผลของการใช้นวัตกรรม Donut Heat Gel ต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลพัทลุง The Effectiveness Donut Hot Gel Compress on First-Time Lactation after Birth in Postpartum Women. วารสารวิชาการ. 2564;1(1):1–15.

5. เสาวลักษณ์ ค้าของ และมยุรี นิรัตธราดร. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 47(1), 31-43.

6. อมรินทร์ ชะเนติยัง. ผลการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2018;4(1):41–52.

7. เบญจวรรณ ละหุการ, มลิวัลย์ รัตยา, ทัศณีย์ หนูนารถ, นุสรา มาลาศร, กาญจนีย์ รัตนถาวร. ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอด. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564;6(8):100–11.

8. มารียา มะแซ, ศศิกานต์ กาละ, วรางคณา ชัชเวช. (2562). ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของ น้ำนมในมารดาครรภ์แรก Effect of Self-Breast Massage Program on Milk Ejection of First-Time Mothers. วารสารมหาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 11(3), 3-11.

9. อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม, เพ็ญศิริ จันทร์แอ, ธีระ ผิวเงิน, ขนิษฐา ทุมา, จรินยา ขุนทะวาด, ภานิชา พงษ์นราทร, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นการเพิ่มน้ำนมวิถีไทยต่อปริมาณและระยะเวลา การไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, 22(2), 269-279.

10. ศราวุฒิ แพะขุนทด, ศุภะลักษณ์ ฟักคำ, วินัย สยอวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม. ผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันต่อระบบประสาทอัตโนมัติ และอารมณ์ความรู้สึก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2022;9(1):257–69.
11. สุธัญญา พรหมสมบูรณ์, อนงค์นาฏ โสภณางกูร, ประพฤติ พรหมสมบูรณ, สุชาดา กรเพชรปาณ. ประสิทธิภาพของน้ำมันหอมระเหยจากพืชสมุนไพร 5 ชนิด ต่อการผ่อนคลายความเครียด. วารสารวิจัย. 2560;10(2):68–75.
12. ศศิกานต์ กาละ. (2561). การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: บทบาทพยาบาล. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.

การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care for Patients With Septic Shock at Emergency Department : Two Case Studies.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

วิภารัชญ์ ประมวลปรีชา[1]
Wipharat Pramonpricha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เปรียบเทียบ 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสมเด็จ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 – 31 ตุลาคม 2567 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแล การเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะวิตกกังวลเพราะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต้องดูแลให้ข้อให้ข้อมูลมูลการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือประคับประคองแก่ครอบครัวตามความต้องการ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วย ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

Abstract

This study was case study aimed to study the disease progression, nursing diagnoses, nursing practices, and nursing outcomes in patients with septic shock in the emergency department. The comparison is made between 2 patients with septic shock in the emergency department who were admitted to Somdej Hospital from 1 May 2024 to 31 October 2024.

The results of the study found that both patients received care for the occurrence of septic shock, pathology, symptoms and signs, treatment, nursing problems and diagnoses. Both case studies had anxiety because the patients and family members had to face problems with the patients' illnesses. They had to provide information on medical treatment and support to the families as needed.

Keywords: Nursing care for patients, septic shock, emergency medical services

บทนำ

Septic shock หรือ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่สำคัญอย่างยิ่งโรคหนึ่ง เมื่อมีการติดเชื้อในสู่ร่างกาย เชื้อโรคจะสร้างสารพิษ (Toxin) ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพ หลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจ ตามมาด้วยภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด[1] และพบเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของโลก (Dellinger, 2013) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต 750,000รายต่อปี มีการติดเชื้อ รุนแรงร้อยละ 30-50 และในรายที่มีการติดเชื้อรุนแรง มีภาวะช็อกร่วมกับการทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลวร้อยละ 80-90

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จ

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 14-30 และยังพบว่า เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สูงมากกว่าร้อยละ 50 ของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด อัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 32.03 ของอัตราตายทั้งประเทศ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ปี และมีผู้ป่วยผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี ซึ่งเมื่อคำนวณแล้วพบว่า มีผู้ป่วย Sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง โดยปี 2563 ถึง 2567 พบอัตราการเสียชีวิต 31.91, 34.09 ,35.42 ,9.80 และ 27.92 (ถึง17 มิ.ย. 67) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบอัตราตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าหมายไว้ คืออัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องน้อยกว่าร้อยละ 28[2] การตายในผู้ป่วย เหล่านี้มีสาเหตุจากอวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลว จากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทั่วร่างกายเป็นเวลานาน การวินิจฉัยที่ล่าช้า รวมถึงการได้รับสารน้ำและการได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้าและไม่เพียงพอ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้าจึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น[3] และอัตราการเสียชีวิตระดับเขต7 ในปี 2563 ถึง 2567 เท่ากับ,27.45 ,33.09, 34.75 ,27.96 และ 27.72 (ถึง 17 มิ.ย. 67) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ส่วนอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในภาพรวมของจังหวัดกาฬสินธุ์ค่อนข้างสูง ในปี 2563 ถึง 2567 เท่ากับ 32.32, 35.50, 34..50 ,25.91 และ 26.60 (ถึง17 มิ.ย. 67) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งพบมีแนวโน้มสูงเกินค่าเป้าหมายทุกปี (ค่าเป้าหมาย เท่ากับ 26.36) [4]

โรงพยาบาลสมเด็จ เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 90 เตียงตามกรอบ ให้บริการจริง 114 เตียง พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ในปี 2563-2567 คือ พบร้อยละ 14.56, 8.04, 16.67,4.11 และ 8.33 ตามลำดับ การเสียชีวิตส่วนใหญ่ มีโรคร่วมที่รุนแรงอยู่เดิม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วมหลายโรค เช่นปอดอักเสบ(pneumonia), โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ(UTI) โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร(AGE) และโรคติดเชื้อทางผิวหนังและเนื้อเยื่ออย่างรุนแรง(Necrotizing fasciitis ปัญหาที่พบในโรงพยาบาลสมเด็จ คือ แนวทางการเฝ้าระวังการคัดกรองไม่ครอบคลุม,การวินิจฉัยล่าช้า(Delayed Diagnosisส่งผลให้แผนการรักษาล่าช้า(Delayed treatment) โรงพยาบาลสมเด็จ จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Fast Track sepsis ร่วมกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี2561-2563 โดยเน้นการประเมินผู้ป่วย Sepsis ระยะเริ่มแรก โดยใช้แบบประเมิน SIRS Criteria และ qSOFA score ตั้งแต่แรกรับที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้มีความรวดเร็ว เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้จะช่วยให้การวินิจฉัยและการรักษาได้เร็วขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถ้าได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยโรคถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งมีการวางแผนและการบริการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด จากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีการรับรู้ถึงอันตรายของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และมีแรงจูงใจในการ ป้องกันโรค สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาและให้การดูแลต่อเนื่องที่ดี[4]

จากการทบทวนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดปี2566 สามารถลดอัตราการตายลงได้ ร้อยละ 4.11 จากในปี2565อัตรา

การตาย ร้อยละ 16.67 ในส่วนของงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงถือปฏิบัติตามแนวทาง CPG SEPSIS จากการศึกษาพบว่า สามารถนำไปปรับใช้ในทุกหน่วยงานเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกันช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง การประเมิน ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ครบถ้วนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ลดอัตราตาย ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลผู้ศึกษาเห็นว่ากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกในงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย การรักษา การบริการพยาบาล สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลพื้นฐาน เชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อลดอัตราการตายและ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลต่อไป[5]

การศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกในงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย การรักษา การพยาบาล สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลพื้นฐาน เชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อลดอัตราการตายและ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนากรณีศึกษาโดย

1. เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี(Case study) โดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแฟ้มผู้ป่วยใน และเปรียบเทียบข้อมูล 2 ราย

2.เลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย และเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการดูแลที่ควรเป็นไปตามทฤษฎีโดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการและอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตแบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจและสังคม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ การใช้ยา รวมถึงการนำ CPG การดูแลผู้ป่วย SEPSIS มาใช้

3. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

4. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบ เพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายกรณีศึกษา แบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติ โดยต้องเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสมเด็จ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 – 31 ตุลาคม 2567 จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

จากเวชระเบียนโดยศึกษาแบบบันทึกข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แบบประเมินภาวะสุขภาพด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ รวมถึงแฟ้มสุขภาพครอบครัว

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนวทางดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจังหวัดกาฬสินธุ์ (Kalasin Sepsis Protocol)

2. แบบประเมินคัดกรองภาวะ severe sepsis/septic shock

3. แนวทางปฏิบัติการเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture :H/C)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลจากประวัติการรักษาของผู้ป่วยจากเวชระเบียน แบบประเมินภาวะสุขภาพด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติรวมถึงแฟ้มสุขภาพครอบครัว หลังจากทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้าพยาบาล ผู้ป่วย และญาติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อนำไปวางแผนตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการบริการพยาบาลแบบองค์รวม จากทั้ง2รายกรณีศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงและกำลังดำเนินการ ส่งจริยธรรม เดือน สิงหาคม พ.ศ.2567 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมของการวิจัยในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง มีหลักการที่สำคัญ 3ประการโดยมีการปฏิบัติ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบประเด็นการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.มีภาวะช็อกเนื่องจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด	√	√
2.มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (poor tissue perfusion) เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง	√	√
3.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์	√	√
4.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการทำงานของไตบกพร่อง ภาวะซีด และการได้รับสารน้ำปริมาณมากในการ resuscitation	√	√
5.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติและขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	√	√
6.ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	√	-

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.การเข้าถึงการรับบริการ	- เข้าถึงล่าช้าระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 วัน จนมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ญาติจึงพามาโรงพยาบาลเอง	- เข้าถึงล่าช้าระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 วัน จนมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ญาติจึงพามารักษาที่โรงพยาบาล
2. การประเมินผู้ป่วย	- แรกรับที่ห้องฉุกเฉินใช้เครื่องมือ - ใช้แบบประเมิน NEWS score คะแนน= 9 -ประเมินได้รวดเร็วใช้เวลา 3 นาทีและอาการของผู้ป่วยวิกฤติได้รับการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทันที	- แรกรับที่ห้องฉุกเฉินใช้เครื่องมือ - ใช้แบบประเมิน NEWS score คะแนน = 8 - ประเมินและวินิจฉัยได้รวดเร็วได้รับการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทันที
3. การวางแผน	-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยCPG sepsis แก้ไขภาวะวิกฤติ -วางแผนส่งต่อไปหอผู้ป่วยชาย	-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG sepsis แก้ไขภาวะวิกฤติ -วางแผนส่งต่อไปหอผู้ป่วยชาย

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
4. การดูแลผู้ป่วย	- มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis / septic shock ที่ชัดเจน - ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะในภาวะวิกฤติของชีวิต	- มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis / septic shock ที่ชัดเจน - ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะในภาวะวิกฤติของชีวิต
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	- มีการให้ข้อมูลญาติในการร่วมตัดสินใจเมื่อในภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต - ให้ข้อมูลญาติในความเสี่ยง ระหว่าง การเคลื่อนย้ายส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยชาย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างนอนโรงพยาบาล	- มีการให้ข้อมูลญาติในการร่วมตัดสินใจเมื่อในภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต - ให้ข้อมูลญาติในความเสี่ยงระหว่าง การเคลื่อนย้ายส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยชายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างนอนโรงพยาบาล
6. การดูแลต่อเนื่อง	- นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน นัดมาพบศัลยแพทย์และประสานส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านติดตามอาการต่อเนื่อง	- นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน นัดมาพบศัลยแพทย์และประสานส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านติดตามอาการต่อเนื่อง

สรุปกรณีศึกษา

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการ 1 วันก่อนมีไข้ เหนื่อยเพลีย ข้อเท้าขวา มีแผลบวมแดง ปวดโรคประจำตัว1)โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)2)โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) แรกรับ ESI triage level 2 , NEWS =8คะแนน ได้แก่ 1)อัตราการหายใจ= 26 ครั้ง/นาที=3 คะแนน 2)ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด=96% =0 คะแนน3)การให้ออกซิเจนทดแทน= ใช้ = 2 คะแนน4)อุณหภูมิร่างกาย= 37.8 องศาเซลเซียส= 0 คะแนน5)ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว =79mmHg=3 คะแนน 6)อัตราการเต้นชีพจร =84 ครั้ง/นาที=0 คะแนน รายได้รับดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด มีปัญหาระยะวิกฤติคือมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสเลือด เสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ ไตวายเฉียบพลัน ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเสียสมดุลกรด – ด่าง ความวิตกกังวลแบบแผนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง ให้การพยาบาลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก(Hour -1 bundle: Initial Resuscitate for sepsisand septic shock) การรักษาที่ได้รับภายใน 3 ชั่วโมงนับจากการคัดแยกผู้ป่วย 1) ตรวจวัดระดับซีรั่มแลคเตท (serum lactate) ในเลือด = 4 mmol/l 2)เจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ3)ให้ยาต้านจุลชีพCeftriaxone 2 gm v OD , clindamycin 600 mg v ทุก 8 ชั่วโมง4)ให้สารน้ำAcetar 1000 mlปริมาณ30 ml/kg/hr และให้ต่อเนื่องด้วยAcetar 1500 mlv in 8 ชั่วโมง ชั่วโมง5) ได้รับยา levophed (4:250) iv drip 10ml/hrรวมเวลาที่อยู่ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 15 นาที ได้รับไว้รักษาตัวที่หอผู้ป่วยชาย

กรณีศึกษาที่ 2 มาด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง ปวดท้อง ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว ผลอัลตราซาวด์ : Cirrhotic liver with portal hypertension, multi tiny GS DDx gall bladder cancerมีโรคประจำตัวคือ alcoholic cirrhosis child B with portal HT (Sero negative)แรกรับ ESI triage level 2 , NEWS = 9คะแนน ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ=22 ครั้ง/นาที=3คะแนน 2)ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด=98% =0 คะแนน3)การให้ออกซิเจนทดแทน=ใช้ =2 คะแนน 4)อุณหภูมิร่างกาย= 37.8 องศาเซลเซียส= 0 คะแนน 5)ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว =88 mmHg =3 คะแนน 6)อัตราการเต้นชีพจร =100 ครั้ง/นาที=1 คะแนนมีปัญหาระยะวิกฤติคือ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสเลือด เสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ ไตวายเฉียบพลัน ความวิตกกังวลแบบแผนในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงให้การพยาบาลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก(Hour -1 bundle: Initial Resuscitate for sepsis and septic shock)) การรักษาที่ได้รับภายใน 3 ชั่วโมงนับจากการคัดแยกผู้ป่วย 1) ตรวจวัดระดับซีรั่มแลคเตท(serum lactate) ในเลือด = 3.4 mmol/l 2)เจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ 3)ให้ยาต้านจุลชีพmeropenam 2 gm iv stat4)ให้สารน้ำ Acetar 3000 ml ปริมาณ30 ml/kg/hrและให้ต่อเนื่องด้วย Acetar 1500 ml v in 8 ชั่วโมง 5)ได้รับยา levophed (4:250) v drip 45 ml/hr รวมเวลาที่อยู่ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 15 นาที ได้รับไว้รักษาตัวที่หอผู้ป่วยชาย

จากการศึกษาจะเห็นว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 มีสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เกิดจากการติดเชื้อที่ข้อเท้าขวาต้องได้รับการกำจัดแหล่งติดเชื้อโดยการผ่าตัดตกแต่งบาดแผล กรณีศึกษาที่ 2 เกิดจากถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะวิกฤติที่คล้ายคลึงกันคือ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล มีการทำงานของตับและไตบกพร่อง ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติเลือดออกง่าย มีภาวะซีด ทั้ง 2 กรณีศึกษามีอาการแสดงภาวะช็อกก่อนมาถึงโรงพยาบาล ภาวะช็อกจากการติดเชื้อทั้ง 2 ราย ได้ fluid resuscitation และNor – epinephrine และ hydrocortisone กรณีศึกษาที่ 2 ใช้เวลาในการรักษาพยาบาลให้พ้นภาวะช็อกนานกว่าจากการที่ภาวะการทำงานของตับและไตบกพร่อง และมีภาวะขาดสารคอร์ติโคสเตียรอยด์ และมีโรคประจำตัวคือ alcoholic cirrhosis child B with portal HT (Sero negative) เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความดันโลหิตต่ำและภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงขึ้น ดังนั้นจึงให้ hydrocortisone 200 มิลลิกรัม/วัน การให้ fluid resuscitation ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ทำให้หลังพ้นภาวะช็อกมีภาวะน้ำเกิน และต้องได้รับยาขับปัสสาวะ กรณีศึกษาที่ 1 มีโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และมีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะซีด Hct = 25 %, Hb = 9.3gm/dl ได้รับ PRC 2 unit เพราะผู้ป่วยมีภาวะ poor tissue perfusion กรณีศึกษาที่ 1ได้รับการดูแลรักษาให้การพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 15 นาทีกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการดูแลรักษาให้การพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 30 นาทีกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะวิตกกังวลเพราะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต้องดูแลให้ข้อให้ข้อมูลมูลการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือประคับประคองแก่ครอบครัวตามความต้องการ

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบได้บ่อยในห้องฉุกเฉิน มีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกรณีศึกษาทั้ง2รายได้รับการคัดกรอง การวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันทีตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน และได้รับการค้นหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือ NEWS และใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย sepsis ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามหลัก Hour- 1 sepsis bundle ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก อวัยวะสำคัญต่างๆกลับมาทำงานได้ดี จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 กรณี พบจุดแข็งคือการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ครบถ้วนประกอบด้วย 1)การคัดกรองโดยใช้ NEWS 2)การใช้ช่องทางเร่งด่วน sepsis fast track 3) การเจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และให้ยาจำเพาะกับผลเพาะเชื้อ 4)การให้สารน้ำฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างเพียงพอ 5) การได้รับการดูแลใกล้ชิดแบบผู้ป่วยวิกฤติ ผลการศึกษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันตั้งแต่

ระยะแรกรับในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย เพราะฉะนั้นกิจกรรมการพยาบาลในระยะวิกฤตที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย พยาบาลในงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย และความรู้วิชาการที่ทันสมัย นำไปปรับใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล[5,6,8]

ดังนั้นจากการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในกรณีศึกษานี้จึงสามารถนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ/ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในรายอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรมีระบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis/septic shock สู่การปฏิบัติให้ครบถ้วน มีการนิเทศการปฏิบัติต่อเนื่อง และรับผิดชอบการเก็บตัวชี้วัดในหน่วยงานนำมาวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด/ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในโรงพยาบาลชุมแพ ให้เป็นแนวทางเดียวกัน และ พัฒนาแนวทาง sepsis first ICU

3. ควรมีแนวทางการนิเทศ กำกับติดตาม ให้ความรู้พยาบาลในการดูแล คัดกรอง ผู้ป่วยติดเชื้อ/ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวให้ห่างไกลโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. ทิฏฐิ ศรีวิชัย และวิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาล ฉุกเฉิน.วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 9(2) : 152-162.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถิติอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 1พฤษภาคม 2567. จากเว็ปไซต์ :https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/
3. ฑิตยา วาระนัง. (2562). ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อใน กระแสโลหิต โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร. 11(1/2562). 1-8.
4. ข้อมูลเวชระเบียนและสถิติ. (2567). จำนวนผู้ป่วย sepsis/septic shock โรงพยาบาลสมเด็จ งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์.สืบค้นเมื่อ 1พฤษภาคม2567.รายงานhos-XP/end user report
5. รัฏฏิกาญจน์ นาคโนนทัน (2566).การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ. : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
6. สมพร รอดจินดา. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 31(1). 212-231.
7. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤต.
8. นฤมล ฮามพิทักษ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(3). 79-87.

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

EFFECTIVENESS OF A HEALTH PROMOTION PROGRAM ON SELF-CARE AMONG ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION AT KHONG CHIAM HOSPITAL, UBON RATCHATHANI PROVINCE

(Received: October 18,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 24,2024)

ปิยะพร พุ่มแก้ว[1]
Piyaporn Pumkaew[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลโขงเจียม จำนวน 52 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม ถึงวันที่ 8 ตุลาคม 2567 ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Repeated measure One-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$)

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a health promotion program on self-care among elderly patients with hypertension at Khong Chiam Hospital, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 52 elderly hypertensive patients within the hospital's service area. Data were collected from August 8 to October 8, 2024, over an 8-week period. The participants received a health promotion program designed to enhance self-care behaviors among elderly patients with hypertension. Data were gathered using a self-administered questionnaire developed by the researcher. The statistical methods employed included frequency, percentage, mean, standard deviation, and repeated measure one-way ANOVA.

The results indicated that the mean score of health perception and self-management behavior among elderly hypertensive patients significantly increased after receiving the program ($p<0.001$). Additionally, both systolic and diastolic blood pressure averages significantly decreased post-intervention ($p<0.001$).

Keywords: health promotion program, self-care, elderly, hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีอันตรายรายแรง พบว่าทั่วโลกมีอุบัติการณ์ จำนวนคนป่วยมากขึ้นคาดว่าประมาณในปี 2568 จะมีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 1,560 ล้านคนทั่วโลก โดยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอุบัติการณ์ป่วย 9.4 ล้านคน ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน ประเทศไทยมีแนวโน้มของอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 -2564 พบอัตราป่วย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโขงเจียม

13,361.07, 13,940.21 และ14,661.75 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และมีอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปพบ 4,056.19 คนต่อประชากรแสนคน[1] สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 3 แสนคน ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน(สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, 2567) ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน จากระบบรายงานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ภาพรวมของประเทศ ปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566) พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7 ล้านคน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีจำนวนมากถึง 2.8 ล้านคน การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ควบคุมได้ด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี และสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะสามารถหยุดยาได้ตามแพทย์เห็นสมควร การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำได้โดยการลดน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกายไม่ควรเกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หลีกเลี่ยงอาหาร รสเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมสูง ประชาชนทั่วไปจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ป่วยไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายสะสมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3-5 วัน[2]

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ปีพ.ศ.2562-2563 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.7 พบความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 61.5 และ59.6 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ53.5 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ74.7 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ78.5 โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นเป้าหมายของการรักษาซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การจัดการตนเองที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยผู้ป่วยต้องมีการจัดการการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมไปตลอดชีวิต[3] โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในระยะแรกที่โรคยังไม่รุนแรง จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ที่เด่นชัด อาจมีอาการเวียนศีรษะเป็นๆ หายๆ หลังจากนั้นจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดบริเวณท้ายทอยช่วงเช้าหลังตื่นนอน คลื่นไส้ อาเจียนโดยไม่ทราบสาเหตุ หากเป็นมากจะมีเลือดกาเดาไหล หอบ นอนราบไม่ได้ และอาจมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 95 จะตรวจไม่พบสาเหตุ แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุเช่น ความอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่ออกกาลังกาย ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 5 มีสาเหตุมาจาก โรคไต โรคต่อมไร้ท่อ โรคระบบประสาท หรือได้รับสารเคมี หรือยาบางชนิด การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มีทั้ง (1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ไม่ทานอาหารเค็ม ออกกาลังกายเป็นประจำ ลดความอ้วน งดสูบบุหรี่ เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ฝึกสมาธิ ฝึกจิตไม่ให้เครียด และ (2) รักษาด้วยการใช้ยา ผู้ป่วยต้องไม่หยุดยาเองเป็นอันขาด เนื่องจากยาที่ใช้มีความปลอดภัยสูงสามารถกินต่อเนื่องได้เป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต และการ

รักษาเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ยกเว้นเมื่อทานยาลดความดันโลหิตที่เพิ่งได้มาใหม่ แล้วมีอาการไม่สบาย โดยเฉพาะมึนงง หน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ควรหยุดยาแล้วไปพบแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนยาใหม่[4]

โรงพยาบาลโขงเจียมเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงทั้งหมดในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 1,254 คน รับไว้รักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 734 คน พบมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์,อัมพาต) โรคไตวาย จำนวน 726 ราย เสียชีวิต 1 ราย ปัญหาความเจ็บป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด เรื้อรัง เป็นต้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลโขงเจียมปัญหาที่พบได้แก่ ไม่มีญาติดูแล เนื่องจาก บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ขาดแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุบางคนอยู่คนเดียวต้องทำมาหากินเลี้ยงตัวเอง ทำให้ไม่ค่อยมีเวลามาตรวจและรับยาจึงทำให้ขาดนัดเป็นบางครั้ง เป็นผลให้การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยสูงอายุบางคนมีความเข้าใจที่ผิดคิดว่ารับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างเดียวก็หายแล้ว ขาดความตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีแนวทางในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้มีระดับความโลหิตลดลง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเหล่านี้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะเกิดในอนาคตสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาวสามารถดำเนินชีวิตในบั้นปลาย ได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

สมมุติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานีมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น และมีระดับความดันโลหิตที่ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีการดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (one group pre - post test design) เปรียบเทียบการทดลองก่อน - หลัง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด และให้ใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุ ระหว่าง 60-70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ คลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม ในงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 366 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุ ระหว่าง 60-70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่มีโรคแทรกซ้อน ที่มารับบริการที่คลีนิคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่วันที่ 8 สิงหาคม ถึง 8 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่นำเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) มีเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60-70 ปี ไม่จำกัดเพศ 2) มีความดันโลหิต ระดับที่ 1 (Grade 1 HT: mild) 140-159 และ/หรือ 90-99 3) อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี 4) มีโทรศัพท์หรือมีบุคคลที่สามารถส่งบันทึกวัดระดับความดันโลหิตได้ 5) สื่อสารภาษาไทย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และลงลายมือชื่อสมัครใจเข้าร่วม

กลุ่มตัวอย่างที่นำออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีเกณฑ์ดังนี้ 1) ไม่สามารถเก็บข้อมูลและไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดได้ 2) มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาลจากแพทย์และขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลีนิคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีความดันโลหิต ระดับที่ 1 (Grade 1 HT: mild) 140-159 และ/หรือ 90-99 มาเป็นเกณฑ์ประมาณการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และประสงค์เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 58 ราย โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie & Morgan กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจศึกษา เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 48 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999) ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง 55 ราย ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่ผ่านการตรวจจากแพทย์แล้ว และพิจารณาเห็นควรให้ควบคุมด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ การควบคุมการรับประทานอาหาร อารมณ์ภาวะเครียด การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ และเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ประสงค์เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อใบในยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน มีการวัดเป็นระดับช่วง พิจารณาจากคะแนนการประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

1.4 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย ความรู้และการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ชนิดสอดแขน ยี่ห้อ Omron รุ่น HBP – 9020 มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือประจำปีจากหน่วยงานตรวจสอบเครื่องทางการแพทย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่มอบให้กับ อสม. ประจำหมู่บ้านและการบันทึกระดับความดันโลหิตประจำสัปดาห์ดำเนินการตามโปรแกรม เก็บข้อมูลจำนวน 8 ครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์

ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพครั้งแรกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวเองพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้แนะนำตัวเอง โดยผู้วิจัยอธิบายถึงที่มาและความสำคัญการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการทำวิจัย และจำนวนครั้งที่นัด การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง สร้างความมั่นใจในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 3 การแนะนำการบันทึกระดับความดันโลหิต หลังปฏิบัติตามโปรแกรม ฯ

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการนัดหมาย ทั้งจากการโทรศัพท์หรือการใช้ไลน์โทรแบบ Video Calling (ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก) ผู้วิจัยสรุปแนวทางที่กลุ่มทดลองต้องปฏิบัติหลังจากได้รับโปรแกรมและหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกันแล้ว

ผู้วิจัยทำการให้สุขศึกษากับกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตและลงบันทึก แจ้งนัดหมายพบกันตามที่กำหนดอีก 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย การหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และนำมาคำนวณได้ค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.60-1.00 หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี และแบบสอบถามที่แก้ไปปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลลัพธ์สัมประสิทธิ์ของแอลฟา ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย: ขั้นเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยทบทวนความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. ขั้นเตรียมกลุ่มตัวอย่าง: ผู้วิจัยติดต่อประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

3.1 จัดทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี หลังการอนุมัติแล้ว

3.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญที่ ระดับ 0.05 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ และระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง โดยใช้สถิติ Repeated measure One- way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิจารณด้านจริยธรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๗ - ๑๒๐

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 35 ราย ร้อยละ 67.3 โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 63.71 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 46 ราย ร้อยละ 88.5 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา จำนวน 6 ราย ร้อยละ 11.5 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 35 ราย ร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 25 ราย ร้อยละ 48.1 มีประวัติไม่สูบบุหรี่ จำนวน 43 ราย ร้อยละ 82.7

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรม

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.69, *SD* = 0.72) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$ = 2.69, *SD* = 0.72) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.71, *SD* = 0.72) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$ = 3.87, *SD* = 0.03) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับ ต่ำ ($\bar{X}$ = 1.50, *SD* = 0.77) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$ = 3.72, *SD* = 0.05) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

4) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.25, *SD* = 0.92) หลังได้รับโปแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$ = 3.58, *SD* = 0.33) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*<.001)

5) เปรียบเทียบผลการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.28, *SD* = 0.78) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$ = 3.58, *SD* = 0.33) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*<.027) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรม ฯ (*n* = 52)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ก่อน			หลัง			*t*	*P-value*
	$\bar{X}$	*SD*	แปลผล	$\bar{X}$	*SD*	แปลผล		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.69	0.72	ปานกลาง	3.10	0.17	สูง	-6.38	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรง	2.71	0.72	ปานกลาง	3.87	0.03	สูง	-7.09	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์	1.50	0.77	ต่ำ	3.72	0.05	สูง	-0.41	<0.001*
การรับรู้อุปสรรค	2.25	0.92	ปานกลาง	3.64	0.08	สูง	-5.89	0.07**
Paired T- Test	2.28	0.78	ปานกลาง	3.58	0.33	สูง	-4.04	0.027*

**p* <.05, ***p* <.01

3. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิค ในระยะ 8 สัปดาห์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ(Repeated measure One-way ANOVA)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิค ในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่าง (ก่อนทดลอง หลังทดลอง ระยะติดตามผล) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และในระยะติดตามกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ลดลงหลังได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิคก่อนและระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม ฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ (*F* = 13960.85, *df* = 1, sig. = <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยความดันซีสโตลิค ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง 8 สัปดาห์

Systolic blood pressure	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*Sig.*
ช่วงเวลา	9188646.68	1	9188646.68	13960.85	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	26326.89	40	658.17		

ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) และในระยะติดตามกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตตัวล่าง

(Systolic blood pressure) ลดลงหลังได้รับโปแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ก่อนและระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม ฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ (F = 3998.09, df = 1, sig. = <.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิค

ความดันโลหิตไดแอสโตลิค	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*Sig.*
ช่วงเวลา	3061257.07	1	3061257.07	3998.09	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	30627.17	40	765.67		

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม ฯ (*n* = 52) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร หลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ($\bar{X}$=1.62, *SD*=0.18) ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย หลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X}$=1.55, *SD*=0.33) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย หลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X}$ =1.38, SD=0.21) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X}$ =1.52, SD=0.14) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05, *df*=51, *t*=3.61) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		*df*	*t*	*P-value*
	$\bar{X}$	*SD*	$\bar{X}$	*SD*			
ด้านการรับประทานอาหาร	1.02	0.19	1.62	0.18	51	1.00	.322
ด้านการออกกำลังกาย	1.25	0.53	1.55	0.33	51	7.90	.000
ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย	1.19	0.33	1.38	0.21	51	5.12	.000
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	1.21	0.18	1.52	0.14	51	0.44	.659
$\bar{X}$	1.16	0.30	1.51	0.21	51	3.61	.028

สรุปและการอภิปรายผล

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ระดับความดันโลหิตค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) มีค่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ดังนี้

การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[5] และกรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al.,2002) เป็น

ทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมถูกต้อง ทฤษฎีนี้แสดงให้รู้ว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การปรับรูปแบบที่เหมาะสมหรือส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้วิจัยมีแนวคิดว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับการควบคุมในรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ที่เฉพาะเจาะจงโดยเน้นการให้ข้อมูลความรู้ การรับรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทางสุขภาพในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามที่เรามุ่งหวังได้ จนสามารถดูแลควบคุมให้ระดับค่าความดันโลหิตลดลงได้ด้วยตนเอง มีคุณภาพชีวิติที่ดีและดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในแต่ละด้าน อยู่ในระดับดีแต่ไม่ได้ดีมาก จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านอื่นๆ เรื่องการตรวจหาระดับไขมันในเลือดเป็นประจำทุกปี ช่วยในทราบและการควบคุมระดับความดันโลหิต การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่ การเลือก รับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย จะช่วยให้ระดับของความดันโลหิตทั้งสองค่าลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ทินณรงค์ เรทนู , มุกดา หนุ่ยศรี และ นภาเพ็ญ จันทขัมมา[6] ที่ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยที่ ใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในเรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นประจำกับคนที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีอารมณ์เครียดเป็นประจำและการขาดการออกกำลังกาย ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อีกทั้งการรับรู้ความรุนแรงจากการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงมาได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาได้ อาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตโดยเฉียบพลันและอาจ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคได้ เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความเข้าใจหรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยหรือการรักษา ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉลี่ยแล้วอยู่ในระดับดี ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการที่ต้องออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นภาระในการปฏิบัติมากเกินไป อีกทั้งการไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก และการออกกำลังกายเป็นประจำเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากไม่มีเวลาและต้องรับผิดชอบทั้งงานในที่ทำงานและงานที่บ้าน ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวน้อย แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นทำให้เกิดความไม่สะดวกสบาย เสียค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือความไม่พอใจ ความคาดหวังในทางลบนี้จะเป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐินี เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทัศนีย์ รวิวรกุล และมธุรส ทิพยมงคลกุล[7] และการศึกษาของ ทินณรงค์ เรทนู , มุกดา หนุ่ยศรี และ นภาเพ็ญ จันทขัมมา[6] รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา[8] ที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

สรุป หลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีมาก ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ระดับของความดันโลหิตลดลงได้ การที่มีพยาบาลชุมชนที่ให้การดูแลกำกับติดตามในระดับปฐมภูมิ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงมาได้ เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ห่างไกลจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ในอนาคตก็จะลดลงตามมาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปใช้ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง หากผู้ป่วยได้รับรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคแทรกซ้อนระบบไต หัวใจ ประสาท โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานกับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในเขตชนบท ผลที่ได้อาจแตกต่างจากการศึกษาในเขตเมือง ควรเพิ่มระยะเวลาในการวัดผลหลังได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นอยู่

2. ควรใช้รูปแบบอื่นร่วมกับ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่องต่อไป เช่น การส่งเสริมพลังอำนาจแห่งตน การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2566, 11 พฤษภาคม). ควบคุมความดันโลหิต ยืดชีวิตให้ยืนยาว https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=34026&deptcode=odpc9&news_view=722299
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ:ฮั่วนำพริ้นติ้ง.
3. วิชัย เอกพลากรและคณะ (2564) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [อินเทอร์เน็ต] 2021 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2024] เข้าถึงได้จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
5. Rosenstock IM. *The Health Belief Model and preventive health behavior*. Health Educ Monogr 1974; 2:354-386.
6. ทินณรงค์ เรทนู , มุกดา หนุ่ยศรี และ นภาเพ็ญ จันทขัมมา (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม.วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

7. ณัฏฐินี เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทัศนีย์ รวิวรกุล และมธุรส ทิพยมงคลกุล (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561;32(2):95-115.
8. ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก.ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562

การพัฒนารูปแบบการดูแลแผลในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังสถาบันราชประชาสมาสัย
The Development of a Model for Chronic Wound Care in Leprosy Patients in Raj Pracha Samasai Institute.

(Received: October 18,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 27,2024)

วัชราภรณ์ พุ่มโพธิ์ทอง[1], นรินทร กลกลาง[2]
Watcharaporn Pumpothong[1], Narintorn Kolkang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหารูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน ระยะที่ 2 ปฏิบัติการร่างรูปแบบฯ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบฯ ระยะที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ประชากรเป้าหมายการวิจัย คัดเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) แพทย์ศัลยกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง รวม 23 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม แบบสอบถามการยอมรับและพึงพอใจ แบบคัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแบบตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบฯ เป็นเครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับบริบทของสถาบันฯ คือ WOUND LEP Model (2) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังร้อยละ 100.0 มีการหายของแผลดีขึ้นจากเดิม 1ระดับ จำนวนวันนอนนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 30 วัน ร้อยละ 100.0 ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากแผลเรื้อรัง ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย (3) ผู้ให้บริการมีคะแนนการยอมรับเฉลี่ย (Mean = 4.63, SD = .50) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย (Mean = 4.54, SD = .52) ซึ่งเป็นระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มผู้รับบริการมีคะแนนการยอมรับเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (Mean =4.66, SD = .49) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 4.41, SD = .51)
คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการดูแล, แผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อน, สถาบันราชประชาสมาสัย

Abstract

The purpose of this research was to develop a model for caring chronic wounds in leprosy patients of the Rajapracha Samasai Institute. By using the action research methodology, which comprised of 4 stages. Stage 1 : Understanding the problems and the nursing model for caring of chronic wounds in leprosy patients. Stage 2 : Drafting the model. Stage 3 : Testing the model. Stage 4 : Evaluating the results of implementing the model The target population of this research were purposively selected, and comprised of professional nurses in the leprosy ward, surgeons, and leprosy patients with chronic wounds, totally 23 persons. The research tools used were in-depth interviews, non-participatory observations, acceptance and satisfaction questionnaires, data collection forms, and nursing outcomes history. All data were collected by the research team. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed by the content analysis.

The results of this research were as follows. (1) This research had established and developed WOUND LEP Model for chronic wounds leprosy patients, that could be practically used as it was appropriate for the context of RPSI. (2) Data showed that all leprosy patients with chronic wounds, (100.0 per cent), had wound healing that was 1 level better than before. The number of days of hospitalization among the patients was less than 30 days. No incidence of sepsis from chronic wounds was found. (3) The service providers had an average acceptance score with mean = 4.63, std. dev. = .50 and an average satisfaction score with mean = 4.54, std. dev. = .52, which is the highest level. The service recipient group had an average acceptance score at the highest level as well (mean =4.66, std. dev. = .49 for leprosy patients' acceptance; mean = 4.41, std. dev. = .51 for leprosy patients' satisfaction).
Keywords: Model development, Chronic Wound Care in Leprosy Patients, Raj Pracha Samasai Institute.

---

[1] พย.ม. หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค Corresponding author Email pew.rcu@gmail.com
[2] พย.ม. รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลฝ่ายวิชาการ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังนับได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีข้อจำกัดจากความพิการของมือเท้า พึ่งพิง ไม่สามารถทำแผลได้ด้วยตนเอง อีกทั้งการดูแลแผลไม่ถูกวิธี ทำให้เกิดการลุกลามของแผล จนอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด สถาบันราชประชาสมาสัยเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิมีภารกิจหลักในการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยให้บริการตรวจดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ตั้งแต่แรกรับสู่กระบวนการดูแลรักษา จนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ ถึงแม้ว่า ความรุนแรงของโรคเรื้อนมีแนวโน้มลดลงแต่โรคเรื้อนยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย เนื่องจากเส้นประสาทจะถูกทำลายทำให้ความสามารถในการรับความรู้สึกของเส้นประสาทถดถอยลงและเกิดแผลจากระบบประสาทบกพร่อง (Neuropathic ulcers) รวมทั้งมีความพิการต่างๆ เช่น กระจกตาดำชา ตาหลับไม่ลง (Lagophthalmos) กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต นิ้วงอหยิบจับอะไรไม่ได้ ข้อมือตกเดินเท้าตก เส้นประสาทโต การทำลายเส้นประสาทรับความรู้สึก ทำให้เกิดความพิการอาการชาบริเวณอวัยวะต่างๆ เมื่อได้รับการกระทบกระเทือนจนทำให้เกิดแผลบนผิวหนัง ผู้ป่วยโรคเรื้อนมักจะไม่สังเกตเห็นจนทำให้เกิดบาดแผลเรื้อรังขนาดใหญ่ตามมาจนกลายเป็นแผลเรื้อรังได้ [1]

จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังมารับบริการในคลินิกแผลเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2565 จำนวน 317 ราย ในปี 2566 จำนวน 419 ราย ในผู้ป่วย 1 ราย มีแผลเรื้อรังได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง ประกอบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่สูงอายุมากขึ้น มีโรคประจำตัว ดูแลตนเองได้น้อย บางคนมีความพึ่งพิงสูง จึงทำให้ดูแลตนเองยากลำบากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ที่ผ่านมาพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผู้ป่วยใน และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน แต่ยังพบว่าการพยาบาลแผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อนยังไม่จำเพาะเจาะจงกับกลุ่มแผลเรื้อรังที่มีความซับซ้อน ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบบองค์รวม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลนานโดยเฉลี่ย 37.29 56.43 และ57.1 วันในปีพ.ศ. 2564-2566 และประเด็นสำคัญพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยโรคเรื้อน(อ4) ในปี 2566 ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแผลเรื้อรัง ต้องย้ายไปรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 6 ราย เสียชีวิต 1 ราย [2]

จากการทบททวนวรรณกรรม พบว่าการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังโรงพยาบาลลำพูน คือทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน วางแผนพัฒนางานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพ คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหอผู้ป่วยมาเป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง จัด ตั้งห้องทำแผล พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และการบรรเทาความเจ็บปวด การพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารโดยใช้กลุ่ม Line และพัฒนาระบบสารสนเทศให้ใช้งานได้สะดวกรวดเร็ว ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยพบว่าระยะนอนในโรงพยาบาลลดลง การกลับมานอนในโรงพยาบาลซ้ำลดลง ไม่มีอัตราตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อรุนแรง การหายของแผลดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการให้บริการมีสัดส่วนลดลงจากเดิม และความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับมาก[3] ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแผลในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง จึงพัฒนารูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังสถาบันราชประชาสมาสัยจะได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ แบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามปัญหาของปัจเจกบุคคลจากสหสาขา

วิชาชีพ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเป็นแผลเรื้อรัง อันจงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้ตามอัตภาพของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเพื่อสร้างระบบปฏิบัติงาน ดังนั้น ความพร้อมของสถานที่วิจัยที่มีองค์ประกอบของพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ศัลยกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง จึงเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ที่แพทย์ศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพ ยอมรับในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาที่เกิดจากโครงการวิจัย กระบวนการวิจัย มี 4 ระยะ ดังนี้[4]

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยการ 1) สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลแผลโรคเรื้อน 2) สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 3) วิเคราะห์สังเคราะห์ สรุปประเด็นความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบฯ

ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4 ครั้ง 1) กำหนดรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน 2) กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การเชื่อมต่อข้อมูลกับหน่วยงานการพยาบาลชุมชน 3) สร้างคู่มือปฏิบัติงานฯ และนวัตกรรมการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน 4) กำหนดวิธีการรายงานและการกำกับติดตาม และพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคเรื้อน(อ4)ให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯ คู่มือปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

ระยะที่3 ทดลองและปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่พัฒนาขึ้น โดยการ 1) สื่อสารกับแพทย์ศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพ 2) ปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างทดลองใช้ และจัดประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคเรื้อน(อ4) และรวบรวมปัญหา ปรับปรุงแก้ไข 2 รอบ 3) ดำเนินงานตามรูปแบบฯ ใหม่ เพื่อการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาในระยะที่ 4

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน 1) ประเมินด้านการยอมรับและความพึงพอใจในรูปแบบ 2) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล 3) คืนข้อมูลให้อาสาสมัครรับทราบเพื่อการยอมรับรูปแบบฯ

ประชากรเป้าหมายการพัฒนา

เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน 2) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลแผลโรคเรื้อน 3) แพทย์ศัลยกรรมที่มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน และมีอำนาจตัดสินใจในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรูปแบบที่เกิดจากกระบวนการวิจัย 3) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังและนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และสามารถให้ข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ทั้งนี้ประชากรเป้าหมายการพัฒนา แตกต่างกันไปแต่ละระยะ ดังนี้ ประชากรเป้าหมาย ระยะที่ 1 และ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) 9 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลแผลโรคเรื้อน 1 คน

แพทย์ศัลยกรรม 1คน รวม 11 คน ประชากรเป้าหมาย ระยะที่3 และ 4 คือ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) 9 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลแผลโรคเรื้อน 1 คน แพทย์ศัลยกรรม 1คน และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง ระหว่างการทดลองใช้รูปแบบฯ 12 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน

เครื่องมือการวิจัย

1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 3) แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 4) นักวิจัย 5) แบบสอบถามการยอมรับ และพึงพอใจ 6) แบบตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบฯ 7) แบบคัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มในที่รโหฐาน บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง และการบันทึกของผู้วิจัย 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3) การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม 4) เก็บรวบรวมจากแบบสอบถาม 5) ตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบฯ 6) คัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลสถิติ การหายของแผล การติดเชื้อจากแผลเรื้อรัง วันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง จากหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การพิจารณาระดับการยอมรับและความพึงพอใจ การแปลความหมายของค่าคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ ดังนี้[5]

ค่าเฉลี่ยระหว่าง1.00 - 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง1.51 – 2.5 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง3.51 – 4.50 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

เกณฑ์การตัดสิน มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ ในงานวิจัยชิ้นนี้พิจารณาจากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1.00 ถือว่าผ่านการประเมิน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทุกครั้ง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในลักษณะการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) โดย การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ ทั้งแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่และผู้ให้ข้อมูลหลัก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา จะสรุปเป็นประเด็น โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (1) การจัดกระทำข้อมูล หลังจากที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จะถอดเทปที่ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม ชนิดคำต่อคำ จัดระเบียบข้อมูล บรรณาธิกรข้อมูล วิเคราะห์และตีความสิ่งที่สังเกต จัดทำแฟ้มข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์อย่างเป็นระบบ (2) ให้รหัสข้อมูล โดยแยกย่อยข้อมูลดิบ สรุปสาระของข้อมูลให้เห็นว่าแก่นคืออะไร แล้วสรรหาข้อความที่มีความหมายตรงประเด็น มีผลโดยตรงต่อการตอบคำถามการวิจัย มาจัดระเบียบโดยการย่อ ลดทอนข้อมูลลงให้อยู่ในรูปของแนวคิด (3) การวิเคราะห์ตีความและการให้ความหมาย (Analysis and Interpretation) เพื่อตอบคำถามการวิจัย ขณะที่ตีความจะคำนึงถึงโจทย์วิจัยเสมอ[6]

จริยธรรมการวิจัย

เนื่องด้วยผู้วิจัยเป็นหัวหน้าหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะอาจจะทำให้อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยด้วยความเกรงใจ เหมือนถูกบังคับ จึงจัดหาผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ทำหน้าที่ขอคำยินยอมและนำแบบสอบถามความพึง

พอใจให้อาสาสมัครตอบ โดยผู้วิจัยจัดอบรมความรู้เรื่องโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการขอความยินยอม แก่ผู้ช่วยนักวิจัย และมีการบันทึกมอบหมายงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ระหว่างการวิจัยอาจกระทบกับภาพลักษณ์และการให้บริการผู้ป่วยของสถาบันราชประชาสมาสัย ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และเขียนผลการวิจัย ต้องคำนึงถึงภาพลักษณ์ของสถาบันราชประชาสมาสัย รวมถึงระหว่างการทำวิจัยจะคำนึงถึงผลกระทบต่อระบบบริการของสถาบันราชประชาสมาสัย และไม่บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่ 3 ที่อาจถูกอ้างถึงข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ นำเสนอเป็นภาพรวม อาสาสมัครมีสิทธิเสรีภาพเต็มที่ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือการกดดันทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมปฏิเสธการตอบคำถามและการถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือการให้บริการทางสุขภาพแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบัน และปัญหารูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ปัจจุบันการดูแลแผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อน หน่วยงานผู้ป่วยใน(อ4) สถาบันราชประชาสมาสัย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน และให้การพยาบาลในการทำแผลตามแผนการรักษาของแพทย์ หน่วยงานยังไม่มีรูปแบบ แนวทางการจัดการกับแผลเรื้อรังที่ซับซ้อนเป็นลายลักษณ์อักษรบริเวณส่วนอื่นๆของร่างกายนอกเหนือจากแผลที่ฝ่าเท้า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี ไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลแผลเรื้อรัง ประกอบกับหน่วยงานไม่มีคู่มือ แนวทางการปฏิบัติการทำแผลเรื้อรังให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพทำแผลให้ผู้ป่วยตามมาตรฐานการทำแผลทั่วไป ไม่ได้ทำแผลแบบเฉพาะเจาะสำหรับแผลเรื้อรังขาดทักษะในการขูดเนื้อตาย ตัดเนื้อตาย และตัดตกแต่งแผล และไม่ดูแลแบบเจาะจงตามปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย นอกจากนี้ยังพบว่าประเมินแผล ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ว่าจะต้องจัดการทำแผลเรื้อรังอย่างไร ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังที่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากทำแผลระหว่างวันจะมีแผลสกปรก แผลเปียกแฉะ ต้องทำแผลใหม่ เนื่องจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่งผลให้แผลหายช้ากว่าปกติ สิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่แผลเรื้อรัง แผลหายช้า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่สถาบันราชประชาสมาสัย ต้องใช้จ่ายในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังมากขึ้น และพบว่า ในปี 2565-2566 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยโรคเรื้อน(อ4) ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแผลเรื้อรังติดเชื้อต้องย้ายไปรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 3 ราย เสียชีวิต 1 ราย จึงเป็นภาระของแพทย์ศัลกรรมต้องติดตามดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน แพทย์ศัลยกรรม และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความคาดหวังว่า ต้องการให้มีกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน มีคู่มือ แนวทางการประเมินความรุนแรงของแผล การวินิจฉัยการพยาบาล กระบวนการพยาบาล เทคนิคการทำแผลเรื้อรัง มีสื่อเคลื่อนไหวในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ที่ให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อไม่ให้เกิดแผลติดเชื้อและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้ สถาบัน ราชประชาสมาสัยควรมีรูปแบบ แนวทาง คู่มือปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร ให้พยาบาลได้ปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในและมาตรฐานการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังใต้ฝ่าเท้า นอกจากนี้ควรมีวีดิทัศน์ให้ความรู้การดูแลแผลเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

2) รูปแบบการกูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่สามารถปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยยึดผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นศูนย์กลาง คือ WOUND LEP Model ภายใต้รูปแบบฯ มีคู่มือปฏิบัติงานดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน โปสเตอร์ขั้นตอนปฏิบัติตาม WOUND LEP Model วีดิทัศน์ให้ความรู้การดูแลแผลเรื้อรัง รายละเอียดดังต่อไปนี้

W : Wound assessment (การประเมินบาดแผลเรื้อรัง) พยาบาลวิชาชีพประเมินแผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยใช้รูปแบบการประเมินของ The University of Texas Wound Classification System เพื่อให้ทราบระดับความรุนแรงของบาดแผลและนำไปวางแผลให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

O : Organization (การบริหารจัดการทางการพยาบาล) พยาบาลวิชาชีพบริหารจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังโดยใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ในและใช้กรอบแนวคิดของ TIME เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคลและสามารถดำรงชีวิตได้ตามอัตภาพ

U : Understand (ความรู้ความเข้าใจ ทักษะทางการพยาบาล) พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยด้วยวีดิทัศน์

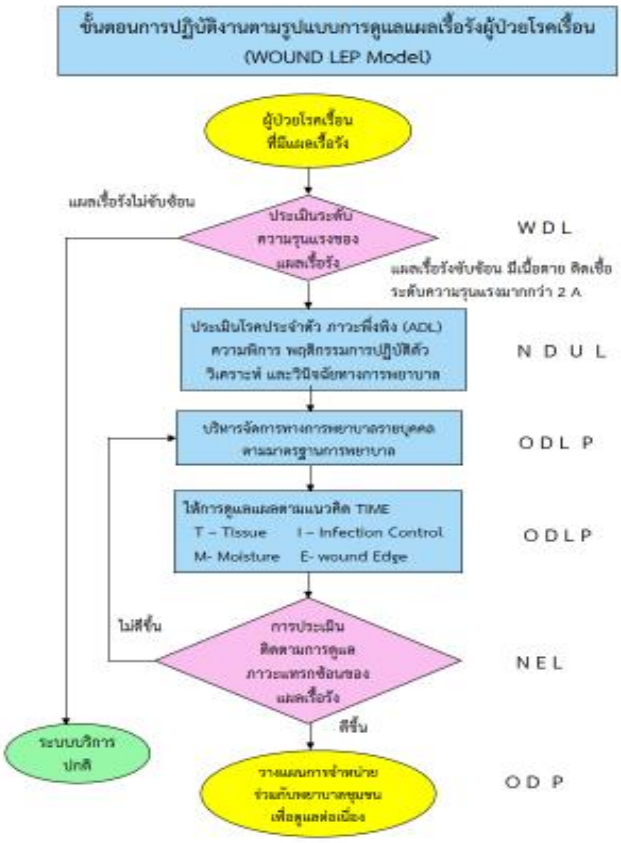
N : Nursing Process (กระบวนการพยาบาล) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการตามกระบวนการทางการพยาบาลตามมาตรฐาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปดำรงชีวิตในสังคมต่อไป

D : Demand (ความต้องการดูแลตามปัจเจกบุคคล) พยาบาลวิชาชีพจัดรูปแบบการพยาบาลดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามปัจเจกบุคคลซึ่งพิจารณาจากความพิการ ระดับความรุนแรงของบาดแผล และการมีภาวะพึ่งพิงทางการพยาบาล

L : Leprosy (ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง) พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังที่มีความซับซ้อนของแผลตามตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายตั้งแต่ 1 ตำแหน่งขึ้นไป ทำให้ระดับระดับการหายของแผลดีขึ้นกว่าเดิม 1 ระดับ แผลไม่มีการติดเชื้อ

E : Evaluation (การประเมินผลการหายของบาดแผล) พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินผลการหายของบาดแผล โดยใช้รูปแบบการประเมินของ The University of Texas Wound Classification System ในด้านความคืบหน้าของการหายของบาดแผล การปวด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อของบาดแผล หรือการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแผลเรื้อรัง เป็นต้น

P : Participation (การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง) แพทย์ศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลแผลโรคเรื้อน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) พนักงานช่วยการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานการพยาบาลชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังรายที่ช่วยเหลือตนเองได้ มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน ก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนกระบวนการดูแลแผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อน ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาจนกระทั่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



3) ผลการประเมินรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น (1) ผลการประเมินรวมด้านการยอมรับและด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วย โรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ให้บริการมีคะแนนการยอมรับเฉลี่ย (Mean = 4.63, SD = .50) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย (Mean = 4.54, SD = .52) ซึ่งเป็นระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มผู้รับบริการมีคะแนนการยอมรับเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (Mean =4.66, SD = .49) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 4.41 , SD = .51) **(2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการใช้รูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัยที่พัฒนาขึ้น** ผลการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดสำคัญจากหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) พบว่า หลังพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังมีแผลดีขึ้นจากเดิม 1 ระดับร้อยละ 100.0 จำนวนวันนอนนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 30 วัน ร้อยละ 100.0 ไม่เกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากแผลเรื้อรัง

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่สามารถปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับ
บริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยยึดผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังเป็นศูนย์กลางคือ WOUND LEP Model ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง แผลจะมีความซับซ้อน หายยาก ผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่รับรู้ถึงอาการเจ็บปวดของแผล ประกอบกับช่วยเหลือเองได้น้อย มีภาวะพึ่งพิงสูง บาดแผลเรื้อรังมักมีลักษณะเซลล์อักเสบในระดับสูง ด้วยโปรตีเอสที่สูงขึ้น เมทริกซ์นอกเซลล์ (ECM) ที่บกพร่อง และความล้มเหลวของเยื่อบุผิวที่ป้องกันการรักษา นอกจากนี้ โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะขาดออกซิเจน การอักเสบ

การติดเชื้อ และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย เป็นปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้การแผลเรื้อรังหายช้า หากดูแลไม่ดีจะเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่ง WOUND LEP Model มีการประเมินการติดเชื้อ ระดับความรุนแรงของแผล การขาดเลือดของแผล การขูด ตัด ตกแต่งแผล ให้ข้อมูลความรู้การดูแลตนเอง วางแผนการดูแลต่อเนื่องระหว่างทีมพยาบาลหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลการพยาบาลชุมชน เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน[7] โดยที่ W : Wound assessment ตรงกับมาตรฐานที่ 1 เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการ ตั้งแต่แรกรับ ดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย O: Organization การบริหารจัดการทางการพยาบาล และ L: Leprosy ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง P: Participation การมีส่วนร่วม เป็นการให้การพยาบาลตามมาตรฐานที่ 1 – 11 กล่าวคือ มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล มาตรฐานที่ 5 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล มาตรฐานที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และมาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการพยาบาล U : Understand ความรู้ความเข้าใจทักษะทางการการพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ N : Nursing Process กระบวนการพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐานที่ มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล มาตรฐานที่ 5 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล D : Demand ตรงกับมาตรฐานที่ 8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง E : Evaluation เป็นไปตามมาตรฐานที่ 6 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

การขับเคลื่อนการดำเนินการตามรูปแบบฯ โดยพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน แพทย์ศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญแผลโรคเรื้อน ทดลองใช้รูปแบบฯ ขยายผล โดยนำรูปแบบฯ คู่มือปฏิบัติงาน วีดิทัศน์ไปใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังรายอื่นๆที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถจัดการกับแผลเรื้อรังของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังมีแผลดีขึ้นกว่าเดิม บ่งชี้ให้เห็นว่า WOUND LEP Model สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงตามบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย สอดคล้องกับ แนวคิด TIME[8] กล่าวคือ T : Tissue non-viable เป็นการกำจัดเนื้อเยื่อที่ไม่สามารถใช้งานได้ออก หากเนื้อเยื่อแผลเป็นเนื้อตายจะทำให้เชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโต ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของบาดแผลแผลหายช้าลง I : Infection / Inflammation control เป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการประเมินติดตามการติดเชื้อ การอักเสบของแผล การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย การลดชนิดและจำนวนเชื้อโรค M : Moisture เป็นกระบวนการดูแลที่ต้องรักษาสมดุลของความชุ่มชื้นของเนื้อเยื่อ เพื่อส่งเสริมให้มีการสมานแผลที่ดีและส่งเสริมการหายของแผล การจัดการกับสารคัดหลั่ง เช่น การบำบัดบาดแผล ด้วยแรงดันลบ (Negative-pressure wound therapy:NPWT) หรือ Suction dressing E : Wound Edges เป็นการติดตามความก้าวหน้าของขอบแผล หรือการจัดการกับขอบแผล เพื่อกระตุ้นให้ขอบแผลมีการเจริญอย่างมีประสิทธิภาพ อาจรวมถึงการปลูกถ่ายผิวหนัง การการทำ NPWT หรือ Suction dressing เพื่อให้ขอบแผลมีการลดขนาดลงด้วยสอดคล้องกับ Xu B et al[9] ศึกษาเรื่องหลักการดูแลสุขภาวะภายนอกของแผลเรื้อรังในประเทศจีน พบว่า 1) ผู้ป่วยจำเป็นต้องประเมินบาดแผลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการง่ายๆ ที่มีอยู่ 2) ผู้ป่วยปรึกษากับแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลเพื่อระบุความรุนแรงและสาเหตุของบาดแผลที่ไม่หาย 3) ผู้เชี่ยวชาญประเมินกลยุทธ์การ

รักษาที่มีอยู่ 4) ผู้เชี่ยวชาญจัดทำแผนการรักษาที่ได้มาตรฐานและสมเหตุสมผลโดยพิจารณาจากสภาพบาดแผลของผู้ป่วย 5) ทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยให้ความสนใจกับภาวะแทรกซ้อนเพื่อป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ 6) ผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบาดแผลเรื้อรัง ไม่สอดคล้องกับ ไม่สอดคล้องกับ Upputuri B Srikantam A & Mamidi RS[10] ที่พบว่าแผลผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดขึ้นหลายปีหลังจากเสร็จสิ้นการรักษาด้วยยาหลายขนาน (MDT) และไม่สามารถหายได้เอง แม้ว่าจะมีการดูแลบาดแผลและปิดแผลอย่างเหมาะสมแล้วก็ตาม การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่หายของแผลที่ฝ่าเท้าและการระบุมาตรการควบคุมที่เหมาะสมอาจเป็นหนึ่งในมาตรการหลักในการป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ แผลส่วนใหญ่พบที่ส่วนหน้าโดยเกี่ยวข้องกับกระดูกเมตา-ทาร์ซัล ซึ่งเป็นจุดกดทับที่เปราะบางที่สุด

ผลการประเมินรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ผู้ให้บริการมีคะแนนการยอมรับเฉลี่ย (Mean = 4.63, SD = .50) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย (Mean = 4.54, SD = .52) ซึ่งเป็นระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มผู้รับบริการมีคะแนนการยอมรับเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (Mean =4.66, SD = .49) คะแนนความ พึงพอใจเฉลี่ยระดับมาก(Mean = 4.41, SD = .51) ทั้งนี้เพราะรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ได้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคเรื้อน แพทย์ศัลกรรม พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลแผลโรคเรื้อน รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง เป็นไปตามแนวคิดการมีความส่วนร่วม[11] ซึ่งการพัฒนารูปแบบ WOUND LEP Model ตามกระบวนการวิจัยเกิดจากผู้ให้บริการร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร่วมกันพัฒนารูปแบบฯ ร่วมกันพัฒนาคู่มือปฏิบัติงาน ร่วมกันพัฒนาขั้นตอนบริการ ร่วมกันพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกันทดลองใช้ ร่วมกันปรับปรุงรูปแบบฯ ร่วมประเมินผล และร่วมกันรับผลประโยชน์ ทั้ง 4 ระยะของการวิจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 ตัดสินใจ (Decision Making) ร่างรูปแบบฯ และตัดสินใจนำรูปแบบ WOUND LEP Model มาใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย สำหรับผู้รับบริการ (ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง) มีส่วนร่วมในการติดสินใจใช้รูปแบบในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และดำเนินการตามรูปแบบ WOUND LEP Model ระยะที่ 3 มีส่วนร่วมทดลองใช้ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไข ให้รูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทดลองใช้รูปแบบตามระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นเป็นการประเมินผลระยะที่ 4 มีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการประเมินผลรูปแบบฯ และรับผลประโยชน์ (Benefits) ทั้งนี้รูปแบบฯ ดังกล่าวเป็นรูปแบบ ที่ดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงศักยภาพ ความสามารถ และความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความพิการ และการพึ่งพิง จึงส่งผลให้ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเกิดการยอมรับ รวมและพึงพอใจรวมต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ[12]ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ผลลัพธ์ความพึงพอใจและยอมรับต่อระบบบริการพยาบาลครบวงจรของพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจและยอมรับระบบในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับผลการการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังโรงพยาบาลลำพูนที่พบว่า ผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก[3]

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่เกิดจาก WOUND LEP Model พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังร้อยละ 100.0 มีการหายของแผลดีขึ้นจากเดิม 1ระดับ จำนวนวันนอนนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 30 วัน ร้อยละ 100.0 ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากแผลเรื้อรัง ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งนี้เนื่องจาก

รูปแบบ WOUND LEP Model เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังตามความซับซ้อนของแผลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและแนวคิดของ TIME มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะในการประเมินระดับความรุนแรงของแผล ตัดตกแต่ง กำจัดเนื้อตาย และสอนการดูแลแผลตามศักยภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายบุคคล รวมทั้งวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน พยาบาลชุมชน แพทย์ศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคเรื้อน สอดคล้องกับ ณิภากร งามภักดิ์[13] ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลบาดแผลแบบมีเป้าประสงค์ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญ (20.2, 16.6, p<0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.6 และพบว่าหลังจากมีการพัฒนาระบบ กลุ่มทดลองมีอัตราการติดเชื้อของบาดแผลลดลงต่ำกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ(7.5%,22.5%, p=0.006) และพบว่าในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการหายของบาดแผลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (4.5วัน,7.5วัน 95%CI=1.24-4.71,p=0.001) ซึ่งลดระยะเวลาการหายของบาดแผลได้เฉลี่ย 3 วัน และมีระยะเวลานอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (6.4, 11.4, p=0.015) โดยลดระยะวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน สอดคล้องกับนุชรี จันทร์เอี่ยม และคณะ[3] พบว่าหลังพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันลดลงไม่มีอัตราตายในผู้ป่วยแผลติดเชื้อชนิดรุนแรง ค่าใช้จ่ายในการให้บริการมีสัดส่วนที่ลดลงจากเดิม

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์ แม้ว่าจะมีการสร้างและทดลองใช้รูปแบบ WOUND LEP Model ได้แล้วเสร็จ แต่การวิจัยยังอาจปรากฏข้อจำกัด ดังนี้

1. ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทดลองใช้รูปแบบ WOUND LEP Model อาจน้อยไปซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาทดลองรูปแบบฯหลังจากปรับปรุง2รอบเป็นเวลา 4 เดือน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรขยายระยะเวลาของการทดลองใช้ WOUND LEP Model เป็นเวลา 6 เดือน หากมีการขยายเพิ่มมากขึ้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับปรุงและ พัฒนารูปแบบฯให้ดีขึ้น

2. รูปแบบการวิจัยฯที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังเฉพาะหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคเรื้อน (อ4) ยังไม่ได้กำหนดให้ครอบคลุมการดูแลในหอผู้ป่วยอื่นๆ และการดูแลในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย (WOUND LEP Model) เกิดจากการมีส่วนร่วมในการร่วมวิเคราะห์ กำหนดรูปแบบ ทดลองใช้ และติดตามประเมินผลรูปแบบ ของแพทย์ศัลยกรรมพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวข้อง และบ่งชี้ให้เห็นว่า WOUND LEP Model สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังได้ ไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้น สถาบันราชประชาสมาสัย ควรพิจารณานำรูปแบบ WOUND LEP Model ที่เกิดจากกระบวนการวิจัยไปกำหนดเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติจริงเป็นงานประจำในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล วิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ความพิการ การมีผู้ดูแล การพึ่งพิง การช่วยเหลือตัวเอง รวมทั้งข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่นโรคประจำตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนแต่ละปัจเจกบุคคล อันเป็นการส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรัง ไม่ท้อแท้ สิ้นหวัง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย (WOUND LEP Model) โดยออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง แบบ Two-Groups Pretest–Posttest Control เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ WOUND LEP Model กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

2. ควรศึกษาทดลองใช้คู่มือปฏิบัติงานการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน วีดีทัศน์ให้ความรู้ ซึ่งเป็นผลผลิตที่ได้จากรูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น ในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อยืนยันประสิทธิผลของนวัตกรรม

เอกสารอ้างอิง

1.Barreto, J. G., & Salgado, C. G. Clinic-epidemiological evaluation of ulcers in patients with leprosy sequelae and the effect of low level laser therapy on wound healing: a randomized clinical trial. BMC infectious diseases 2010; 10:237.

2.กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย. สถิติตัวชี้วัด4 มิติ. 2566.

3.นุชรี จันทร์เอี่ยม, ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิธร พิชัยพงศ์ และ แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน. Lanna Public Health Journal 2562.;15(1):1-13.

4.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์. การวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ : แนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; (2567).

5.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์นการพิมพ์;(2560).

6.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์, และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูล การตีความ และการหาความหมาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; (2552).

7.สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์; 2550.

8.Mahmoud, Amani & Mokhtar, Fadul & Moreljwab, Mohammed & Idress, Eltayeb & Hussain, Hamza & Balola, Ahmed & Mustafa, Murtada & Tia, Gabir & Mohamed, Abdalla & Osman, Ahmed & Alharbi, Mohammed & Jarelnpe, Ahmed & Fadlalmola, Hammad Ali & Mokhtar, Amani & Idress, Abdelazeem. Nurses Application of the "TIME" Framework in the Wounds Assessment and Its Impact on the Wound Care Competences. Nursing and Health 2023; 8: 11-17.

9.Xu B, Wang XG, Meng ZL, Zhu LY, Zhang YX, Wu P & Han CM. Principles of extramural health care for chronic wounds in China. Chinese Journal of Traumatology. [Internet]. 2023. [cited 2024 September 14]; 26: 187-192. Available form https://www.ncbi.nlm.nih. gov/pmc/articles/PMC10388252/

10.Upputuri B., Srikantam A. & Mamidi RS. Comorbidities associated with non- healing of plantar ulcers in leprosy patients. PLOS Neglected Tropical Diseases. [Internet]. 2020. [cited 2024 September 14]; 1-12. Available form https://doi.org/10.1371/journal.pntd. 0008393

11.Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press; (1981).

12.อรอนงค์ น้อยเจริญ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565;3:28-41.

13.ณิภากร งามภักดิ์. การพัฒนาระบบการดูแลบาดแผลแบบมีเป้าประสงค์แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2567] เข้าถึงได้จาก https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2567/research/MA2567-005-01-0000001856-0000002033.pdf

การวิเคราะห์การรอดชีวิตและความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Survival Analysis and the Relationship between Injury Severity through Emergency Management, and Medical Outcomes in Traffic Accident Patients at Samchai Hospital, Kalasin Province.

(Received: October 17,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 27,2024)

จักรกริช กุลกั้ง[1]
Jakkrit Kulkung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์ วิธีดำเนินการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร 96 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามชัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกรกฎาคม 2567 จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Kaplan-Meier Survival Analysis, Cox Proportional Hazards Model และ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.21) อายุเฉลี่ย 32.42 ปี มีคะแนน ISS เฉลี่ย 7.84 และ RTS เฉลี่ย 3.38 ระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ย 28.422 วัน โดยมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าร้อยละ 90 ปัจจัยด้านอายุ เพศ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไม่มีผลต่อการรอดชีวิต, ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ISS) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการให้เลือดและการดามส่วนของร่างกายที่เหมาะสม แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดที่ไม่เหมาะสม ส่วน ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (RTS) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการให้เลือดอย่างเหมาะสมและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางจราจร, การวิเคราะห์การรอดชีวิต, การจัดการภาวะฉุกเฉิน

Abstract

This research aimed to 1) analyze the survival rate and factors affecting the survival of traffic accident patients admitted to Samchai Hospital, Kalasin Province, and 2) examine the relationship between injury severity and emergency management and medical outcomes. The study employed a retrospective analytical design, collecting data from 96 traffic accident patients admitted to Samchai Hospital between October 2023 and July 2024 using the injury surveillance database. Data analysis used Kaplan-Meier Survival Analysis, Cox Proportional Hazards Model, and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that most patients were male (84.21%), with a mean age of 32.42. The average Injury Severity Score (ISS) was 7.84, and the average Revised Trauma Score (RTS) was 3.38. The mean survival time was 28.422 days, with a survival rate exceeding 90%. Age, gender, and injury severity did not significantly affect survival. Injury severity (ISS) was positively correlated with appropriate blood transfusion and proper immobilization but negatively correlated with inappropriate intravenous fluid or medication administration. Injury severity (RTS) was positively correlated with appropriate blood transfusion and the occurrence of complications.

Keywords: Traffic accidents, Survival analysis, Emergency management

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสามชัย

บทนำ

อุบัติเหตุทางจราจรเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อสังคมไทย โดยในปี พ.ศ. 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม) มีผู้ประสบอุบัติเหตุถึง 34,905 ราย และมีผู้เสียชีวิต 436 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[1] ปัญหานี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ประสบเหตุเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม

ผลกระทบของอุบัติเหตุทางจราจรมีความรุนแรงและซับซ้อน ผู้บาดเจ็บต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน อาจนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำงาน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว ครอบครัวของผู้บาดเจ็บต้องรับภาระทั้งทางการเงินและจิตใจ ในขณะที่สังคมต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลและงบประมาณในการดูแลรักษา[2]

การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต้องทำอย่างรวดเร็วและถูกต้อง เนื่องจากมีผลโดยตรงต่ออัตราการรอดชีวิต โดยปัจจุบันดำเนินการตามหลักการช่วยชีวิตฉุกเฉินขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของทีมแพทย์และอุปกรณ์ การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการ การประเมินเบื้องต้นตามลำดับ ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) การกู้ชีพเมื่อจำเป็น การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอย่างละเอียด และการให้การรักษาขั้นสุดท้ายที่เหมาะสม เช่น การให้สารน้ำหรือการผ่าตัด ทั้งนี้ การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์อาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย[3]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร เช่น เพศ อายุ คุณภาพของการรักษาพยาบาล การตอบสนองของร่างกายและระดับความรู้สึกตัว รวมถึงการได้รับการดูแลจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน[4-6]

ในบริบทของโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร 6 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 83.33) และเกี่ยวข้องกับการใช้จักรยานยนต์ (ร้อยละ 66.67) กลุ่มอายุที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ 16-25 ปี (ร้อยละ 50) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตในบริบทของโรงพยาบาลสามชัย

การศึกษาการรอดชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจรมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย สามารถระบุกลุ่มเสี่ยงและปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญในการรักษาได้อย่างแม่นยำ[7] นอกจากนี้ ข้อมูลจากการวิเคราะห์การรอดชีวิตยังสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรที่แตกต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผลการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสามชัยและโรงพยาบาลชุมชนอื่น ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์

ทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ที่มีอยู่แล้วของผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่าง ตุลาคม 2566-กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยนี้หมายถึง ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่าง 1 มกราคม 2565-กรกฎาคม 2567 โดยประชากรดังกล่าวรวมถึงผู้ป่วยทุกเพศ ทุกอายุ และทุกประเภทของการบาดเจ็บ ที่มีบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ของโรงพยาบาลสามชัย

กลุ่มตัวอย่าง โดยเกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามชัย รวมทั้งมีข้อมูลครบถ้วนในฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวิเคราะห์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Freedman ใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การรอดชีวิต (Survival Analysis) ตามสมการ

$$N = \frac{Z^2 \cdot (1 - \bar{p}) \cdot \bar{p}}{\text{Effect Size}^2 \cdot \text{Power}}$$

กำหนดให้ Z = 1.96 สำหรับระดับความเชื่อมั่น 95%, $\bar{p}$ = 0.0833 ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่ 8.33 %, ขนาดผลกระทบ (Effect Size) = 0.2 ซึ่งสมมติให้เป็นขนาดผลกระทบปานกลาง, และพลังการทดสอบ (Power) = 0.80 หรือ 80%

แทนค่า

$$N = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.0833 \cdot (1 - 0.0833)}{(0.2)^2 \cdot 0.80}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจะเป็น 10 ราย.

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประชากรทั้งหมดในการศึกษานี้มีเพียง 96 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ครอบคลุมและมากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลทั้งหมดอย่างเต็มที่ จึงใช้ประชากรทั้งหมดจำนวน 96 คนในการวิเคราะห์การรอดชีวิต (Survival Analysis) แทนการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ข้อมูลการรักษา ข้อมูลผลลัพธ์ทางการแพทย์ การประเมินการตอบสนองทางการแพทย์ และข้อมูลความรุนแรงของการบาดเจ็บ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข[8] ที่ได้รับการยอมรับแล้ว กระบวนการยืนยันความถูกต้องของเนื้อหาสำหรับเครื่องมือมาตรฐานในบริบทการวิจัยนี้ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และนักวิชาการสาธารณสุขหรือนักระบาดวิทยา ประเมินความครอบคลุม ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหาโดยใช้แบบประเมินหรือแบบสอบถาม สุดท้ายนำผลการประเมินมาคำนวณดัชนีความถูกต้องของเนื้อหา (CVI) ทั้งในระดับข้อคำถาม (I-CVI) และระดับมาตรวัด (S-CVI) โดยค่า CVI เท่ากับ 0.80 แสดงว่าเครื่องมือมี

ความครอบคลุมเนื้อหาและเหมาะสมกับบริบทการวิจัยที่ตั้งไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยขออนุญาตและเข้าถึงฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บของโรงพยาบาลสามชัย ระบุข้อมูลที่ต้องการและช่วงเวลา นำเข้าและส่งออกข้อมูลด้วยซอฟต์แวร์ที่เหมาะสม ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง จัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยในระบบที่มีการเข้ารหัสและสำรองข้อมูล เข้ารหัสข้อมูลส่วนบุคคลและจำกัดการเข้าถึง และเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์โดยแปลงข้อมูลและสร้างตัวแปรใหม่ตามความเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์อัตราการรอดชีวิต ใช้ Kaplan-Meier Estimator สร้างกราฟการรอดชีวิต, และ Cox Proportional Hazards Model วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิต

2. ความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร วิเคราะห์ด้วย Pearson's correlation coefficient (r)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร

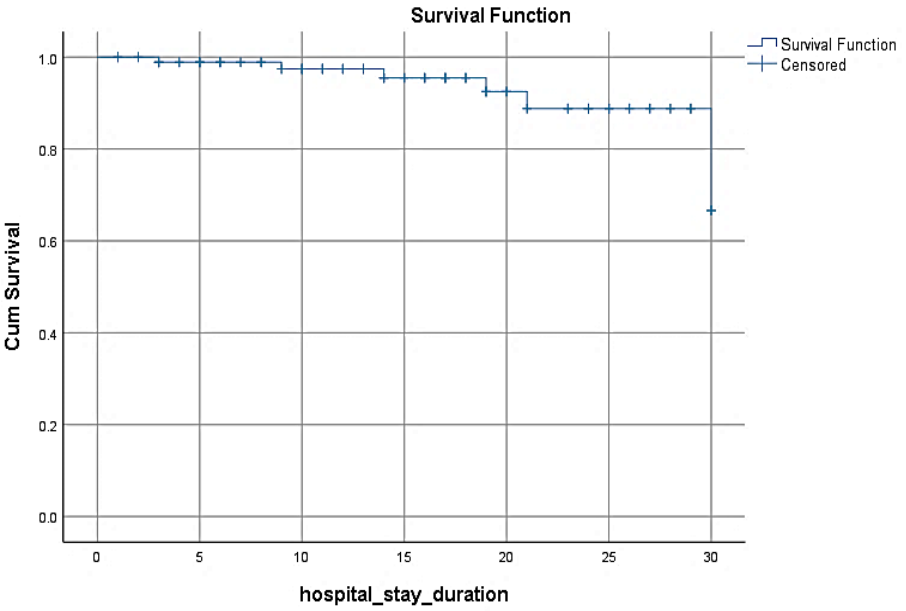
ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.21) อายุเฉลี่ย 32.42 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 20-40 ปี สัดส่วนของคนขับและผู้โดยสารเท่ากับสัดส่วนของเพศชายและหญิง คะแนน ISS เฉลี่ย 7.84 และ RTS เฉลี่ย 3.38 ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.62 วัน และระยะเวลาการฟื้นตัวเฉลี่ย 79.8 วัน

ด้านการจัดการทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนหรือซับซ้อน โดยร้อยละ 56.84 ไม่จำเป็นต้องได้รับการจัดการทางเดินหายใจ ร้อยละ 57.89 ไม่จำเป็นต้องได้รับการให้เลือด และร้อยละ 60.00 ไม่จำเป็นต้องได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 47.37 ได้รับการใช้เฝือกดาม (Splint) อย่างเหมาะสม

ผลการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยร้อยละ 76.84 ของผู้ป่วยไม่มีประวัติการหมดสติ อัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 93.68 ร้อยละ 82.11 ไม่จำเป็นต้องได้รับการทำ CPR และร้อยละ 77.89 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่คือทางหลวงและที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 28.42 เท่ากัน) ประเภทการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดคือ blunt injury และ penetrating injury (ร้อยละ 30.53 เท่ากัน)

2. การวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิต (Survival Analysis)

การวิเคราะห์การรอดชีวิตด้วยวิธี Kaplan-Meier แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ย 28.422 วัน (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน 0.739 วัน) โดยมีช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 26.973 ถึง 29.870 วัน อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถรายงานค่ามัธยฐานของเวลาการรอดชีวิตได้ เนื่องจากข้อมูลถูกตัดตอน (censored) ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา



ภาพที่ 1 กราฟการอยู่รอดตามระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล (Survival Function by Hospital Stay Duration)

จากภาพที่ 1 กราฟ Kaplan-Meier Survival Curve แสดงให้เห็นว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างช้าๆ ตามเวลา โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เครื่องหมาย "+" บนกราฟแสดงถึงข้อมูลที่ถูกตัดตอน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่เมื่อสิ้นสุดการติดตามข้อมูล ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มรอดชีวิตสูงในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยมีระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ยประมาณ 28 วันหลังการรักษา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้ Cox Proportional Hazards Model เพื่อประเมินอัตราส่วนเสี่ยง (Hazard Ratios) ของปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ไม่มีผลผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย

3. ความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

การจัดการภาวะฉุกเฉิน

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการให้เลือดในบางกรณีที่เหมาะสม ($r = 0.325$, $p<0.001$) การตรึงหรือพยุงส่วนของร่างกายในรูปแบบที่เหมาะสม (splint) ($r = 0.295$, $p = 0.004$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการให้สารน้ำหรือยาเข้าทางหลอดเลือดที่ไม่เหมาะสม (IV) ($r = -0.288$, $p = 0.005$) และการตรึงหรือพยุงส่วนของร่างกาย (splint) ในรูปแบบที่ไม่ที่เหมาะสม ($r = -0.381$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับจัดการทางเดินหายใจที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม การให้เลือดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม การให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดที่เหมาะสม

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Revised Trauma Score: RTS) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการให้เลือดอย่างเหมาะสม (r = 0.282, p = 0.006) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในการจัดการทางเดินหายใจ การให้เลือดที่ไม่เหมาะสม การให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดที่เหมาะสมและเหมาะสม การตรึงหรือพยุงส่วนของร่างกายที่เหมาะสมและเหมาะสม

ผลลัพธ์ทางการแพทย์

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นตัว

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Revised Trauma Score: RTS) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การเกิดภาวะแทรกซ้อน (r = 0.244, p = 0.017) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นตัวดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร		ความสัมพันธ์ (r)	ขนาดของความสัมพันธ์	P-value
การจัดการภาวะฉุกเฉิน				
ISS (Injury Severity Score)	การให้เลือดที่เหมาะสม	0.325	ปานกลาง	< 0.001
	การตรึงหรือพยุงส่วนของร่างกายที่เหมาะสม	0.295	น้อยถึงปานกลาง	0.004
	การให้สารน้ำหรือยาเข้าทางหลอดเลือดที่ไม่เหมาะสม	-0.288	น้อยถึงปานกลาง	0.005
	การตรึงหรือพยุงส่วนของร่างกายในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม	-0.381	ปานกลาง	< 0.001
RTS (Revised Trauma Score)	การให้เลือดอย่างเหมาะสม	0.282	น้อยถึงปานกลาง	0.006
ผลลัพธ์ทางการแพทย์				
RTS (Revised Trauma Score)	การเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.244	น้อย	0.017

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจรในโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน โดยมีอายุเฉลี่ย 32.42 ปี และคิดเป็นร้อยละ 84.21 ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลนี้บ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงของเพศชายในการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ยานพาหนะ นอกจากนี้ คะแนน ISS เฉลี่ยอยู่ที่ 7.84 ซึ่งแสดงถึงการบาดเจ็บระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง ขณะที่คะแนน RTS เฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 สะท้อนถึงการบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรง ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติเหตุ

ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างความรุนแรงของการบาดเจ็บกับระยะเวลาการรักษาและการฟื้นตัวของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีคะแนน ISS ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.62 วัน และระยะเวลาการฟื้นตัว

เฉลี่ย 79.8 วัน แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ต้องการการรักษาเฉพาะทาง โดยเฉพาะในกรณีที่มีการให้เลือด การตรึงหรือพยุงส่วนของร่างกาย และการจัดการทางเดินหายใจ การบาดเจ็บเหล่านี้ แม้จะไม่รุนแรงมากนัก แต่อาจส่งผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดย Salehi และคณะ[10] พบความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างคะแนน ISS กับระยะเวลาการรักษาในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และได้เสนอคะแนนรูปแบบใหม่เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการทำนาย ขณะที่ Miclau และคณะ[11] พบว่าการบาดเจ็บที่รุนแรงส่งผลให้ระยะเวลาการรักษายาวนานขึ้นและต้องการการรักษาเฉพาะทางเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง นอกจากนี้ Terayama และคณะ[12] พบว่าแม้ผู้ป่วยจะมีคะแนน ISS ต่ำ แต่อาจยังต้องการการรักษาเฉพาะทางซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการฟื้นตัว สอดคล้องกับ Kalbas และคณะ[13] ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน ISS ต่ำแต่มีการบาดเจ็บหลายจุด อาจต้องการการรักษาเฉพาะทางเพิ่มเติมและมีระยะเวลาการฟื้นตัวที่นานขึ้น และ Tsai และคณะ[14] ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระดับต่ำถึงปานกลาง อาจต้องการการรักษาฉุกเฉินซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการรักษาและการฟื้นตัว

การวิเคราะห์การรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจรในโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 28.422 วัน (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน 0.739 วัน) ผลการวิเคราะห์ Kaplan-Meier Survival Curve แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มรอดชีวิตสูงตลอดระยะเวลาที่ศึกษา โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่ การวิเคราะห์ด้วย Cox Proportional Hazards Model พบว่าปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ISS และ RTS) ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยในเอธิโอเปียที่พบว่าปัจจัยเช่น คะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ต่ำ การมีเลือดออกในสมอง และความดันโลหิตสูง มีผลต่อการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ[15] นอกจากนี้ยังแตกต่างจากการศึกษาของพนมวรรณ์ วงศ์วัฒนกิจ และคณะ[16] ในโรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดภูเก็ต ที่พบว่าระยะเวลาที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉิน คะแนน RTS, ISS และโอกาสในการรอดชีวิตมีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิต โดย RTS มีความสัมพันธ์สูงสุด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการหักสะโพกและโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ไม่มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราการรอดชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานสูง[17-19] ความแตกต่างระหว่างผลการศึกษานี้กับงานวิจัยในเอธิโอเปีย[16]และงานวิจัยของพนมวรรณ์ วงศ์วัฒนกิจ และคณะ อาจเกิดจากหลายปัจจัย ในกรณีของเอธิโอเปีย ความแตกต่างอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างในระบบสาธารณสุข มาตรฐานการรักษา และทรัพยากรทางการแพทย์ระหว่างสองประเทศ[15] ส่วนความแตกต่างกับงานวิจัยในจังหวัดภูเก็ตอาจเกิดจากความแตกต่างในบริบทของพื้นที่ ระดับของโรงพยาบาล และลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ทั้งสองกรณีชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้ความสำคัญกับการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและแม่นยำด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เช่น RTS และ ISS รวมถึงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุ

นอกจากนี้ การศึกษาในสหรัฐอเมริกายังเน้นย้ำถึงความสำคัญของเวลาในการตอบสนองของทีมแพทย์และการให้การรักษาฉุกเฉิน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตที่สูงในการศึกษาครั้งนี้[17]

ความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจร พบว่า ระดับความรุนแรง

ของการบาดเจ็บที่วัดด้วย ISS และ RTS มีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันกับการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางจราจรที่โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดย ISS มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการให้เลือดและการตรึงหรือพยุงส่วนของร่างกายที่เหมาะสม แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดที่ไม่เหมาะสม ส่วน RTS มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการให้เลือดอย่างเหมาะสมและการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ทั้ง ISS และ RTS ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นตัว

ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการรักษาที่ได้รับในโรงพยาบาลสามชัย โดยแม้จะมีการบาดเจ็บที่รุนแรง แต่การจัดการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสามารถลดระยะเวลาการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อนได้ในระดับหนึ่ง

ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Indurkar et al.[20] และ Zeid et al.[22] พบว่า ISS และ RTS มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลลัพธ์การรักษา ในขณะที่ Verma et al.[21] พบว่า RTS มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตและระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า ISS ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษานี้ นอกจากนี้ Gwaram et al. และ Hui et al. ยังชี้ให้เห็นว่า RTS และ TRISS สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บและพยากรณ์ผลลัพธ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[23-24] ความแตกต่างในผลการศึกษาอาจเกิดจากความแตกต่างในบริบทของการรักษา ทรัพยากรทางการแพทย์ และลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลและพื้นที่

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก อาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปใช้กับบริบทอื่นได้อย่างทั่วถึง

2. ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์อาจมีความไม่สมบูรณ์หรือคลาดเคลื่อนในการบันทึก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินและผลลัพธ์ทางการแพทย์

3. ข้อจำกัดของเครื่องมือวัด ISS และ RTS แม้จะได้รับการยอมรับ แต่อาจไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

4. การวิเคราะห์ด้วย Kaplan-Meier Survival Analysis และ Cox Proportional Hazards Model อาจไม่ครอบคลุมปัจจัยทั้งหมดที่มีผลต่อการรอดชีวิต นอกจากนี้ การ censoring ของข้อมูลในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ทำให้ไม่สามารถรายงานค่ามัธยฐานของเวลาการรอดชีวิตได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการตีความผลลัพธ์ในระยะยาว

5. การวิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอก เช่น การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในทันทีหลังเกิดอุบัติเหตุ หรือการดูแลภายหลังการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีผลต่อการพยากรณ์ผลลัพธ์ทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ISS และ RTS) มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะฉุกเฉิน เช่น การให้เลือดและการดามส่วนของร่างกาย ควรพัฒนามาตรฐานการจัดการภาวะฉุกเฉินให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ การจัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีระดับความรุนแรงต่าง ๆ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

2. ควรจัดการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถประเมินและจัดการผู้ป่วยอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการใช้เครื่องมือวัดความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างถูกต้องและการจัดการภาวะฉุกเฉินตามแนวทางมาตรฐาน

3. ควรปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ให้มีความแม่นยำและครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและผลลัพธ์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยอุบัติเหตุ การใช้ระบบดิจิทัลที่สามารถเข้าถึงและปรับปรุงข้อมูลแบบทันที จะช่วยเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลและสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้นและขยายการวิจัยให้ครอบคลุมพื้นที่ที่กว้างขึ้น เช่น ศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งหรือในพื้นที่ที่มีลักษณะประชากรแตกต่างกัน การเพิ่มขนาดตัวอย่างจะช่วยเพิ่มความแม่นยำทางสถิติและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ทำให้สามารถนำผลไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างได้มากขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการรอดชีวิตและผลลัพธ์ทางการแพทย์ เช่น โรคประจำตัวของผู้ป่วย การเข้าถึงการรักษาทันทีหลังเกิดอุบัติเหตุ หรือคุณภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางการแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น

3. ควรพิจารณาใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งจะช่วยในการวิเคราะห์และตีความผลลัพธ์ได้อย่างละเอียดยิ่งขึ้น

4. ควรติดตามผลผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การกลับเข้าสู่สังคม และคุณภาพชีวิตหลังการรักษา ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนากลยุทธ์การรักษาและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถิติอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค; 2567.
2. World Health Organization. Global status report on road safety. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support (ATLS®): The ninth edition. Chicago: American College of Surgeons; 2022.
4. ถาวร ทองเพชร, วิชยาพร ทองเพชร. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข. 2562;2(4):75-86.
5. อนันต์ศักดิ์ จันทรศรี, คณะ. การรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลกรุงเทพ พัทยา. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2563;3(1):55-66.
6. Thongpitak Huabbangyang, et al. Survival Rates and Factors Related to the Survival of Traffic Accident Patients Transported by Emergency Medical Services. Open Access Emerg Med. 2021;13:575-586. doi:10.2147/OAEM.S344705.
7 Tovkach M. Survival analysis in trauma patients: A rural hospital perspective. J Rural Health. 2020;36(1):43-52.
8. Freedman DA. A note on screening regression equations. Am Stat. 1982;36(2):152-155.
9. กรมควบคุมโรค. คู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ฉบับที่ 7. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
10. Salehi O, Tabibzadeh Dezfuli SA, Namazi SS, Dehghan Khalili M, Saeedi M. A New Injury Severity Score for Predicting the Length of Hospital Stay in Multiple Trauma Patients. Trauma Mon. 2016;21(1). doi:10.5812/traumamon.20349.

11. Miclau TA, Torres-Espin A, Morshed S, Morioka K, Huie JR, El Naga AN, et al. Appendicular Fracture and Polytrauma Correlate with Outcome of Spinal Cord Injury: A Transforming Research and Clinical Knowledge in Spinal Cord Injury Study. J Neurotrauma. 2022;39(15-16):1030-1038. doi:10.1089/neu.2021.0375.
12. Terayama T, Toda H, Nagamine M, Tanaka Y, Saitoh D, Yoshino A. Association between length of hospital stay and fractures in the spine, pelvis, and lower extremity among patients after intentional fall from a height: an analysis of the Japan Trauma Databank. Trauma Surg Acute Care Open. 2023;8(1). doi:10.1136/tsaco-2022-000988.
13. Kalbas Y, Lempert M, Ziegenhain F, Scherer J, Neuhaus V, Lefering R, et al. A retrospective cohort study of 27,049 polytraumatized patients age 60 and above: identifying changes over 16 years. Eur Geriatr Med. 2022;13(1):233-241. doi:10.1007/s41999-021-00546-9.
14. Tsai C-H, Wu M-Y, Chien D-S, Lin P-C, Chung J-Y, Liu C-Y, et al. Association between Time to Emergent Surgery and Outcomes in Trauma Patients: A 10-Year Multicenter Study. Medicina (Kaunas). 2024;60:960. doi:10.3390/medicina60060960.
15. Amare AT, Tesfaye TD, Ali AS, Woelile TA, Birlie TA, Kebede WM, et al. Survival status and predictors of mortality among traumatic brain injury patients in an Ethiopian hospital: A retrospective cohort study. Afr J Emerg Med. 2021;11(4):396-403. doi:10.1016/j.afjem.2021.06.003.
16. Clark TG, Bradburn MJ, Love SB, Altman DG. Survival analysis part I: basic concepts and first analyses. Br J Cancer. 2003;89(2):232-238. doi:10.1038/sj.bjc.6601118.
17. Lee E, Wu J, Enriquez J, Martin J, Craig M. Advanced Automatic Collision Notification Research Report (Report No. DOT HS 812 729). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration; 2019. Available from: https://rosap.ntl.bts.gov/view/dot/40997/dot_40997_DS1.pdf.
18. ScienceDirect. One-year mortality rate after osteoporotic hip fractures and associated risk factors in Thailand. 2015. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405525515000072.
19. SEAMEO TROPMED Network. Long-term survival of ischemic and hemorrhagic stroke patients in a Thai population. 2018. Available from: https://www.tm.mahidol.ac.th/seameo/2018-49-2/16-7353-9-322.pdf.
20. Indurkar S, Ghormade P, Akhade S, Sarma B. Use of the Trauma and Injury Severity Score (TRISS) as a Predictor of Patient Outcome in Cases of Trauma Presenting in the Trauma and Emergency Department of a Tertiary Care Institute. Cureus. 2023;15. doi:10.7759/cureus.40410.
21. Verma D, Kumar N, Jain A, Gouda B, Kumawat S. Comparative evaluation of revised trauma score and injury severity score as prognosis predictor among polytrauma patients. Arch Trauma Res. 2021;10:59-63. doi:10.4103/atr.atr_54_20.
22. Zeid A, Ahmed A, Ahmed R, Ezzat A. Comparison of Injury Severity Score, Glasgow Coma Scale and Revised Trauma Score in Predicting the Outcome in Young Patients with Trauma Attending Emergency Department of Suez Canal University Hospitals. Asian J Med Health. 2022;20(11):1756. doi:10.9734/ajmah/2022/v20i11756.
23. Gwaram U, Ihezue C, Onche I. Assessing the severity of injury using the revised trauma score in a tertiary institution in North-Central Nigeria. Niger J Basic Clin Sci. 2013;10:3. doi:10.4103/0331-8540.117230.
24. Hui L, Weifeng S, Yuefeng M, Weiqiang C, Xiaojun H, Junsong W, et al. Value of trauma and injury severity score in predicting mortality of trauma patients in different rank hospitals. Chin J Trauma. 2012;28:444-448. doi:10.3760/CMA.J.ISSN.1001-8050.2012.05.017.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

Results of the knowledge programs to village health volunteers for surveillance and prevention of Community Acquired Severe Sepsis in the elderly at Tambon Kwaeom, Amphoe Amphawa, Samutsongkram Province.

(Received: October 20,2024 ; Revised: October 22,2024 ; Accepted: October 24,2024)

วราภรณ์ บุญเจริญ[1]
Waraporn Booncharoen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อสม.เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 49 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบประเมินทัศนคติและแบบประเมินความสามารถปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t- test

ผลการวิจัยพบว่า 1) อสม. มีระดับความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ ความสามารถปฏิบัติงาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research is Quasi-experimental research. Aim to study the results of the knowledge programs for village health volunteers to surveillance and prevent Community Acquired Severe Sepsis in the elderly at Tambon Kwaeom, Amphoe Amphawa, Samutsongkram Province. The sample group consisted of village health volunteers in Tambon Kwaeom, Amphoe Amphawa, Samutsongkram Province. 49 people were used for purposive sampling. The implementation period is between December 2023 to August 2024. Research tools included: the knowledge programs of village health volunteers for surveillance and prevention of Community Acquired Severe Sepsis in the elderly and personal information questionnaire. Knowledge assessment form on sepsis, Attitude, and ability to do work assessment form for surveillance and prevention of Community Acquired Severe Sepsis in the elderly. Data were analyzed using descriptive statistics and a Paired t-test.

The results of the research found that 1) The level of knowledge**,** attitude, and ability to do work of village health volunteers after receiving the programs were higher than before receiving the programs and 2) The average of knowledge, attitude, and ability to do work of village health volunteers before and after receiving the programs there was a statistically significant difference ($p < 0.05$)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

Keywords: Knowledge programs, Village Health Volunteer, surveillance and prevention of Community Acquired Severe, elderly

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการติดเชื้อในร่างกาย[1] และเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉินที่ต้องให้การรักษาพยาบาลเร่งด่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างรุนแรง (Severe sepsis) และภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อ (Septic shock)[2] เพราะมีการทำลายเนื้อเยื่อ จนการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว และนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด โดยพบ 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก[3] จากรายงานขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตทั่วโลกที่ 48.9 ล้านราย เสียชีวิต 11 ล้านราย หรือร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั่วโลกทั้งหมด[4] สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ประมาณ 175,000 ราย/ปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่มพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน 1 รายเกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง นับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมาก แม้ว่าปัจจุบันความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไก การเกิดโรคเพิ่มขึ้น มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความ ก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยยังคงสูง โดยในปีงบประมาณ 2561 ถึง 2563 พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงเท่ากับ 34.65, 32.46, และ 32.47 ตามลำดับ[5] อัตราการเสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสโลหิต แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อัตราเสียชีวิตจาก Community Acquired Sepsis และอัตราเสียชีวิตจาก Hospital Acquired Sepsis โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ถึงปี 2567 แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรมมีเป้าหมายมุ่งเน้นที่กลุ่ม Community Acquired Sepsis เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่แตกต่างกัน บางรายมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ส่งผลทำให้การเข้ารับการรักษาล่าช้า และมีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี[6] จึงได้กำหนดตัวชี้วัดสำหรับการติดตาม คือ อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community- Acquired เป้าหมายในปีงบประมาณ 2567 น้อยกว่าร้อยละ 26 ซึ่งจากรายงานข้อมูลตัวชี้วัดนี้ที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2561 ถึง 2563 พบว่าอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 34.85, 32.92 และ 32.68 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 30)[7]

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aged society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ นั่นคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด จำนวนประชากรทั้งหมด 66.51 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11.98 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.01 ของประชากรทั้งหมด จากการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน[8] ซึ่งจะทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามมา เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยน แปลงของสภาพร่างกาย และจิตใจ ไปในทางเสื่อมลง โดยเฉพาะระบบภูมิคุ้มกันที่มีกลไกการกำจัดเชื้อหรือการต้านทานโรคลดลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องรับประทานยาหลายชนิด ซึ่งโรคและยาบางชนิดอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายลดลงได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ง่าย[9,10] โรคติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ ติดเชื้อแผลกดทับ ติดเชื้อที่

ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนอักเสบ ติดเชื้อของกระดูกและข้อ ติดเชื้ออวัยวะในช่องท้อง และภาวะไข้ไม่ทราบสาเหตุ[10] หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและ การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะช็อก อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งอาการของการติดเชื้อในกระแสโลหิตในระยะเริ่มแรกอาจยังไม่ชัดเจน และลักษณะอาการมีหลากหลาย จึงเป็นการยากในการดักจับ สำหรับบุคคลที่ไม่มีความรู้ ทักษะอย่างเพียงพอ ดังนั้นจึงต้องอาศัยการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis flow in primary care) โดยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ หากสงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ให้พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลทันที และมีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งการให้อสม. แนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนในพื้นที่ ให้สังเกตอาการเตือนสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิตและตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ให้ทันเวลา เพื่อลดอัตราป่วยและเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน[11]

จังหวัดสมุทรสงครามเป็นจังหวัดที่มีขนาดพื้นที่เล็กสุดของประเทศไทยประมาณ 416.7 ตารางกิโลเมตร มีประชากรจำนวน 1.8 แสนคน พบผู้สูงอายุ 34,563 คน แยกเป็นกลุ่มติดสังคม 29,785 คน กลุ่มติดบ้าน 4,400 คน และกลุ่มติดเตียง 378 คน จากสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชากรในจังหวัด ปีงบประมาณ 2566 พบประชากรติดเชื้อ ในกระแสโลหิต ร้อยละ 17.15 โดยส่วนใหญ่มีอายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 28.37 รองลงมาอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 27.02 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.00 มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อร้อยละ 35.48 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง (Community Acquired Sepsis) ร้อยละ 35.48 อัตราการเข้าถึงโรงพยาบาลด้วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อร้อยละ 18.45 พบการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยให้ดูแลแบบประคับประคอง[12]

จากข้อมูลของโรงพยาบาลอัมพวา ในปีงบประมาณ 2561 – 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตทั้งหมด 187 ราย (39 , 43, 10, 39, 19 และ 13 ราย ตามลำดับ) เป็นผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 80.21 (150 ราย) เสียชีวิตในโรงพยาบาล 10 ราย ส่งต่อและไปเสียชีวิต 21 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง (Community Acquired Sepsis) ร้อยละ 66.31 (124 ราย) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุถึงร้อยละ 79.03 (98 ราย)[13] จากข้อมูลดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพประชาชนในชุมชน ได้เห็นความสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตเริ่มตั้งแต่ในชุมชนโดยเน้นในผู้ป่วยสูงอายุ จึงได้ลงไปสำรวจปัญหาในเขตชุมชนที่รับผิดชอบ คือ ตำบลแควอ้อม ซึ่งเป็นตำบลหนึ่งในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มี 8 หมู่บ้าน ในปีงบประมาณ 2566 มีประชากรทั้งหมด 2,169 คน ผู้สูงอายุ 527 คน คิดเป็นร้อยละ 24.30 ของประชากรทั้งหมด[12] โดยเน้นในเรื่องความรู้ ความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อในกระแสโลหิตของอสม. เนื่องจาก อสม.เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน รับทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย มีบทบาทในการเสริมสร้างสุขภาพ และแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน จากการสอบถามและสัมภาษณ์อสม. พบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ตลอดจนการสังเกตอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและการตัดสินใจในการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากแพทย์ให้ทันเวลา ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ด้วยการทำวิจัยกึ่งทดลองขึ้น เพื่อให้อสม. มีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติที่ดี อันจะนำสู่การปฏิบัติงานด้านการ เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ

ในกระแสโลหิตแบบรุนแรงในผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลด้านความรู้ ทัศนคติ ความสามารถในการปฏิบัติของอสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อสม.เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ ความสามาถในการปฏิบัติงานของอสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ระยะเวลาการ ศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 – สิงหาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 49 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานการเป็นอสม.ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2) เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับอสม. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้แก่อสม.โดยการจัดประชุม เครื่องมือทีใช้ คือ แผนการสอนเรื่องการติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนตำรา เอกสาร และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกับการเปลี่ยน แปลงในผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน แผ่นพับเรื่อง การติดเชื้อในกระแสโลหิต และ power point ประกอบการบรรยาย กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมให้ความรู้ทางช่องทางอื่น แบ่งเป็น 2 ช่องทางได้แก่ 1) ช่องทางไลน์กลุ่มอสม. เครื่องมือที่ใช้ คือ คลิปวีดีโอความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตคืออะไร อาการและสัญญาณการ ติดเชื้อในกระแสโลหิต อันตรายอาจเสียชีวิต การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตกับการรักษา 2) ช่องทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ คือ คู่มือสำหรับประชาชน“รู้เท่าทัน เซพสิส” กิจกรรมที่ 3 การจัดประชุม อสม. สรุปความรู้และฝึกทักษะเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ คือ คลิปวีดีโอเรื่อง การใส่ถุงมือ การใส่อุปกรณ์ป้องกัน การดูแลผู้ป่วยใส่อุปกรณ์การแพทย์ และกิจกรรมที่ 4 ติดตามเสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยและอสม.แลก เปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยข้อคำถามให้เลือกคำตอบเดียว คือ “ใช่” “ไม่ใช่” จำนวน 30 ข้อ 3) แบบประเมินทัศนคติต่อการเฝ้า

ระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นข้อคำถามมาตรประเมินค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และ 4) แบบประเมินความสามารถปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามมาตรประเมินค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบประเมินทัศนคติ และแบบประเมินความ สามารถในการปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน 1 ท่าน และนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence; IOC) พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5 (อยู่ระหว่าง 0.6 -1.0) หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับอสม.ที่มีลักษระคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบมีค่าเท่ากับ 0.76, 0.75, และ 0.89 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับ อสม. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาจากข้อมูลสถิติย้อนหลังเกี่ยวกับกลุ่มอายุ พื้นที่ อุบัติการณ์ป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และพื้นที่รับผิดชอบ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข กลยุทธ์การดำเนินงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ลงพื้นที่พูดคุย ซักถาม อสม. 3) สืบค้นข้อมูล ตำรา เอกสารทางวิชาการ งานวิจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสโลหิต การ เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ 4) กำหนดรูปแบบโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสร้างและจัดหาเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 5) เสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามก่อนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 2 การดำเนินการตามโปรแกรมให้ความรู้ อสม. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) จัดประชุมอสม. ครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย และแผนการดำเนินงานวิจัย และสร้างกลุ่มไลน์อสม. 2) ดำเนินงานในกิจกรรมที่ 1 คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน โดยวัดความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ก่อนการให้ความรู้ 3) ดำเนินงานกิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ทางไลน์กลุ่ม อสม. โดยส่งเป็นคลิปวีดิโอให้ความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คืออะไร อาการและสัญญาณการติดเชื้อในกระเลือด อันตรายอาจเสียชีวิต การป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อในกระแสเลือดกับการรักษาและทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านเรื่อง โดยใช้เนื้อหาจากคู่มือสำหรับประชาชน"รู้เท่าทัน เซพสิส" 4) ดำเนินงานกิจกรรมที่ 2 จัดประชุมอสม. ครั้งที่ 2 สรุปความรู้และฝึกทักษะการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ โดยฝึกทักษะการล้างมือ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการเฝ้า

ระวังการติดเชื้อในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่สอดใส่อุปกรณ์การแพทย์ เช่น ใส่ท่อเจาะคอ ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายยางให้อาหาร โดยให้ดูวิดีโอ ฝึกปฏิบัติบนโต๊ะ และแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง 5) ดำเนินงานติดตาม เสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระยะที่ 3 การประเมินผลโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ประเมิน ระดับความรู้ ทัศนคติ และความสามารถปฏิบัติการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุของ อสม. หลังการให้ความรู้ตามโปรแกรม 2) ประเมินผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ โดยประเมินระดับและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุของอสม. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการอนุมัติตามใบอนุญาตเลขที่ COA No. 24 ลงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง อสม. เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.59 เพศชายร้อยละ 20.41 ส่วนใหญ่อายุ 60 - 80 ปี รองลงมาอายุ 40-59 ปี และอายุ 20 -39 ปี ร้อยละ 55.10, 38.78 และ 6.12 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือ โสด หม้ายและหย่า ร้อยละ 55.10, 26.53, 12.24 และ 6.12 ตามลำดับ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นกับปริญญาตรี จำนวนเท่ากัน และอนุปริญญา ร้อยละ 38.78, 32.65, 12.24, และ 4.08 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. 6-10 ปี และ 26-30 ปี จำนวนเท่ากัน รองลงมา 1- 5 ปี 16-20 ปี 21-25 ปี และ 31-35 ปี จำนวนเท่ากัน และมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 2.04, 26.53, 24.49, 8.16, 4.08, และ 2.04 ตามลำดับ เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 56.82 เคยฝึกทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 73.47

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsisในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

1. ผลระดับความรู้ ทัศนคติ ความสามารถในการปฏิบัติของอสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการ ติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ มีดังนี้ ด้านระดับความรู้พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม อสม.ส่วนใหญ่ มี

ความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 61.22 รองลงมาระดับมากร้อยละ 36.73 และระดับน้อยร้อยละ2.04 หลังได้รับโปรแกรม อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมากร้อยละ 75.51 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 24.49 ไม่พบ อสม. มีความรู้ระดับน้อย ด้านทัศนคติ พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม อสม.ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลางร้อยละ 81.63 รองลงมาระดับมากร้อยละ 14.29 และระดับน้อยร้อยละ 4.08 หลังได้รับโปรแกรม อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับดีร้อยละ 55.10 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 44.89 ไม่พบ อสม. มีทัศนคติไม่ดี ด้านความสามารถในการปฏิบัติ พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม อสม.ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติระดับปานกลางร้อยละ 87.76 รองลงมาระดับมาก และระดับน้อยมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 6.12 หลังได้รับโปรแกรม อสม.ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติระดับปานกลางร้อยละ 61.22 รองลงมาระดับมากร้อยละ 38.76 ไม่พบ อสม. ที่มีความความสามารถในการปฏิบัติระดับน้อย

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ ความสามาถในการปฏิบัติของ อสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ ความสามาถในการปฏิบัติของ อสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อสม.เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ (n = 49)

ด้าน	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ด้านความรู้				
ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้	0.76	0.43	8.658	0.000*
หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้	0.86	0.35		
ด้านทัศนคติ				
ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้	3.65	0.84	7.477	0.000*
หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้	4.02	0.85		
ด้านความสามาถในการปฏิบัติ				
ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้	3.50	0.84	7.862	0.000*
หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้	3.83	0.80		

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsisในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม 1) ด้านความรู้พบว่า หลัง อสม. ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ มีระดับความรู้สูงขึ้น จากระดับปานกลางเป็นระดับสูง โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นผลจากการให้ความรู้แก่ อสม.ที่มีหลายช่องทาง ได้แก่ การจัดประชุม โดยมีสื่อการสอนที่สามารถทำเห็นภาพเสมือนจริง แผ่นพับที่สามารถนำกลับไปอ่านทบทวนได้ การให้ความรู้ทางไลน์และหอกระจายกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน อสม. สามารถเลือกช่องทางที่เหมาะสมกับ

ตนเองได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังติดตาม ประเมินการรับรู้เป็นระยะๆ และเปิดโอกาสให้ อสม. ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา จัดกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะโดยดูจากวิดีโอ ฝึกทักษะจากสถานการณ์จริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ จึงทำให้ อสม. สามารถเข้าถึงความรู้ได้สะดวก รวดเร็ว และทั่วถึง ส่งผลให้ อสม.ที่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีถึงร้อยละ 48.18 ได้รับความรู้ มีความเข้าใจ และอสม.ที่เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตตราพร เมฆขจร[14] ที่สรุปว่าการถ่ายทอดความรู้ไม่วิธีการถ่ายทอดใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด หากอยู่ที่ การเลือกใช้วิธีการถ่ายทอดให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่จะถ่ายทอด กลุ่มเป้าหมายที่จะรับการถ่ายทอด และรวมถึงความพร้อมของผู้ถ่ายทอดเอง ซึ่งอาจต้องใช้หลายวิธีผสมผสานกันไป จึงจะช่วยให้การถ่ายทอดความรู้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด[14] 2) ด้านทัศนคติพบว่า หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ อสม. มีทัศนคติในระดับที่สูงขึ้น จากระดับปานกลางเป็นระดับสูง เนื่องจากการได้รับข้อมูลเรื่องการติดเชื้อในกระแสโลหิตผ่านทางการช่องทางการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยจัดให้ และรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยของประชาชนด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านทางสื่อสังคมอื่นๆ จึงช่วยเพิ่มความตระหนักและมีทัศนคติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของฟิลิปและคณะ[15] ที่กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับความรู้ หากมีความรู้ ความเข้าใจ การได้รับข่าวสารใหม่ แรงจูงใจในเรื่องนั้นๆดี ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลงไป และ เมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงก็จะมีผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงตามมาด้วย[15] 3) ด้านความสามารถในการปฏิบัติ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ อสม. มีความสามารถในการปฏิบัติการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เป็นผลจากอสม. มีความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้น จึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของธวัชชัย ยืนยาว, และเพ็ญนภา บุญเสริม[16] ที่พบว่าความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้สำหรับการให้ความรู้ อสม. ในโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง หรือนำไปประยุกต์สอนประชาชนในชุมชน ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป

2. นำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis ในผู้สูงอายุ ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ในครั้งนี้ไป ต่อยอดศึกษาผลของโปรแกรมในด้านผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ โดยได้รับความกรุณาจากนายแพทย์สิทธิโชค จิติวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวาและคุณชูจิตต์ ยอดพานิช หัวหน้ากลุ่มการงานพยาบาลโรงพยาบาลอัมพวา ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยอย่างดียิ่ง ดร.สนอง คล้ำฉิม หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ในการให้คำปรึกษาการดำเนินงานวิจัย นายแพทย์วรารก์ หวังจิตต์เชียร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสรรค์ มาระเพ็ญ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิทยาเขตสมุทรสงคราม และคุณบุษบง ตุ้มสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ในการสร้างและแก้ไขเครื่องมือ เพื่อการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour C. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). Journal of the American Medical Association 2016; 315(8): 10-801.
2. Song YH, et al. Predicting factors associated with clinical deterioration of sepsis patients with intermediate levels of serum lactate. Shock 2012; 38(3): 54-249.
3. กนก พิพัฒนเวช. ปัจจัยที่มีผลลดอัตราการ เสียชีวิตผู้ป่วยที่มี sepsis ในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและบำบัดวิกฤติ 2551; 29: 144-135.
4. World Health Organization. Sepsis. [Internet]. 2020 [cited 2024 February 23]. Available from: https://www.who.int/health-topics/ sepsis#tab=tab_1
5. Ministry of Public Health. Mortality Rate in Community Acquired Sepsis. Health Data Center: HDC [Internet]. 2019 [cited 2024 April 10]. Available from: https://kkcard.moph.go.th/sepsis/template_sepsis2562.pdf.
6. ดนัย อังควัฒนวิทย์. อะไรคือ “ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด” [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue023/health-station
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์. (2564). KPI กระทรวงสาธารณสุข: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired [อินเตอร์เน็ต]. 2559 สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1608)
8. นิรันดร เทียนรังษี. (2564). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock แผนกหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://skko.moph.go.th
9. สุภชัย นาคสุวรรณ์, กรีรัตน์ อุปลา, และอรวรรณ หนูเสมียน, การพัฒนาระบบและนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2562.
10. กำธร มาลาธรรม, พรทิพย์ มาลาธรรม, และสุรางค์ สิงหนาท. โรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ.รามาธิบดีพยาบาลสาร 2550; 13(3): 272-287.
11. สุภาภรณ์ บุญยานา. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis กลุ่มผู้สูงอายุป่วย ต.หนองบัว อ. เมือง จ.อุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565; 30(3) : 346 – 351.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รอบที่ 1; 2567.
13. โรงพยาบาลอัมพวา. แบบบันทึกการทำกิจกรรมทบทวนตามรอยโรค (Clinical tracer) ; 2566
14. กิตตราพร เมฆขจร. ประสิทธิผลของการถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุตามโครงการอุ๊ยสอนหลานสืบสานภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
15. Zimbardo PG., Ebbesen EB, Maslach C. Influencing Attitudes and Changing Behavior: An Introduction to Method, Theory, and Applications of Social Control and Personal Power. Massachusettes: Addison-Wesley Publishing Company; 1977.
16. ธวัชชัย ยืนยาว, และเพ็ญนภา บุญเสริม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง
ในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563; 35(3) : 555 - 564.

ผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The effect of participatory health promotion activity model on self-care behavior in blood sugar control of new diabetic patients at the Diabetes Clinic, Namon Hospital Kalasin Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

รัชฎาภรณ์ ภูโอบ[1] นฤมล พากเพียร[1]
Ratchadaporn Phu-ob[1] Narumon Phakphian[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ตั้งแต่ปี 2566 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 % ในช่วงเดือน มกราคม 2567 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 42 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย แบบวัดความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired samples t - test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพฯ ประกอบด้วย 5 ขั้น คือ ก่อนมีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สาธิตและฝึกทักษะ นำสู่การปฏิบัติการ และการประเมินผลพฤติกรรมคงที่ต่อเนื่อง ผลการจัดกิจกรรม มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดี และ 3) มีระบบติดตามประเมินผลแบบบูรณาการภาวะสุขภาพผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาดีขึ้น ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of participatory health promotion activities on self-care behavior in controlling blood sugar levels in new diabetic patients. Diabetes Clinic Namon Hospital Kalasin Province The sample group consisted of new diabetes patients since 2023 who came to receive treatment at the diabetes clinic. Namon Hospital who cannot control their blood sugar levels and have accumulated blood sugar levels (HbA1c) greater than or equal to 7 mg% during January 2024, the period for conducting the research Between June 2024 and August 2024, a period of 12 weeks, number 42, selected as a simple random sampling according to the specified criteria. Data were collected by questionnaire, including patient information. knowledge test health promotion self-care behavior Research data was analyzed using descriptive statistics and paired samples t - test.

The results of the study found that the development of the format for organizing health promotion activities consists of 5 stages: before there is an intention to change behavior; Intention to change behavior Demonstrate and practice skills lead to operation and continuous evaluation of behavior The results of the activities are as follows: 1) patients have increased knowledge, 2) health behaviors that can be practiced well, and 3) there is an integrated monitoring and evaluation system for patient health conditions. It was found that after improvement which were statistically significantly different ($p<0.001$).

Keywords: health promotion activity format, self-care behavior, new diabetic patients

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนามน

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของภาวะไตเรื้อรัง ภาวะไตเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย มีไข่ขาวหรือโปรตีนในปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาหารที่มีกรดยูริกสูงในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันสูง และปัญหาสุขภาพจิต(WHO, 2019) พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี 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 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี 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 (วิชัย เอกพลากร, 2563) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมเนือยนิ่งไม่ออกกำลังกาย และภาวะเครียด (นครินทร์ อาจหาญ และคณะ, 2566) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นระยะเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เพิ่มขึ้น 4 - 9 เท่า ภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้น 10 เท่า ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด 2-3 เท่า[2] จากการศึกษาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย ได้ 3 รูปแบบ คือ การใช้กระบวนการกลุ่ม การใช้แรงจูงใจความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้การกำกับตนเองเป็นแรงเสริมในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[3] การเน้นให้ผู้ป่วยมีการกำกับตนเองส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด และการทำอาหารรับประทานเอง เพื่อให้สามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น[4] การเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์จึงจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยได้[5] ทีมสหวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน[6] ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานหากได้รับการสนใจ ช่วยเหลือการปฏิบัติตัว การกินยา การกินอาหาร ฯลฯ จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น[7] แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเพิ่มระดับความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้[8] การทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน การควบคุมอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[9]

จากสถานการณ์ คปสอ. นามน ได้ให้ความสำคัญถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้กลับมาอยู่ใน

กลุ่มที่สามารถเฝ้าระวังได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรค จากการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ 2563 - 2566 พบว่า ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนามน อำเภอนามนมี จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 1,900 คน เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนามนในแต่ละวันมีจำนวน 50 - 60 คน มีผลการดำเนินผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 19.01, 20.67, 30.41 และ 26.52 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติ ราชการ คือ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 40) ประกอบกับพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่น้อยที่ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ยังมีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ที่ผ่านมาทางคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนามนยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลตามบริบทของคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน เป็นเพียงการปฏิบัติตามคู่มือบริการผู้ป่วยเบาหวานของกระทรวงสาธารณสุข ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาขึ้นใหม่และนำไปใช้จริง โดยการรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษา ผลของการจัดรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน โดยประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการสร้างความมีส่วนร่วมมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อสร้างเจตคติที่ดีและส่งผลไปยังการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวาน การส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One - groups pretest - posttest design) สถานที่ศึกษาผลก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ตั้งแต่ปี 2566 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนามน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7% ในช่วงเดือน มกราคม 2567 ทั้งเพศชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุ ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรงที่ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองประจำวันไม่ได้ จำนวน 45 รายระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One- groups pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ตั้งแต่ปี 2566 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7% ในช่วงเดือน มกราคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ตั้งแต่ปี 2566 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 % ในช่วงเดือน มกราคม 2567 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 42 คน โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเรื้อรังและมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 % ในช่วงเดือน มกราคม 2567 3) ทั้งเพศชายและหญิง 4) อายุ 20 - 59 ปี 5) ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรงที่ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายระยะสุดท้าย 6) ประจำวันไม่ได้สามารถอ่านออก เขียนได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 7) รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม และเข้าร่วมโปรแกรมตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานปรับเริ่มต้นรับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลินเข้าใต้ผิวหนัง 2) อายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุ 60 ปี ขึ้นไป 3) มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงโดยการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ทำการรักษา ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายระยะสุดท้าย 4) ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช จนรบกวนความสามารถต่อการเรียนรู้ 5) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดหรือประสงค์ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณจากค่าอิทธิพล (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 Nadjust $=\frac{n}{(1-R)}=\frac{37}{(1-0.1)}$ = 41.11 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน

ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดกรณีประชากรกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ข้อมูลประเมินก่อนดำเนินการเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 หลังดำเนินการเดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 โดยสอบถามความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมปฏิบัติตนเองตามรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยใช้แนวคิด Trans Theoretical Model[10] และการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้สูงขึ้น[11] มีการบูรณาการกระบวนงานแบบ PDCA ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[12] รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ขั้นที่ 1 ก่อนมีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นที่ 2 ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นที่ 3 การสาธิตและฝึกทักษะ ขั้นที่ 4 นำสู่การปฏิบัติการ ขั้นที่ 5 การประเมินผลพฤติกรรมคงที่ต่อเนื่อง

รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้ผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และประเมินปัญหา

ครั้งที่ 2 การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง การมีกิจกรรมทางกายจากการทำงานบ้าน งานสวน การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพบแพทย์ตามนัด

ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยสามารถสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 4 ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 5 จัดทำระบบติดตามประเมินผลแบบบูรณาการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์มาจาก อุบลรัตน์ รัตนอุไร และ ประภาส สงบุตร (อุบลรัตน์ รัตนอุไร และ ประภาส สงบุตร, 2562) การตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1.00-6.66 ระดับต่ำ 6.67-13.33 ระดับปานกลาง และ 13.34 - 20.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของ Pender[12] คำตอบเป็นมาตรวัด 5 ระดับ[13] คือ 1= ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 5= ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-33.33 ระดับต่ำ 33.34-66.67 ระดับปานกลาง และ 66.68-100.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ ศึกษาด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของโอเรม[14] และ จิราพร ศรีพิบูลยบัติ และคณะ[15] คำตอบเป็นมาตรวัด 5 ระดับ(19) คือ 1= ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 5= ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1.00-33.33 ระดับต่ำ 33.34-66.67 ระดับปานกลาง และ 66.68-100.00 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยมีค่าดัชนีมากกว่า 0.8

การตรวจสอบหาค่าความยากง่าย (Difficulty) ของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยตอบ ถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ใช้สูตร KR20 ของ Kuder - Richardson ในกรณีที่ข้อสอบมีความยาก ง่ายแตกต่างกันค่าความยากง่าย (P) หาค่า KR-20 ได้จาก โปรแกรมสำเร็จรูป ปรากฏดังนี้ คือ แบบวัดความรู้ มีค่าความยากง่าย KR20 เท่ากับ 0.92

การส่งเสริมสุขภาพของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลนามน จำนวน 30 ราย จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โรคเบาหวาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ปรากฏดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพ alpha เท่ากับ 0.89 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง alpha เท่ากับ 0.87

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำโครงร่างการค้นคว้าแบบอิสระผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์แล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตถึงต้นสังกัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อค้นคว้าแบบอิสระ วิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ จากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะตอบตกลงหรือปฏิเสธในระหว่างที่เข้าร่วมทำการศึกษา มีสิทธิ์ยกเลิกการศึกษาในครั้งนี้โดยไม่มีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ให้รับ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดผู้ศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ก่อนพบแพทย์และระหว่างรอรับยาทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้วยแบบสอบถามพฤติกรรม ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมภายหลังเสร็จสิ้นคลินิกเบาหวานและรับประทานอาหารเที่ยงแล้ว ผู้วิจัยสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองโดยการถาม - ตอบคำถามเสริมสร้างความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้ความรู้ประกอบการใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง และสาธิตการวางแผนมื้ออาหารโดยใช้ Plate model ร่วมกับการแลกเปลี่ยนอาหาร ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และประเมินปัญหา จากนั้นมอบคู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่และแบบบันทึกการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกรายการอาหารที่รับประทานการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายจากการทำงานบ้านงานสวน การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพบแพทย์ตามนัด ในแบบบันทึกการกำกับตนเองเป็นเวลา 3 วัน ใน 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลอง ณ ห้องให้ความรู้คลินิกโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองได้รับการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังตามคำแนะนำเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสาธิตและการฝึกการ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง การมีกิจกรรมทางกายจากการทำงานบ้าน งานสวน การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการพบแพทย์ตามนัด ด้วยการเล่นเกมถามตอบคำถามจากลูกบอลที่ตนเสี่ยงทายซึ่งผู้ป่วย

โรคเบาหวานรายใหม่ที่เข้าร่วมกลุ่มสามารถช่วยกันตอบคำถามได้ ผู้วิจัยชื่นชมและให้กำลังใจในคำตอบที่ถูกต้อง หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยอธิบายจนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เข้าใจ จากนั้นทบทวนความรู้เรื่องให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่สาธิตย้อนกลับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ประเมินตนเองจากแบบบันทึก ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแก้ปัญหา ผู้วิจัยช่วยเสนอวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสอบถามความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของกลุ่มในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 ผู้วิจัยติดตามกำกับพฤติกรรมทางโทรศัพท์ Line ชื่นชมให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 9 กลุ่มทดลองได้รับการประเมินพฤติกรรมด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการ โดยผู้วิจัยผ่านทางการโทรศัพท์ Line โดยมีการนัดหมายล่วงหน้า จึงไม่พบปัญหาในการประเมิน

ผู้วิจัยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่า จะได้รับจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้านความสมัครใจในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วม ในการวิจัยให้เซ็นชื่อในใบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยหลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย

การรวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามนเกี่ยวกับความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวาน การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สถิติที่ใช้ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 73.81 อายุระหว่าง 45 – 49 ปี ร้อยละ 52.38 (45.85 ±8.71)

2. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ ค่า HbA1C จาก 8.95±1.51 เป็น 7.37(SD ±1.33) ความดันโลหิตบนจาก 125.27(SD ±10.77) เป็น 118.35 (SD ±9.46) ความดันโลหิตล่างจาก 80.75 (SD ±7.82) เป็น 71.57 (SD ±4.92) ดัชนีมวลกายจาก 25.90 (SD ±4.05) เป็น 23.96 (SD ±3.32) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (n = 42)

ผลตรวจ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		Mean difference	95%CI	P-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ค่า HbA1C	8.95	±1.51	7.37	±1.33	1.57	1.21-1.94	<0.001*
ความดันโลหิตบน	125.27	±10.77	118.35	±9.46	6.92	5.16-8.68	<0.001*
ความดันโลหิตล่าง	80.75	±7.82	71.57	±4.92	9.17	7.61-10.73	<0.001*
ดัชนีมวลกาย	25.90	±4.05	23.96	±3.32	1.93	1.67-2.20	<0.001*

*p-value< 0.05, paired samples T-Test

3. ความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่า หลังพัฒนามีความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 19.05 เป็น 59.52 เพิ่มมากที่สุด คือ ด้านผู้ป่วยเบาหวานระยะแรกอาจมีอาการหิวบ่อย น้ำหนักลด กระหายน้ำ ดื่มน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย จากร้อยละ 78.57 เป็นร้อยละ 92.86 รองลงมา คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากร้อยละ 73.81 เป็นร้อยละ 90.48 และน้อยที่สุด คือ ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จากร้อยละ 42.86 เป็นร้อยละ 66.67 ตามลำดับ

4. การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานดีขึ้น ก่อนทดลองส่วนใหญ่มีค่าคะแนนในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.5 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.99 ±9.91 หลังการทดลองมีคะแนนระดับสูง ร้อยละ 69.9 เฉลี่ย 70.20 ±13.34 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7.28 คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 6.01-8.41, p <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (n = 42)

ปัจจัย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		Mean difference	95%CI	P-value
	Mean	SD	Mean	SD			
การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	16.29	±5.99	33.75	±7.86	3.47	2.65-4.29	<0.001*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	16.29	±3.27	18.14	±4.29	1.84	1.47-2.21	<0.001*
ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ	16.43	±2.28	18.32	±3.68	1.89	1.47-2.21	<0.001*
เฉลี่ย	62.99	±9.91	70.20	±13.34	7.28	6.01-8.41	<0.001*
คะแนนรวม 100 คะแนน	จำนวน		%		จำนวน	%	
33.34 - 66.67 ระดับปานกลาง	63		61.2		31	30.1	
66.68 - 100.00 ระดับสูง	40		38.8		72	69.9	

*p-value< 0.05, paired samples T-Test

5. พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนทดลองส่วนใหญ่มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 51.5 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 64.29 ±10.19 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 62.1 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 71.08 ±14.24 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7.21 คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 5.63-7.93, p <0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองกิจกรรมตามโปรแกรม (n=42)

ปัจจัย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		Mean difference	95%CI	P-value
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับประทานอาหาร	18.89	±2.25	17.39	±3.43	1.49	1.12-1.86	<0.001*
การออกกำลังกาย	14.03	±2.97	16.02	±4.02	1.99	1.60-2.37	<0.001*
การจัดการความเครียด	16.91	±3.54	18.59	±4.59	1.68	1.30-2.05	<0.001*
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	17.46	±2.88	19.08	±3.81	1.62	1.24-1.99	<0.001*
เฉลี่ย	64.29	±10.19	71.08.24	±14	7.28	6.01-8.41	<0.001*
คะแนนรวม 100 คะแนน	จำนวน		%		จำนวน	%	
33.34 - 66.67 ระดับปานกลาง	53		51.5		31	30.1	
66.68 - 100.00 ระดับสูง	50		48.5		72	69.9	

*p-value< 0.05, paired samples T-Test

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการจัดรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน พบว่า

1. การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยใช้แนวคิด Trans-Theoretical Model (1977) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ[11]ประกอบด้วย 1) ขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of change) แบ่งเป็น 5 ขั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1 ก่อนมีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Precontemplation) ขั้นที่ 2 ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Contemplation) ขั้นที่ 3 การสาธิตและฝึกทักษะ (Preparation) ขั้นที่ 4 นำสู่การปฏิบัติการ (Action) และขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (Maintenance) และ ขั้นที่ 5 การประเมินผลพฤติกรรมคงที่ต่อเนื่อง มีการบูรณาการกระบวนงานโดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้ผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และประเมินปัญหา ครั้งที่ 2 การสาธิตและการฝึกการ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง การมีกิจกรรมทางกายจากการทำงานบ้าน งานสวน การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการพบแพทย์ตามนัด ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยสามารถสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 4 ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ครั้งที่ 5 จัดทำระบบติดตามประเมินผลแบบบูรณาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[14] ผลพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน มีดังนี้ ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดี และ มีระบบติดตามประเมินผลแบบบูรณาการ อธิบายได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนการรักษาและการปฏิบัติ โดยจำกัดอาหารที่มีรสหวาน และไขมันสูง ร่วมกับมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมทั้งการตรวจเลือดเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งจากโรคและผลข้างเคียงของยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สลิดา รันนันท์ และ พาพร เหล่าสีนาท[16] ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

2. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าหลังพัฒนาสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่า HbA1C ความดันโลหิตบน ความดันโลหิตล่าง และดัชนีมวลกาย ทั้งนี้อาจ เนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากโรคเบาหวานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ยุพดี ยิ่งคำแหง[17] ศึกษาการพัฒนา ขพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรมดีขึ้น ความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่า หลังพัฒนามีความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานในระดับสูงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การจัดรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนามน ครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมระดับไขมันใน เลือด โดยควบคุมอาหารไขมัน ลดการรับประทานเนื้อสัตว์ โดยกินอาหารที่มีโปรตีนน้อยกว่า 0.8 กรัมต่อ น้ำหนักตัว 1 กก. ต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา บุตรศรี และ

คณะ[18] ศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการ จัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษา ของ อุบลรัตน์ รัตนอุไร และ ประภาส สงบุตร[19] ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย โรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวาน หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยราย กรณีครบ 12 สัปดาห์ มีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง

3. การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นก่อนทดลองส่วนใหญ่มีค่าคะแนนในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.5 หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนทดลองส่วนใหญ่มีค่าคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 51.5 หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัด กิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และปัญหาสุขภาพจิต หลังการ พัฒนาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ตลอดจนมีการดูแลสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ปานชีวัน แลบุญมา และ วัชรพงษ์ บุญจูบุตร[20] การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถี ชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ชุมชนตามแผนการรักษาที่ตกลงร่วมกับผู้ป่วย คำนึงถึงระยะเวลาการป่วยของโรคเบาหวานโดยการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การตรวจคัดกรอง การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดการด้านความเครียด

2. ด้านระบบบริการ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเบาหวาน สามารถนำการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดี มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม

3. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึก เพื่อให้ทราบรายละเอียดของปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายในบริบทตามทุนทางสังคมนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th

4. กาญจนา ปัญญาเพ็ช, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย. ผลของรูปแบบการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและการกำกับตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2565; 8(2): 105 - 18

จักรพงษ์ แผ่นทอง. KR-20 หาค่าได้จาก Microsoft Excel. [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://krujakkrapong.com/kr-20

3. จิตติพร ศรีษะเกตุ, พรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, วิริยา โพธิ์ขวางยุสท์. แนวทางการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560; 11(2): 156 - 70.
2. บดินทร์ จักรแก้ว. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกึ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2565; 18(1): 16-30.
5. วรรณี จิวสืบพงษ์, กฤษฎา เหล็กเพชร, จันทิมา นวะมะวัฒน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อ ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพ. 2022; 15(3): 30-43.
6. ธัญญลักษณ์ แสนบุดดา, สุดาพร ลือนาม, สุภาวิณี ลาดหนองขุ่น, กำทร ดานา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: ช่วงมาตรการผ่อนคลายโควิด-19. วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2023; 1(1): 531-31
7. ชาตรี แมตสี่, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดแพร่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2564; 13(1): 238-50
8. อุมากร ใจยั่งยืน, สุภาภรณ์ วรอรุณ, สาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2564; 35(2): 94-108.
9. สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2018; 11(1): 32-49.
10. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. American journal of health promotion 1997; 12(1): 38-48.
11. นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณสิริ, ธีรพร สถิรอังกูร, ศิริมา ลีละวงศ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารกองการพยาบาล. 2560 ;44(2): 135 - 41.
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. Upper Saddle River. N.J.: Prentia Hall, 2002.
13. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
14. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby, 2001.
15. จิราพร ศรีพิบูลยบัติ, ทมาภรณ์ สุขสวรรค์, ธีริศา สินาคม. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารการ พยาบาลและการศึกษา 2563; 13(2): 47-60.
16. สลิดา รันนันท์, พาพร เหล่าสีนาท. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(3): 138-48.
17. ยุพดี ยิ่งคำแหง. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เทศบาลตำบลเสลภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2): 71-78.
18. วรางคณา บุตรศรี, รัตนา บุญพา, ชาญณรงค์ สิงห์บรรณ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2564; 18(1): 13-25.
19. อุบลรัตน์ รัตนอุไร, ประภาส สงบุตร. ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28: 146-51. 18. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc., 1977.
20. ปานชีวัน แลบุญมา, วัชรพงษ์ บุญจูบุตร. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย โรคเบาหวาน ตำบลสมัยอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564; 8(2): 87-102.

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

The development of promote child developments guidelines according to the 1,000 Days Miracle program with family and community involvement.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

สิริลักษณ์ แฝงสมศรี[1] จารุณี บุญหลาย[2] กำทร ดานา[3] อนุชา ไทยวงษ์[2]
Sirilak Faengsomsri[1] Jarunee Boonlai[1] Kamthorn Dana[3] Anucha Taiwong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสถานการณ์การเลี้ยงดูของครอบครัวและพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 2) การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต และ 3) การประเมินผลการใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2563 – มิถุนายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ McNemar Chi-square test

ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านการดูแลเด็กและครอบครัว พบว่า ไม่มีแนวทางการเตรียมความพร้อมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ขาดการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และครอบครัวไม่มีการเตรียมความพร้อม มองว่าการที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้าคือการแสดงออกที่สังเกตได้จากความผิดปกติทางร่างกายภายนอกเท่านั้น และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวโดยใช้แนวคิดครอบครัวเป็นฐาน (2) การมีทีมพัฒนาพัฒนาเด็กละครอบครัว (Child and family team) (3) กิจกรรม 4 มหัศจรรย์ คือ การประสานธรรมะกับแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา การสร้างแรงบันดาลใจในการเลี้ยงลูก การพัฒนาทักษะพ่อแม่ในการเลี้ยงลูก กลวิธีพ่อพระ-แม่ฮัก และ (4) การสร้างแรงบัลดาลใจต่อเนื่องผ่านกิจกรรมการกระบวนการพยาบาลครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน หลังดำเนินกิจกรรมพบมีการดูแลสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขึ้นและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวพ่อแม่หรือผู้ปกครองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และจากการติดตามเด็กพบที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามและมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต, การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

Early childhood is the appropriate time to promote development. This Participatory Action Research aimed to develop and study the results of the implementation of child development promotion guidelines in Phayakkaphumpisai District, Mahasarakham Province. The research conducted during October 2020 - June 2022 and consists of 3 steps: 1) Assess the situation of parenting and development of children 0-5 years of age of the family, 2) Develop a guideline to promote child development according to the Miracle First 1000 Days of Life project, and 3) Evaluate the use of guidelines for promoting child development. The research tools use in-depth

[1] โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: Kamthorn Dana, Email: kamthorn@smnc.ac.th

interviews, focus group discussions, and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, the McNemar Chi-square test, and content analysis.

The results showed that there is no guideline for preparing pregnant women and their families, the pregnant women lack quality antenatal care, and the family is viewed as the developmental delay in a child is a manifestation that can only be observed from an external physical abnormality. The guidelines for promoting child development according to the Miracle First 1000 Days of Life project consist of (1) promoting family roles using the concept of the base on family care, (2) having a child and family team (CFT) development, (3) the activities of the four amazing is the integration of Dharma with the concept of contemplative education, inspiring parenting developing parents' skills in raising children Por Phra-Mae Hug method and (4) continuing inspiration through family nursing process activities and home visits. It was found that there were improvements in health care guidelines for pregnant women and family child-rearing behaviors with statistical significance ($p<0.001$). After that, the children had more development by their age with statistical significance ($p<0.001$).

Keyword: The 1,000 Days Miracle program, Child development promotion, Family and community involvement

บทนำ

การดูแลสุขภาพของเด็กแรกเกิดถึงช่วงอายุ 5 ปี ถือเป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญที่สุดต่อการสร้างรากฐานของชีวิตคือการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและด้านสติปัญญา เนื่องจากช่วงอายุนี้เป็นช่วงอายุที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ด้านพันธุกรรมที่ได้รับจากพ่อแม่โดยตรงทั่วไปแล้วพันธุกรรมจะมีอิทธิพลต่อลักษณะทางเพศ สรีระของโครงกระดูก สีนัยน์ตา สีผิว สีผม พัฒนาการเด็กบางด้านได้รับอิทธิพลทางด้านชีวภาพอย่างรุนแรง เช่น อายุที่เด็กเริ่มเข้าสู่วัยหนุ่มสาว เป็นต้น ปัจจัยแวดล้อมในครรภ์ เช่น สุขภาพและโภชนาการของมารดา การสัมผัสสารที่ก่อความพิการ เช่น เหล้า บุหรี่ ยาบางชนิด และสารจากมลพิษ การเป็นโรคหรือความพิการของทารกในครรภ์จะทำให้เพิ่มโอกาสเสียชีวิต มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ เกิดก่อนกำหนด มีการเจริญเติบโตช้าหลังเกิด มีพัฒนาการล่าช้า และเชาว์ปัญญาด้อยลง โภชนาการของมารดามักส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์อย่างมาก เช่น มารดาขาดเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟลิค แคลเซียมและวิตามินดี เป็นต้น และปัจจัยด้านการเลี้ยงดูหลังเกิด[1,2] ซึ่งการเสริมสร้างการเลี้ยงดูที่ถูกต้องและการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมจากผู้เลี้ยงดูถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ในประเทศไทยล่าสุด[1] พบว่ามีการติดการคัดกรองพัฒนาการเด็กได้ประมาณ ร้อยละ 90.2 และในกลุ่มที่คัดกรองได้นี้ได้รับการติดตาม ร้อยละ 93.2 และพบเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าส่งต่อเพื่อประเมินซ้ำ ร้อยละ 26.6 ซึ่งได้รับการกระตุ้นพัฒนาการเพียง ร้อยละ 66.87 ซึ่งถือว่าผลการดำเนินงานที่ค่อนข้างไม่ครอบคลุม และจากสถิติข้อมูลการสำรวจพัฒนาการภาพรวมประเทศย้อนหลังทุก 3 ปี พบว่าในปี 2560 เด็กไทยได้รับการประเมินพัฒนาการและมีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 76.78 พัฒนาการล่าช้าที่ ร้อยละ 23.01 และในปี 2563 มีพัฒนาการสมวัยลดลงเหลือ ร้อยละ 46.9 มีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 53.1 เมื่อดูจากข้อมูลดังกล่าวแล้ว ประเทศไทยจึงต้องมีแนวทางเฝ้าระวังและระบบการจัดการเกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัยที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และเมื่อวิเคราะห์พิจารณาพบสาเหตุหลายอย่างที่ทำให้เกิดสถานการณ์นี้[3] คือ (1) ปัจจัยด้านมารดาตั้งครรภ์ พบว่ามารดาฝากครรภ์ครบคุณภาพ 5 ครั้ง ได้ใน

อัตราที่ค่อนข้างน้อย จากปี 2560-2562 หญิงตั้งครรภ์มีอัตราการฝากครรภ์ครบคุณภาพเพียง ร้อยละ 63, 70 และ 76 ตามลำดับ และยังพบว่ามารดามีอัตราการมีภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับที่น่ากังวล ในปี 2556-2562 อยู่ที่ ร้อยละ 17.9, 17.4, 17.3, 16.3, 16, 16.4 และ 15.15 ตามลำดับ (2) ปัจจัยของเด็กที่คลอด ที่พบว่าทารกที่คลอดมีภาวะน้ำหนักแรกคลอดต่ำ (Low birth weight) ในปี 2560-2562 ที่ร้อยละ 81, 88 และ 89 ตามลำดับ ปัญหาทารกมีภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอด (Birth asphyxia) ที่ร้อยละ 82, 88 และ 89 ตามลำดับ และทารกคลอดก่อนกำหนดที่ร้อยละ 12.76 ในปี 2561 เพิ่มเป็นร้อยละ 14.10 ในปี 2562 (3) ปัจจัยด้านตัวเด็ก พบว่า เด็กเหล่านี้มีภาวะพร่องโภชนาการ ที่พบคือ ภาวะเตี้ยแคระแกร็น ร้อยละ 13.3-4.3 ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.6 ภาวะผอมแห้ง ร้อยละ 2.7 และยังมีเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 3.5 นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่พบว่าเด็กแรกเกิด-5 เดือน ได้รับนมแม่เพียงร้อยละ 40.7 และดื่มต่อเนื่องจนถึง 1 ปี ร้อยละ 24.6 ดื่มนมแม่จนถึง 2 ปี ร้อยละ 15.0 ที่สำคัญจากข้อมูลที่พบที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งคือ พ่อแม่หรือผู้ปกครองให้เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 3 ชม./วัน ร้อยละ 8.3 และยังปล่อยให้เด็กให้อยู่ลำพังสูงถึงร้อยล 9.2 ด้วย

แนวคิดการส่งเสริมคุณภาพการดูแลเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีจุดเริ่มจากแนวทาง Developmental - Individual - Difference Relationship - Based (DIR) Model[4] (แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ, 2559) ที่เน้นให้ความสำคัญกับทักษะชีวิตทั้งด้านการมีปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารการคิดและความเข้าใจเรื่องอารมณ์ ซึ่งครอบครัวสามารถทำได้โดยผ่านกิจกรรมภายในครอบครัวหรือกิจวัตรประจำวันของเด็ก 4 แนวทาง[5,6] คือ (1) การเล่นกับลูก เล่นอะไรก็ได้ที่ลูกสนุกลูกชอบเล่นแล้วลูกหัวเราะอยากเล่นอีก ช่วยให้เด็กมีโอกาสฝึกพัฒนาการด้านภาษาผ่านการพูดคุยการเล่นสนุกเล่นสมมุติจินตนาการ การเล่นอาจสอดแทรกการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ไปด้วย เช่น เล่นขี่หลังพ่อ (ฝึกการทรงตัว) เล่นวิ่งไล่จับซ่อนแอบ (ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย) การให้เวลาเล่นสนุกกับลูกโดยเลือกเล่นตามที่ลูกสนใจจึงเป็นกระบวนการสำคัญในการในการช่วยส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมทุกๆด้านโดยแนะนำให้เวลาเล่นสนุกกับลูกประมาณ 30 นาที/วัน (2) ฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน คือการใช้กิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวันเป็นโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านของลูก เช่น เวลาทานข้าวการกินอาหารร่วมกันการใส่เสื้อผ้า การแปรงฟันหรือการช่วยทำงานบ้านง่ายๆ กิจกรรมเหล่านี้เป็นการฝึกพัฒนาการได้ครบทุกด้านทั้งด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านภาษาสติปัญญา ด้านสังคมอารมณ์โดยรวมทั้งหมด (3) การฝึกร่างกาย คือการใช้ร่างกายออกกำลังกายเคลื่อนไหวเล่นกลางแจ้ง สนามเด็กเล่นหรือฝึกทักษะด้านกีฬาที่ซับซ้อนขึ้นตามวัย การฝึกร่างกายให้คล่องแคล่วเป็นรากฐานสำคัญในการฝึกพื้นฐานสมองช่วยให้เด็กคล่องแคล่วมั่นใจในตัวเองมากขึ้น และสามารถคิดแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้น และ (4) การเล่นกับเพื่อน เป็นทักษะชีวิตทางด้านสังคมที่สำคัญที่สามารถเริ่มต้นฝึกผ่านการเล่น ช่วยให้เด็กเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง ฝึกให้รู้จักการต่อรอง การรอคอย การกำกับตัวเองและการแก้ปัญหากับเพื่อน การแบ่งปันและเรียนรู้ในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ดังนั้นพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กควรให้ความรักความอบอุ่น สนใจและเอาใจใส่เด็ก คำนึงถึงความต้องการและธรรมชาติของเด็ก ความแตกต่างและความรู้สึกของเด็ก ผู้อบรมเลี้ยงดูต้องทำตัวเป็นอย่างที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และมีความสม่ำเสมอ ผู้เลี้ยงดูต้องรู้จักการใช้แรงเสริมที่ถูกต้องเหมาะสมการคำนึงถึงและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ครบทุกด้านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา

ในพื้นที่ของอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ที่มีขอบข่ายดูแลและเฝ้าระวังติดตาม การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยางน้อย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสาคาม พบสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในปี 2557-2562 จำนวน 6, 7, 8, 7, 6 และ 6 ราย ตามลำดับ และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้พบว่าเป็นคู่ที่แยกทางกัน จำนวน 2, 1, 1 และ 3 คู่ ในปี 2559-2562 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการดำเนินการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ในปี 2557-2562 จำนวน 32, 31, 35, 38, 35 และ 37 ราย ตามลำดับ และเมื่อดูภาวะโภชนาการ พบว่าเด็กกลุ่มเหล่านี้มีปัญหาพร่องโภชนาการ จำนวน 14, 12, 10, 10, 8 และ 6 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าทั้งปัญหาด้านครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ ปัญหาด้านพัฒนาการและโภชนาการถือเป็นสถานการณ์ที่มีอัตราส่วนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับสัดส่วนของเด็กในพื้นที่ รวมถึงจากการสังเกตและสัมภาษณ์ในการปฏิบัติหน้างานในพื้นที่ที่ผ่านมา ครอบครัวและชุมชนยังรู้สึกว่าประเด็นด้านครอบครัวและเด็กกลุ่มดังกล่าว ไม่ถือเป็นความเร่งด่วนของครอบครัว และชุมชนไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง ทำให้ไม่มีการเตรียมความพร้อมทั้งก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์และการส่งเสริมกิจกรรมด้านการดูแลเด็กที่เหมาะสมของพื้นที่ ที่สำคัญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดแผนการบริหารจัดการและแผนการดำเนินงานในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่และให้การพยาบาลโดยตรงกับครอบครัวและชุมชน จึงได้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้มหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ติดตามและส่งเสริมสุขภาพให้กับครอบครัวและเด็กกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการในชุมชน

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ดำเนินการพัฒนา 3 ขั้นตอน ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – มิถุนายน 2565 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์การดูแลแม่และเด็กในพื้นที่ ระยะเวลา 6 เดือน (ตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1. สมาชิกในครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ (1) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นหญิงตั้งครรภ์หรือเด็กอายุ 0-5 ปี (2) ครอบครัวเคยผ่านประสบการณ์ด้านปัญหาแม่และเด็กเช่น ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปัญหาแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย เด็กมีปัญหาโภชนาการหรือพัฒนาการล่าช้า (3) ไม่มีปัญหาสภาพจิตหรือปัญหาการสื่อสาร และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์คัดออก คือ เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ และต้องการออกจากกระบวนการศึกษา

2. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทาง คัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กในชุมชน และผู้ร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรมและการติดตามในชุมชน คือ ครอบครัวเคยผ่านประสบการณ์ด้านปัญหาแม่และเด็กเช่น ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปัญหาแทรกซ้อนระหว่าง

ตั้งครรภ์ ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย เด็กมีปัญหาโภชนาการหรือพัฒนาการล่าช้า จำนวน 10 คน ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 25 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน บุคลาการทางการศึกษา จำนวน 5 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

- แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลเด็กในครอบครัว ในด้านประเด็นปัญหา ความต้องการและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและเด็กที่บ้าน

- แนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทาง จำนวน 2 ครั้ง เกี่ยวกับประเด็นปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การเลี้ยงลูก และพัฒนาการเด็กในชุมชน ความต้องการการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน บทบาทหน้าที่ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานและสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลครอบครัวของเด็ก

- เครื่องมือการรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ทั้งแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) ที่ 0.94 และ 0.92

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้มหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต ระยะเวลา 2 เดือน (เมษายน - กรกฎาคม 2564) ประกอบด้วย การสะท้อนคิดของผู้ดูแลในครอบครัว บทบาทของพยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กและครอบครัวที่บ้าน ปัญหาและความต้องการในการดูแล และการร่างแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้มหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต เพื่อนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ผู้วิจัยใช้วิธีการสรุปประเด็นเนื้อหาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้มหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต ระยะเวลา 6 เดือน (กรกฎาคม 2564 - มิถุนายน 2565) เป็นระยะการลงมือปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่พัฒนาขึ้น โดยแนวทางที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กและผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงในพื้นที่ และการประเมินผลการพัฒนา มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก จำนวน 45 คน และเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี จำนวน 45 คน โดยเด็กมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0-5 ปีบริบูรณ์ เพศชายหรือเพศหญิง ผู้ปกครองเต็มใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์คัดออก คือ (1)ไม่อยู่ร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม (2) เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการอันเนื่องมาจากปัจจัยที่ตัวเด็กเอง เช่น เด็กกลุ่มอาการออทิซึม เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสมอง เป็นต้น (3) เด็กที่ยังมีปัญหาพัฒนาการแม้จะได้รับการกระตุ้นด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I แล้วก็ตาม (4) มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการได้ยินผิดปกติ (ดัดแปลงจาก Joint committee on infant hearing. American Academy of Pediatrics, 2007)

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ คือ อายุ การศึกษา การตั้งครรภ์เสี่ยง ประวัติการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามการดูแลสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์ คือ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก สามี

ช่วยเลี้ยงดูลูก ทารกได้กินนมแม่ครบ 6 เดือน และน้ำหนักทารกแรกเกิด เป็นลักษณะคำถามแบบสองตัวเลือกและแบบเติมคำ

2) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เป็นสมุดที่ใช้ในสถานบริการของรัฐและเอกชนใช้บันทึกสุขภาพแม่ ตั้งแต่เริ่มมารับบริการฝากครรภ์จนถึงคลอดและใช้บันทึกประวัติของเด็กตั้งแต่แรกเกิด มีข้อมูลสำคัญ คือ ประวัติสุขภาพของแม่ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์และครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วย การได้รับยาระหว่างตั้งครรภ์ บันทึกการคลอด และข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดและภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิด

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว มี 7 ประเด็น ประกอบด้วย ผู้เลี้ยงดูเด็กในเวลากลางวัน สถานที่ที่เด็กอยู่ในเวลากลางวัน เด็กได้รับการเล่าหรืออ่านหนังสือนิทานให้ฟัง เด็กได้รับการเล่นอย่างมีคุณภาพกับบุคคลอย่างเดียว เด็กได้ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และเด็กได้ดูโทรทัศน์

4) แบบวัดพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental surveillance and promotion manual; DSPM) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการไม่สมวัย (Early detection) และเพื่อให้คำแนะนำส่งเสริมพัฒนาการโดยเร็ว (Early intervention) โดยมีค่าความไว 96.04% และได้ค่าความจำเพาะ 64.67%[7]

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาที่พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว ได้ค่า CVI 0.92 แบบสอบถามการดูแลสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์ ได้ค่า CVI 0.90 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยลงดำเนินการตามขั้นตอนวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน โดยทำหนังสือขอความยินยอมตามกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติ McNemar Chi-square test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เลขที่ 6/2562 วันที่ 1 กันยายน 2562

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของมารดาในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดามีอายุเฉลี่ย 28.43 ปี (S.D. 1.74) โดยมารดามีอายุต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 40 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. (60.47%) ในแง่ของประวัติการตั้งครรภ์ส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (46.51%) ตามด้วยครรภ์ที่สอง (32.56%) และครรภ์ที่สาม (20.93%) ตามลำดับ และมากกว่าครึ่งของมารดา (55.81%) มีการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยครรภ์เสี่ยงที่พบมากที่สุดคือมีภาวะโลหิตจาง รองลงมาคือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี

สถานการณ์การดูแลแม่และเด็กของพื้นที่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กและครอบครัวในชุมชน พบว่า ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยางน้อย ยังไม่มีแนวทางการเตรียมความพร้อม

สำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่วนใหญ่จะดำเนินกิจกรรมตามตัวชี้วัดหรือเมื่อได้รับการติดตามผลงานจากทีมบริหารของผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับอำเภอ ที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์หลายรายขาดการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและขาดการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 การทำงานรับจ้างนอกบ้าน และพบว่าครอบครัวไม่ได้มองเห็นความสำคัญของพัฒนาการเด็กว่า คืออะไร จะส่งผลต่อตัวเด็กและครอบครัวอย่างไร มองว่าพัฒนาการล่าช้าคือการแสดงออกมาในรูปแบบปัญญาอ่อน หรือความไม่สมบูรณ์ทางร่างกายที่แสดงออกมาให้สังเกตได้เท่านั้น

ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว

หลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต ที่มีกระบวนการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว กิจกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังดำเนินการหญิงตั้งครรภ์ได้รับยา triferdine มีสามีเข้ามาร่วมดูแลในการดูแลเด็กลูกได้กินนมแม่อย่างเดียวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบว่าในพื้นที่รับผิดชอบมีจำนวนของทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัม ร้อยละ 90.91 ส่วนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว พบว่า หลังดำเนินการเด็กได้รับการเล่าหรืออ่านหนังสือนิทานให้ฟัง เล่นอย่างมีคุณภาพเพิ่มสูงขึ้น และเวลาที่ครอบครัวให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ($p=0.021$) และเวลาในการดูโทรทัศน์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตาราง 1 การดูแลสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว

ผลลัพธ์	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การดูแลสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์					
1. การได้รับยา Triferdine (n=43)					
ได้รับ	35	81.39	43	100	< 0.001
ไม่ได้รับ	8	18.61	0	0	
2. สามีช่วยเลี้ยงดูลูก (n=43)					
มี	33	76.74	39	90.69	< 0.001
ไม่มี	10	23.26	4	9.31	
3. เด็กได้กินนมแม่ครบ 6 เดือน (n=22)					
ครบ	12	54.54	18	81.82	< 0.001
ไม่ครบ	10	45.46	4	18.18	
4. น้ำหนักทารกแรกเกิด (n=22)					
< 2500 กรัม	-	-	2	9.09	-
2500 กรัมขึ้นไป	-	-	20	90.91	-
พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว (n=98)					
5. ผู้เลี้ยงดูเด็กในเวลากลางวัน					
พ่อแม่	76	77.55	78	79.59	0.043
ญาติ	22	22.45	20	20.41	

ตาราง 1 การดูแลสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว

ผลลัพธ์	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้รับจ้าง	0		0		
6. สถานที่ที่เด็กอยู่ในเวลากลางวัน					
บ้านตัวเอง	59	60.2	57	58.16	0.061
บ้านญาติ	0	0	0	0	
บ้าน/สถานที่ผู้รับจ้างเลี้ยงเด็ก	0	0	0	0	
โรงเรียน/ศูนย์เลี้ยงเด็ก	39	39.8	41	41.84	
7. เด็กได้รับการเล่าหรืออ่านหนังสือนิทานให้ฟัง					
ได้รับ	54	55.1	95	96.94	< 0.001
ไม่ได้รับ	44	44.9	3	3.06	
8. เด็กได้รับการเล่นอย่างมีคุณภาพกับบุคคลอย่างเดียว 3 วันขึ้นไป/สัปดาห์					
ได้เล่น	59	60.2	98	100	< 0.001
ไม่ได้เล่น	39	39.8	0	0	
9. เด็กได้ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์					
ใช่	45	45.92	87	88.78	0.021
ไม่ใช่	53	54.08	11	11.22	
10. เด็กได้ดูโทรทัศน์ น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์					
ใช่	52	53.06	89	90.82	< 0.001
ไม่ใช่	46	46.94	9	9.18	

ผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็ก

หลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต พบว่าเด็กที่ได้รับการติดตามที่อยู่ในช่วงเวลาของการดำเนินการวิจัย เด็กกลุ่มอายุ 9 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยมีพัฒนาการล่าช้า และหลังจากติดตามกระตุ้นแล้วเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 94.12 และเด็กกลุ่มอายุ 18 เดือน เพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ เป็นร้อยละ 100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ตาราง 2 ผลการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก

ผลการตรวจพัฒนาการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ 9 เดือน (n=17)					
สมวัย (รวมหลังติดตามกระตุ้น)	10	58.82	16	94.12	< 0.001
ไม่สมวัย	7	41.18	1	5.88	
อายุ 18 เดือน (n=16)					
สมวัย (รวมหลังติดตามกระตุ้น)	11	68.75	16	100	< 0.001
ไม่สมวัย	5	31.25	0	0	

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงยางน้อย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม คือ การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวโดยใช้แนวคิดครอบครัวเป็นฐาน การมีทีมพัฒนาพัฒนาเด็กและครอบครัว กิจกรรม 4 มหัศจรรย์ ที่ประกอบด้วย การประสานธรรมะกับแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา การสร้างแรงบันดาลใจในการเลี้ยงลูก การพัฒนาทักษะพ่อแม่ในการเลี้ยงลูก กลวิธีพ่อพระ-แม่ฮัก และการสร้างแรงบัลดาลใจต่อเนื่องผ่านกิจกรรมการกระบวนการพยาบาลครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน

หลังดำเนินกิจกรรมพบมีการดูแลสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขึ้นและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวพ่อแม่หรือผู้ปกครองดีขึ้น โดยเฉพาะก่อนดำเนินการพ่อแม่มีเวลาในการเลี้ยงดูเด็กและอยู่กับเด็กน้อยหลังดำเนินการพ่อแม่กลับมาใส่ใจและให้เวลาในการอยู่กับเด็กมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กที่ดีขึ้นได้ ระยะเวลาอยู่กับเด็กของผู้ดูแลสัมพันธ์กับการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก[8] และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีวุฒิภาวะ[9] การเรียนรู้ของเด็กเกิดจากการเคลื่อนไหว การใช้ภาษา การปรับตัวเข้ากับสังคมและบุคคลรอบข้าง ดังนั้น บุคคลรอบข้างควรส่งเสริมพัฒนาการตามความสามารถที่เป็นอยู่ของเด็กในทุกด้าน

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงเวลาที่สมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว หากผู้เลี้ยงดูมีความเข้าใจในการดูแลและตอบสนองความต้องการเด็กอย่างเหมาะสมก็จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ทำให้เด็กมีพัฒนาการตามศักยภาพ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กสามารถดำเนินการได้โดยให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เด็กได้มีพัฒนาการสูงสุดตามศักยภาพ เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามและมีพัฒนาการสมวัย ที่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้โปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ผ่านกิจกรรมการเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษาและด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ผลการวิจัยพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้มีพัฒนาการสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ[10] และการศึกษาที่กล่าวว่าเด็กปกติหรือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือกระตุ้นพัฒนาการตามศักยภาพของเด็กจากผู้เลี้ยงดูอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างมีแบบแผน เด็กจะมีพัฒนาการดีขึ้น และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการโดยผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมทำให้เด็กสามารถกลับมามีพัฒนาการปกติได้[11,12,13] แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆในครอบครัวและชุมชนระหว่างพ่อแม่ผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมีความสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

พ่อแม่และผู้ปกครองเด็กรวมถึงผู้ดูแลเด็กในศูนย์ฯต่างๆ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนและที่บ้านโดยให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมที่เมาะสมกับบุตร และควรนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างมี่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อศึกษาประสิทธิผลด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบทดลองวัดผลก่อน-หลัง (Two groups pretest-posttest design) เพื่อยืนยันว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นได้ผลจริง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2554). คู่มือการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลเด็กและอาสาสมัครและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็ก. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์.
2. Beighley JS. Matson JL. (2013). Developmental Milestones. Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders, pp 894-895
3. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ทบทวนสถานการณ์พัฒนาการ เด็กไทยปี. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566 จาก https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/204370
4. แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ. (2559). การกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าโดยครอบครัวมีส่วนร่วม. สถาบันแห่งชาติเพื่อเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. ปฐม นวลคา. (2559). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน, 12 (1), 36-45.
6. ศุภมาส จิรกอบสกุล. (2559). ทักษะทางภาษาด้านการอ่านและการเขียนของเด็กปฐมวัยที่ได้รับ การจัดกิจกรรมการอ่านนิทานร่วมกัน. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
7. Jacobson SW., Frye KF. Effect of maternal social support on attachment: experimental evidence. Child Development 1991, 62, 572-82.
8. ณิชาณี พันธุ์งาม. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในชุมชนจังหวัดหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 11(25), 5-20.
9. พิมพาภรณ์ กลิ่นกลั่น. (2561). การพยาบาลเด็กเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. เชียงใหม่, สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
10. วิริยาภรณ์ สุวัฒนสวัสดิ์, กนกวรรณ ศิริพรรณ, กัลยา ศรีมหันต์. (2563). วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(2), 121-132.
11. สมัย ศิริทองถาวร. (2561). การพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(1), 3-12.
12. อาริสรา ทองเหม, และประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม. (2560). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ, 6(2), 3-12.
13. มนัสมีน เจะโนะ, และรอฮานิ เจะอาแซ. (2562). ผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี. วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 30(2), 80-88.

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.5 September - October 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART III

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ด้วย 4 กระบวนการหลัก 30 กิจกรรม 517
วรัตภรณ์ ชำรัมย์

ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 526
มณีรัตน์ ทางดี

การเปรียบเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง (transcutaneous bilirubin : TcB) เทียบกับระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin : TSB) ในทารกแรกเกิด 534
นาวิน การะยะ , มุทิตา มีแสง , พงศกร ฉ่ำพึ่ง

ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก ข โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน 542
เพชรรินร วิญญายอง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย 549
ขัติยา แก้วสมบัติ ,อิศรา ขุนพิลึก , อัญชลี วิจิตรปัญญา ,เพ็ญสุดา ไชยเมือง ,ประภาพร จันทร์นาม

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม 561
สุณี ฉิมพิบูลย์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี 567
มารตี กัลยารัตน์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 577
กชพร นะราธร

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก 585
สมญาภรณ์ พุทธรักษา

เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนองและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 595
มลิดา อินานันท์

การรับรู้ และทัศนคติ ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส 604
วันเตาเฟ็ก แวดือราแม

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี CKD3 Corner ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 613
พนารักษ์ คูณศิริปัญญา ,สุทธิกานต์ สุทธิประภา ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 622
พิศมัย ยุ้งกระโทก

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย 628
ภัคทิพา จันบุตรดี , พันธ์ทิพย์ ศรีตะบุตร

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด 637
บรรจง เมตตา

ผลการพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 646
จินัฐตา พงประเสริฐ ,ยุพิน เสาร์ทอง ,นวธัญย์พร ศรีจันทร์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี 658
กันย์วิตรา หิรัญเชวงศักดิ์ ,กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดการ การติดตาม และการส่งต่อข้อมูลหลังเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาสารคามสู่โรงพยาบาลเครือข่าย 663
ภัทราพร อรรคฮาตสี

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 674
อนัญญา มานิตย์ ,กุลชลี นาธงชัย

ผลการผ่าตัดถุงน้ำดี และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิด ในโรงพยาบาลสระบุรี 685
โกสัญญา ต่างวิวัฒน์

รายงานผู้ป่วย Dengue encephalopathy ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 691
นาวิน การะยะ ,รัศมี ตั้งศิริ , พงศกร ฉ่ำพึ่ง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ... 699
พะเยา พรมดี , เยาวภา สีดอกบวบ , อภิญญา พรมจันทร์

ผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ 710
วรางคณา เร่งไพบูลย์วงษ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 715
กาญจนา นิ่มสุนทร ,สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ ,วิภาพร คุณพาที ,สนธยา ลาเตะ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ 725
ทองคำ อินตะนัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 735
จำปี หันชัยเนาว์

ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 744
นิธินาถ ทุนนาน

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ 755
ประคองศิลป์ โพธะเลศ

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 29 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ตุลาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในแกนนำกลุ่มวัยเรียน การจัดการความปลอดภัยจากอัคคีภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน การดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน งานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล การประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยกระดูกยาวหัก การพยากรณ์จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า การวิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต การพยาบาลและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับ การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเครือข่ายบริการสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการตำรวจ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ทะลุที่มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ด้วย 4 กระบวนการหลัก 30 กิจกรรม ศูนย์หัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน

Development of seamless clinical nursing practice guidelines for patients with transthoracic echocardiography (TTE) With 4 main processes, 30 activities in Heart Center, Special Treatment Unit, Nursing Group, Lamphun Hospital

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

วรัตภรณ์ ชำรัมย์[1]
Warattaporn chamrum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก โดยทำการศึกษาช่วงเดือนมกราคม-กันยายน 2566 เป็นระยะ 9 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหน่วยศูนย์หัวใจ จำนวน 3 คน ผู้รับบริการที่ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก จำนวน 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 2) แบบติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง 3) แบบประเมินความพึงพอใจแนวปฏิบัติ 4) แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์ 5) แบบสนทนากลุ่มเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากร ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 ช่วงอายุส่วนมาก 31-40 ปี ร้อยละ 66.67 (Mean ± SD = 32.14 ± 4.41 ปี) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ TTE ส่วนมาก 1-5 ปี ร้อยละ 66.67 การพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย ด้วย 4 กระบวนการหลัก 30 กิจกรรม ได้แก่ การผลิตสื่อให้หลากหลายใช้ได้กับทุกเพศทุกวัย การส่งเสริมความรู้เรื่องการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก การประยุกต์ line กลุ่ม การจัดทำ QR code VDO สอน Echo เพื่อให้พยาบาลง่ายในการเปิดให้ผู้ป่วยดูแนวปฏิบัติสามารถลดอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน เพิ่มความพึงพอใจ ทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลลำพูน ระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ระดับความพึงพอใจแนวปฏิบัติจากการทดสอบ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 3.61, 3.30)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, คลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก, คลินิกแบบไร้รอยต่อ

Abstract

This research was action research aimed to develop and implement seamless clinical nursing practice guidelines for patients with transthoracic echocardiography. Study was conducted from January to September 2023 for a period of 9 months. Sample consisted of professional nurses from the Heart Center 3 people and patients with thoracic echocardiography. Research tools included 1) general data collection form 2) guideline compliance monitoring form 3) guideline satisfaction assessment form 4) medical data collection form 5) qualitative focus group discussion form. Data were analyzed by descriptive statistics and before and after comparisons were performed using paired t-test.

Results of study found sample group personnel Most were female 66.67%. Majority were 31-40 years old, 66.67% (Mean ± SD = 32.14 ± 4.41 years). Experience in caring for patients receiving TTE services was mostly 1-5 years, 66.67%. Development of guidelines consisted of 4 main processes and 30 activities: producing a variety of media that can be used by all ages, promoting knowledge about echocardiography through the chest, applying the group line, creating QR code VDO teaching Echo to make it easy for nurses to open the guidelines for patients to watch, which can reduce the incidence of complaints, increase satisfaction, and create guidelines that are

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

appropriate for the context of Lamphun Hospital. Level of compliance with the guidelines The level of satisfaction with the guidelines from found that after using the program, the average score increased significantly at the .05 level (t = 3.61, 3.30).

Keywords: Nursing Practice Guidelines, transthoracic echocardiography, Seamless Clinic

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) เน้นการดูแลสุขภาพประชาชน ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย โดยกำหนดให้เป็นนโยบายในแต่ละโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขต้องปฏิบัติตามทั้งหมด 19 สาขา ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ สาขาโรคหัวใจ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (transthoracic echocardiography, TTE)[1] เป็นการตรวจที่ใช้หลักการสะท้อนกลับของคลื่นความถี่ที่ถูกปล่อยออกมาจากหัวตรวจ ส่งผ่านผนังทรวงอกไปถึงหัวใจ จะเกิดสัญญาณสะท้อนกลับ ระบบจะนำพาข้อมูลที่สะท้อนไปประมวลผลเป็นภาพแสดง รูปร่าง ขนาด และ การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและลิ้นหัวใจได้อย่างชัดเจน เป็นการตรวจพิเศษที่ทำได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ทราบผลทันที มีความปลอดภัย และมีค่าใช้จ่ายน้อย สามารถตรวจได้ทุกเพศทุกวัย ประโยชน์ของการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจทางคือใช้ วินิจฉัยโรค วางแผนการรักษา ติดตาม และประเมินผลการรักษาเพื่อปรับยา หรือวิธีการรักษาให้ได้ผลเต็มที่อย่างปลอดภัย[3] การตรวจด้วยวิธีนี้สามารถประเมิน และติดตามความผิดปกติของหัวใจเป็นการตรวจหัวใจแบบภายนอกซึ่งไม่มีอันตรายและไม่มีความเจ็บปวดใดๆ จากสถิติในศูนย์หัวใจโรงพยาบาลลำพูน พบว่าการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก มีการให้บริการตรวจมากที่สุดเป็นอันดับแรก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีจำนวนเท่ากับ 1,761, 2,066 และ 2,499 ราย จากสถิติการนัดตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกของศูนย์หัวใจประจำปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่าเมื่อถึงวันที่นัดตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก มีผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 14, 17 และ 20 ตามลำดับ เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่พบว่า มีความวิตกกังวล ไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการ คิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่มารับการตรวจตามนัด คิดว่าคลื่นเสียงที่ตรวจจะมีผลต่อร่างกาย ลืมวันที่นัดตรวจ ไม่มีญาติมาส่ง การเดินทางลำบากและมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกนั้น พบว่ายังไม่เคยมีผู้ศึกษามาก่อน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกเป็นสิ่งสำคัญ การประเมินผู้ป่วยบางครั้งจำเป็นต้องอาศัยการตรวจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงเพื่อการวางแผนในการรักษาผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นการตรวจทางการแพทย์ที่นิยมส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหรือก่อนผ่าตัด มีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกเป็นวิธีการตรวจที่ใช้จ่ายตามสิทธิ[4] เนื่องจากการประเมินผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตการพิเศษทางหัวใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง แพทย์จะต้องสืบค้นหาสาเหตุและรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้นก่อนที่จะทำการผ่าตัดหรือทำหัตการพิเศษทางหัวใจ การรอคิวตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก มีระยะเวลาการรอคิวตรวจประมาณ 3-4 เดือน เนื่องจากการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก เป็นการตรวจที่มีเพียงแห่งเดียวและเครื่องเดียวในจังหวัดลำพูน โดยมีนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก จำนวน 1 คน ที่ทำหน้าที่ในการตรวจและมีจำนวนผู้ป่วยที่รอเข้ารับบริการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงของจังหวัดลำพูนที่มีจำนวนมาก เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตรวจ

ที่ล่าช้าและอาจทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง คิวรอตรวจปีประมาณ 2563-2565 อยู่ที่ประมาณ 4 เดือน ซึ่งขึ้นอยู่กับความเร่งด่วนของผู้ป่วย เพราะให้บริการแก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำพูน รวมถึงผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูนด้วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่ให้บริการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดใกล้เคียงมีระยะเวลารอคอยคิวในการตรวจอยู่ที่ 4-9 เดือน ทำให้หากมีการนัดผู้ป่วยทุกคนที่ได้คิวตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก แบบ OPD Case มาในช่วงเวลาเดียวกันทุกคนจะทำให้มีระยะเวลารอคอยในการตรวจที่นาน ดังนั้นจึงมีการเปิดบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ และเพิ่มช่องทาง Fast tract สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มเร่งด่วน การบริการคลินิกแบบไร้รอยต่อ เป็นการดำเนินงานตามนโยบายบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อ คือการที่ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว ช่วยดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ โดยดำเนินการรักษา การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ และเป็นบริการที่บูรณาการเชื่อมโยงกับการบริการของหน่วยบริการทั้งในระดับเดียวกันและระดับที่สูงขึ้นไป ทั้งที่อยู่ในเครือข่ายบริการเดียวกันและนอกเครือข่าย อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ การบริการปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อจะเกิดได้ เมื่อมีข้อมูลบริการสุขภาพที่บูรณาการ[4] และระบบข้อมูลบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงสามารถแลกเปลี่ยนกันได้ระหว่างหน่วยงาน ทั้งในระดับเดียวกันและต่างระดับกัน สนับสนุนการบริการอย่างบูรณาการและไร้รอยต่อ การดำเนินงานคลินิกแบบไร้รอยต่อ โดยการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจะช่วยลดภาระงานและค่าใช้จ่ายได้ การดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่หลากหลายเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและบริบท[4] แนวคิดการดูแลต่อเนื่องคือการดูแลที่มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ [5] มีการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพมีการทำงานที่ยืดหยุ่น และปรับตามความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) โดยส่งเสริมการผลิตสื่อ การให้ความรู้ การใช้เทคโนโลยี การใช้กลุ่มไลน์ การพัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาระบบการให้บริการให้ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีในด้านการรักษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก
3. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) ด้วย 4 กระบวนการหลัก 30 กิจกรรม ศูนย์หัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน เป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะเวลาในการศึกษา และติดตามผล

ต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 9 เดือน ระหว่างเดือน มกราคม-กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยศูนย์หัวใจ ผู้รับบริการที่เข้าตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยศูนย์หัวใจ จำนวน 3 คน ผู้รับบริการที่เข้าตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก จำนวน 112 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการจัดกิจกรรมเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามปลายเปิดในการแลกเปลี่ยนความคิดในการผู้ดูแลผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก 2) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก 3) สื่อการสอนความรู้การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวง QR code VDO สอน Echo ที่แจกจ่ายในกลุ่มไลน์และตั้งที่โต๊ะของพยาบาล 4) ใบคำแนะนำการตรวจในรูปแบบการบรรยาย QR code และ VDO สอน Echo ติดแนบไปพร้อมกับใบนัดตรวจ Echo

เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้ 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 2) แบบติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง 3) แบบประเมินความพึงพอใจแนวปฏิบัติ 4) แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกโดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหา ให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา นำมาเป็นแนวทางในการสร้างคำถาม หลังจากนั้นนำไปรับการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ นำมาปรับปรุงเนื้อหาและข้อคำถามในแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ลงความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่า(Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าถูกต้อง 2 ใน 3 คำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.5-1.00 และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำ และปรับปรุงจาการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย ได้ทดสอบความเที่ยง (Reliability) ในโรงพยาบาลข้างเคียงจำนวน 30 ชุด ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่ามากกว่า 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ด้วย 4 กระบวนการหลัก 30 กิจกรรม ศูนย์หัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน

ผลการวิจัย

1. บริบทสภาพปัญหาปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก จากการวิเคราะห์พบว่า

ด้านผู้ป่วย พบว่า ไม่เข้าใจความหมาย ประโยชน์ วิธีการ การเตรียมตัวก่อนการตรวจ เวลานัดผู้ป่วยมาตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) ผู้ป่วยมักไม่เข้าใจว่าคือการตรวจอะไร คิดเองว่าตัวเองเคยได้รับการตรวจแล้วเพราะเข้าใจว่าคือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) เมื่อถึงวันที่นัดตรวจผู้ป่วยไม่มารับบริการตรวจตามนัดสาเหตุส่วนใหญ่พบว่า มีความวิตกกังวล ไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการ คิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่มารับการตรวจตามนัดและคิดว่าคลื่นเสียงที่ตรวจจะมีผลต่อร่างกาย ในวันที่นัดมา

ตรวจผู้ป่วยมักจะ งดน้ำและอาหารและยาที่กินประจำมาก่อน ไม่รับประทานยาที่ได้รับประจำมา เช่น ยาความดัน ยาคุมการเต้นจังหวะของหัวใจ เป็นต้น ทำให้ก่อนตรวจพบว่า ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วเพราะกลัวและกังวล ทำให้ได้รับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) ล่าช้า เนื่องจากต้องให้รับประทานยาความดัน ยาคุมการเต้นจังหวะของหัวใจ ที่ใช้ประจำก่อนเมื่ออาการคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงจะได้รับการตรวจ แต่ในบางรายความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการไม่ดีขึ้นต้องส่งห้องฉุกเฉิน เมื่ออาการดีถึงส่งกลับมาตรวจที่ศูนย์หัวใจอีกครั้งในช่วงบ่าย หรือบางรายอาการไม่ดีขึ้นต้อง Admit สังเกตอาการและติดตามผู้ป่วยมาตรวจในวันถัดไป ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจโรคที่เป็นอยู่ คิดว่าการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) เป็นการรักษาแก้อาการป่วยที่เป็น เช่น บางรายหายใจเหนื่อย รอจนถึงวันที่นัดมาตรวจ เพราะหวังว่าจะช่วยให้อาการเหนื่อยได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น ผู้ป่วยจำสิ่งที่พยาบาลอธิบายเรื่องการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) ไม่ได้

ด้านบุคลากร พบว่า บุคลากร จำนวน 5 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 2 คน ร้อยละ 66.67 และ เพศชาย จำนวน 1 คน ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ ช่วงอายุส่วนมาก 31-40 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 66.67 และช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ (Mean ± SD = 32.14 ± 4.41 ปี) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ TTE ส่วนมาก 1-5 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 66.67 รองลงมา 6-10 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า ภาระงานหลายด้าน ทำให้พยาบาลผู้ให้คิวตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) ไม่มีเวลาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ชัดเจน กรอบอัตรากำลังที่เป็นอยู่ คือ มีพยาบาลประจำศูนย์หัวใจ 3 คน การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของผู้ให้บริการในศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลลำพูนได้ว่าจำนวนผู้ให้บริการโดยเฉพาะพยาบาลใน 3 ปีย้อนหลังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสืบเนื่องจากกรอบอัตรากำลังที่เป็นอยู่ คือ มีพยาบาลประจำศูนย์หัวใจ 3 คน และในปีงบประมาณ 2565-2566 จะดำเนินการเพิ่มการให้บริการ Transesophageal Echocardiogram (TEE) การตรวจหาภาวะPatent Foramen Ovale (PFO) ด้วยวิธี Saline bubble test) เข้าทางหลอดเลือดดำ และ Dobutamine Stress Echocardiogram(DSE) ซึ่งเป็นการตรวจเฉพาะที่ต้องใช้พยาบาลในการให้การพยาบาลที่ใช้เวลานานขึ้น จะส่งผลให้อัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยและค่า productivity เพิ่มขึ้นตามมา

ด้านระบบบริการ พบว่า การบริการในโรงพยาบาลลำพูน 5 อันดับแรกของการบริการและหัตการที่พบบ่อยที่สุดในศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลลำพูน คือ 1) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงผ่านทางผนังทรวงอกด้านหน้า (Transthoracic Echocardiography) 2) การให้คำปรึกษา สุขศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และการตรวจพิเศษหัวใจอื่นๆ เช่น CAG, Echocardiogram, CABG, Sx.Valve, RFA, Device, Cardiac MRI, CTA, Thallium scan, MIBI 3) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เฉพาะการเตรียมก่อนตรวจEchocardiogram OPD Case เท่านั้น 4) การให้บริการผู้ป่วยคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure Clinic) 5) การส่งเรื่องปรึกษาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โรคที่เข้ามารับบริการที่ศูนย์ตรวจหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน ได้แก่ Heart failure, Coronary artery disease, Valvular heart disease, Atrial fibrillation, Cardiac arrhythmia จากข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลลำพูน พบว่าทุกบริการที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบันนั้นจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการ Echocardiogram และผู้ป่วยคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว(Heart Failure Clinic) ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีการตรวจ Echocardiogram ที่เพิ่มขึ้นทำให้มีการคัด

กรองผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ได้มากขึ้น จึงมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวตามมา โดยสรุป 1) ขาดสื่อในรูปแบบที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย ในเวลาอันรวดเร็ว 2) วีดีทัศน์ความรู้เรื่องการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกไม่สะดวกใช้เวลาจะสอนหรืออธิบายผู้ป่วยเสียเวลาในการค้นหา 3) พยาบาลยังปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษยังไม่ครบถ้วน 4) ผู้ป่วยจำสิ่งที่พยาบาลอธิบายเรื่องการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) ไม่ได้

2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก การพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการบริการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกด้วย 4 กระบวนการหลัก 30 กิจกรรม 2) พัฒนาวีดีทัศน์ความรู้เรื่องการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก 3) ส่งเสริมการให้ความรู้เฉพาะโรคที่พบบ่อย หลังจากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกมีการใช้แผ่นพับการให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แผ่นพับการให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คำแนะนำในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ การจี้ไฟฟ้าหัวใจ 4) ผลิตสื่อวีดีทัศน์ แผ่นพับ แผ่นภาพ ให้หลากหลายใช้ได้กับทุกเพศทุกวัน ดูได้ทั้งที่มีโทรศัพท์และไม่มีโทรศัพท์ 5) พัฒนาวีดีทัศน์ความรู้เรื่องการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ทำเป็นlink ส่งให้พยาบาลในlineกลุ่ม ซึ่งเวลาจะสอนหรืออธิบายผู้ป่วยเสียเวลาในการค้นหา จึงจัดทำเป็น QR code VDO สอน Echocardiogram ตั้งที่โต๊ะของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลง่ายในการเปิดVDOให้ผู้ป่วยดู 6) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกให้ทันสมัยตามมาตรฐานอยู่เป็นประจำ 7) ทำใบคำแนะนำการตรวจในรูปแบบการบรรยาย และแนบQR code VDO สอน Echo ติดแนบไปพร้อมกับใบนัดตรวจ Echocardiogram

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก

จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า 1) การรอคิวตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก มีระเวลาการรอคิวตรวจประมาณ 3-4 เดือนนั้น การให้บริการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก นอกเวลาราชการช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยที่อาการคงที่ได้รับการตรวจที่เร็วขึ้นจากการรอคิวปกติประมาณ 1 เดือน 2) การขอคิวและให้คิวนัดตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก สำหรับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูนนั้นเปลี่ยนช่องทางจากการขอคิวใน Line group Echo Lamphun แต่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ข้อมูลเปิดเผยไม่เป็นความลับ จึงเปลี่ยนมาเป็นทาง Line OA Echo Lamphun เพื่อเป็นความลับของผู้ป่วย ผลคือประหยัดเวลาในการเดินทางของผู้ป่วย ลดความแออัด ลดระยะเวลาการมารอคิวตรวจในโรงพยาบาลลำพูน เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการนัดคิวตรวจทาง Line OA แล้วนั้น จะถือเอกสารมาตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ในวันที่ตรวจได้เลย ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น 3) ผู้ป่วยไม่เข้าใจการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกทุกครั้งที่ผู้ป่วยหรือญาติมาขอรับบริการและได้คิวตรวจจะมีการอธิบายการตรวจให้เข้าใจ พร้อมแนบใบคำอธิบายการตรวจพิเศษ~~ต่างๆ~~ มีการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจพิเศษ ข้อแนะนำ หากมีข้อสงสัยหรือต้องการเลื่อนคิวได้ทำการระบุเบอร์โทรศัพท์ของศูนย์หัวใจไว้ในใบคำแนะนำให้แล้ว เมื่ออธิบายเสร็จทำการแนบใบคำแนะนำติดกับใบนัดทุกครั้ง พบว่า

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการตรวจพิเศษมากขึ้น 4) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก แบบ OPD Case โดยนัดเป็นช่วงเวลานั้น จากการดำเนินการนี้มาได้ประมาณ 1 ปี จากระยะเวลาการรอคอยการตรวจเดิมอยู่ที่ประมาณ 60 นาทีต่อราย หลังจากใช้การนัดตามช่วงเวลาพบว่าระยะเวลาการรอคอยการตรวจลดลงเหลือ 30-45 นาที ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมากขึ้น ทางศูนย์หัวใจไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการรอคิวตรวจที่นาน 5) หากอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มารับการตรวจพิเศษที่ศูนย์หัวใจ ไม่คงที่ต้องพิจารณาส่งตรวจต่อที่ห้องฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

ตาราง 1 ผลการเตรียมผู้ป่วยส่งตรวจหรือรักษาเปรียบเทียบก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก

ผลการเตรียมผู้ป่วยส่งตรวจหรือรักษา	ก่อนพัฒนาแนวทาง (2565) n=229		หลังพัฒนาแนวทาง (2566) n=227	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ตรวจฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจ (CAG) และหรือใส่บอนลูนหรือขดลวด (PCI)	171	74.67	169	74.45
2.Echocardiogram (ก่อนการเตรียมผ่าตัด/การวินิจฉัย)	37	16.16	37	16.30
3. การจี้ไฟฟ้าหัวใจ (RFA)	5	2.18	1	0.44
4. การใส่อุปกรณ์พิเศษ เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ(Device)	4	1.75	8	3.52
5.การตรวจพิเศษ Cardiac MRI, CTA, Trillium scan, MIBI	1	0.44	1	0.44
6. OPD Cardio	10	4.37	10	4.41
7.การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ (Valvular, CABG)	1	0.44	0	0.00

3.2 ผลการดำเนินงานความพึงพอใจและข้อร้องเรียนจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจและข้อร้องเรียน พบว่า ความพึงพอใจในการรับบริการ ก่อนพัฒนา จำนวน 86 คน ร้อยละ 76.67 หลังพัฒนาเพิ่มขึ้น จำนวน 110 คน ร้อยละ 98.21 ความพึงพอใจการสอนสุขศึกษา ก่อนพัฒนาจำนวน 96 คน ร้อยละ 85.71 ภายหลังพัฒนา 109 คน ร้อยละ 97.32 ไม่พบข้อร้องเรียน และไม่พบการเกิดอุบัติการณ์ระดับรุนแรง

3.3 การปฏิบัติตามแนวทาง และความพึงพอใจ ในบุคลากรผู้ปฏิบัติตามแนวทางแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก การเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวทาง จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางในบุคลากร ภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา มีค่า 7.28 คะแนน (SD 2.31 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย มีค่า 8.93 คะแนน (SD 3.62 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , t=3.61 ดังแสดงในตาราง 4.4

การเปรียบเทียบความพึงพอใจในบุคลากร จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจตามแนวทางในบุคลากร ภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยดีขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาแนวทาง มีค่า 6.38 คะแนน (SD 2.36 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย มีค่า 8.33 คะแนน (SD 3.29 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , t=3.30 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การทดสอบการปฏิบัติตามแนวทางและความพึงพอใจในบุคลากรผู้ปฏิบัติตามแนวทางแนวปฏิบัติการ

พยาบาลทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ สำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
การปฏิบัติตามแนวทาง				
ก่อนการพัฒนา	7.28	2.31	3.61	<.001*
หลังหลังการพัฒนา	8.93	3.62		
ความพึงพอใจแนวทาง				
ก่อนการพัฒนาฯ	6.38	2.36	3.30	<.001*
หลังหลังการพัฒนาฯ	8.33	3.29		

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาพบผู้ป่วยไม่เข้าใจความหมาย ประโยชน์ วิธีการ การเตรียมตัวก่อนการตรวจ เวลานัดผู้ป่วยมาตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) เมื่อถึงวันที่นัดตรวจผู้ป่วยไม่มารับบริการ ในวันที่นัดมาตรวจผู้ป่วยมักจะ งดน้ำและอาหารและยาที่กินประจำมาก่อน ไม่รับประทานยาที่ได้รับประจำมา บางรายไม่เข้าใจโรคที่เป็นอยู่ คิดว่าการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) เป็นการรักษาโรค ภาระงานหลายด้านทำให้พยาบาลผู้ให้คิวตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) ไม่มีเวลาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ชัดเจน ผู้ป่วยจำสิ่งที่พยาบาลอธิบายเรื่องการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (TTE) ไม่ได้ สอดคล้องกับ ปิยะมา ผาสุข และ นวพรรณ ประปานา[7] และสอดคล้องกับ วิภาวิน วัฒนะประการชัย และคณะ[8]

การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยการผลิตสื่อวีดีทัศน์ แผ่นพับ แผ่นภาพ ให้หลากหลายใช้ได้กับทุกเพศทุกวัน ดูได้ทั้งที่มีโทรศัพท์และไม่มีโทรศัพท์ วีดีทัศน์ความรู้เรื่องการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ทำเป็นlink ส่งให้พยาบาลใน line กลุ่ม ซึ่งเวลาจะสอนหรืออธิบายผู้ป่วยเสียเวลาในการค้นหา จึงจัดทำเป็น QR code VDO สอนEcho ตั้งที่โต๊ะของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลง่ายในการเปิดVDOให้ผู้ป่วยดู พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ทำใบคำแนะนำการตรวจในรูปแบบการบรรยาย และแนบQR code VDO สอนEcho ติดแนบไปพร้อมกับใบนัดตรวจ Echo ทำให้ประสบผลสำเร็จได้โดยการใช้สื่อและเทคโนโลยีที่ทันสมัย จะทำให้ใช้แนวปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับ ทิพย์สุคนธ์ อารยวงศ์ และคณะ[9] และสอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ[10]

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติสามารถลดอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน เพิ่มความพึงพอใจ ทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลลำพูน การรอคิวตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก มีระเวลาการรอคิวตรวจลดลง เพิ่มการให้บริการตรวจ Echocardiogram นอกเวลาราชการ เกิดระบบ Line OA Echo Lamphun เพื่อเป็นความลับของผู้ป่วย ประหยัดเวลาในการเดินทางของผู้ป่วย ลดความแออัด ลดระยะเวลาการมารอคิวตรวจในโรงพยาบาลลำพูน ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ผู้ป่วยมีความเข้าใจการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ทุกครั้งที่ผู้ป่วยหรือญาติมาขอรับบริการ และสอดคล้องกับ บุญชัย กิจสนาโยธิน และ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย[11]

ข้อเสนอแนะ

1. ส่วนกลางและจังหวัด ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกให้ทันสมัยอยู่เสมอ

2. ส่วนกลางและจังหวัดควรให้ความสำคัญการบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียง

สะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอกให้มีความปลอดภัยในทุกระดับ

3. จังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด ควรส่งเสริมการบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก และถอดบทเรียนตามแนวปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยและแม่นยำในการรักษา

4. การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก จะได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามบริบท

5. การส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องแม่นยำในบุคลากรในการบริการที่เข้ารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ปฏิบัติงาน สร้างความปลอดภัยในผู้ป่วยและลดภาวะแทรกซ้อนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยที่มารับการรักษา บุคลากร ศูนย์หัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตามกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

2.กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

3.สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ. 2564. สมุทรปราการ: เนคสเตป ดีไซน์; 2564.

4.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดแผนกหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก ประจำปี 2565. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2566. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี.

5.จีรนช สมโชค, ศรัญญา จุฬารี, จันทร์ทิรา เจียรณัย. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2563;26:231-50.

6.รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจ. กลุ่มการพยาบาล. โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. 2566.

7.ปิยะมา ผาสุข และ นวพรรณ ประปานา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารีหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2566;3(3):16-31.

8.วิภาวิน วัฒนะประการชัย และคณะ. ผลของรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านผนังทรวงอกในผู้ป่วยเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ต่อการใช้ยา Chloral Hydrate. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์ 2559;33(2):68-76.

9.ทิพย์สุคนธ์ อารยวงศ์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2567;8(1):1-13.

10.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2560;28(2):154-167.

11. บุญชัย กิจสนาโยธิน และ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย.บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อกับความจริงด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่ผู้คนมักไม่ตระหนัก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564; 28(2):131-135.

ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

Effects of self-management model for blood sugar control behavior in diabetic patients type 2 with uncontrolled blood sugar level in diabetes clinic Nong Song Hong Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

มณีรัตน์ ทางดี[1]
Maneerat Thangdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 84 คน ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือจัดกิจกรรมรูปแบบ, แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินพฤติกรรมควบคุมน้ำตาล, แบบประเมินการจัดการตนเอง, แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง, แบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.76 กระบวนการของรูปแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ศึกษาปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ประเมินผล หลังได้รับรูปแบบการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล, พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05, t =2.48, 11.94, 8.81, 4.26) สรุปรูปแบบการจัดการตนเองนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, การจัดการตนเอง

Abstract

This research is quasi-experimental research. Aim to study was to effect of using self-management model on blood sugar control behaviors of type 2 diabetes patients with poor blood sugar control at the diabetes clinic, Nong Song Hong Hospital. 84 type 2 diabetes patients with poor blood sugar control were studied between January and August 2023. The research instruments included activity organizing tools, general data collection forms, blood sugar control behavior assessment forms, self-management assessment forms, self-care behavior assessment forms, and satisfaction assessment forms. The statistics used were descriptive statistics and a before-and-after comparison using the model using a Paired t-test.

The results of the study found that the sample group was 63.33 percent female, with the majority aged 60 years and over (54.76 percent). The process of the model consisted of 4 steps: 1) Study the problem 2) Develop a self-management model 3) Test the model 4) Evaluate the results. After receiving the self-management model, blood sugar control behavior, self-care behavior, and satisfaction increased significantly. (p-value<0.05, t=2.48, 11.94, 8.81, 4.26) Conclusion: Self-management model can help diabetic patients who cannot control their blood sugar levels to change their behavior to control and lower their blood sugar levels.

Keywords: Diabetic Type 2, Control blood sugar, Self-Management

บทนำ

ในสถานการณ์โลกพบปัญหาโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยมีผู้ป่วย

[1] โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

โรคเบาหวาน มากถึง 436 ล้านคนจากประชากรโลก องกรอนามัยโลก[1] ได้คาดการณ์ว่าในปี 2580 หรืออีก 13 ปีข้างหน้า จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 700 ล้านคน และพบการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคนต่อปี ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์พบมากที่สุดถึงร้อยละ 35 ของประชากรทั่วโลก และพบได้ตั้งแต่ช่วงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ประเทศไทยมีสถิติการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 180 คนต่อวัน อัตราการตาย 3 ปีย้อนหลัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2564-2566 พบอัตราการตาย 21.25, 22.68 และ 24.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2564 –2566 พบว่าอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นจาก 1,392.98, 1,563.02 และ 1,692.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2]

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุด ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายร้ายแรงต่อหลอดเลือดหัวใจ ตา ไต และระบบประสาท การป้องกันโรคเบาหวานจะช่วยลดโรคอ้วนได้ ในปี 2566 พบผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 418 ล้านคนทั่วโลก และความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย ที่ที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง โรคเบาหวานก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย รวมถึงโรคเบาหวานใช้เวลาต่อเนื่องในการรักษา ทำให้มีผลต้องใช้งบประมาณและเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุข อีกทั้งพบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุการตายในปีงบประมาณ 2562 เป็นอันดับที่ 79 และมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทยมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมาก่อนที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคทำนั้น แต่ยังส่งผลกระทบถึงครอบครัวชุมชน รวมไปถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ[3]

การจัดการตนเองอย่างถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และโรคแทรกซ้อนได้ เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ เป็นต้น[5] การจัดการตนเองอย่างถูกวิธีจะช่วยให้ ป้องกันความพิการ ลดการเสียชีวิต กระทบด้านสุขภาพ ภาวะทางเศรษฐกิจ ลดภาระในระบบสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองสองห้อง[6] เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง อัตราป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประเภทรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกๆปี ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนด ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตเรื้อรัง แผลที่เท้าเรื้อรังบางรายได้ตัดเท้าตัดขา ตามลำดับ

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการพัฒนาและใช้รูปแบบในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติตนจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และมีสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 5,091 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 84 คน โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาดตัวอย่าง จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน ดังนี้[29]

$$n = \frac{(z1 - \frac{\alpha}{2} + z1 - \beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

แทนค่า

n= จำนวนตัวอย่าง,

N= ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 5,091 คน

α= 0.05

β= 0.2

Difference in means = 4.7

ค่า SD.= 3.64 ค่าการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล

ผลการคำนวณ 83.88 คน ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่าง รวม 84 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากจากทะเบียนรายชื่อ จนครบตามจำนวนที่คำนวณได้ ระหว่างเดือนมกราคม– สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลา 8 เดือน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการจัดกิจกรรม คือ รูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ อาชีพ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ประกอบด้วยแบบประเมินการปฏิบัติจำนวน 10 ข้อ โดยประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติ 5 ระดับ โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมิน ตามเกณฑ์ของบลูมการแปลความหมาย (Bloom) ของคะแนนรวม คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยแบบประเมินการปฏิบัติจำนวน 10 ข้อ โดยประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติ 5 ระดับ โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมิน ตามเกณฑ์ของบลูมการแปลความหมาย (Bloom) ของคะแนนรวม คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยแบบประเมินการปฏิบัติจำนวน 10 ข้อ โดยประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติ 5 ระดับ โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมิน ตามเกณฑ์ของบลูมการแปลความหมาย (Bloom) ของคะแนนรวม คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ โดยประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจ 5ระดับ การแปล

ความหมาย (Bloom) ของคะแนนรวม คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการรักษาพยาบาล, ข้อมูลผลการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบในคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง และปัญหาการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิม พบว่าผู้ป่วยบางรายยังควบคุมอาหารไม่ได้ พบปัญหาการกินผลไม้ตามฤดูกาลเป็นจำนวนมาก การรับประทานยาไม่ถูก ฉีดยาไม่ถูก ลืมกินยา ปรับยาเอง มีการขาดนัดขาดยา จึงได้ปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไขเบื้องต้นเพื่อวางเป็นรูปแบบดังนี้ 1) ส่งพบนักโภชนากรเพื่อติดตามโดยมีการทำรายงานในฐานข้อมูล Hos xp ดึงรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องติดตามหรือน้ำตาลสะสมสูงมากกว่า 10 ใน visit ก่อนหน้าเพื่อส่งพบนักโภชนากร 2) ทวนซ้ำเรื่องการใช้ยา ยากิน ยาฉีด ที่ได้จริง จากพยาบาล แพทย์ เภสัช บางครั้ง แพทย์ต้องปรับยาตามที่ผู้ป่วยได้รับจริง แต่ถ้าพบปัญหาต้องติดตามในพื้นที่จะประสานเครือข่าย รพ.สต. ในการเยี่ยมบ้านบางรายแพทย์พิจารณาทำ Home ward เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) ให้คำแนะนำให้มาให้ตรงนัด ไม่ให้ขาดยา มีการจัดทำรายงานผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ระบุรายละเอียดต่างๆ เพื่อใช้ติดตาม แต่ข้อนี้ทำไม่ค่อยได้ การติดตามจะติดตามผ่านเครือข่าย รพ.สต.บางครั้งจะประสานเครือข่าย รพ.สต. ในการเยี่ยมบ้านในกรณีที่บางรายไม่มีผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 84 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 56 คน ร้อยละ 63.33 และ เพศชาย จำนวน 28 คน ร้อยละ 36.67 อายุ ส่วนมาก มากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 46 คน ร้อยละ 54.76 รองลงมา 51-60 ปี จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.62 และ 41-50 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 15.48 ตามลำดับ (Mean = 55.22, Min= 32, Max= 68) ระดับการศึกษา ส่วนมากไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 48 คน ร้อยละ 57.14 รองลงมาประถมศึกษา จำนวน 24 คน ร้อยละ 28.57 และมัธยมศึกษา จำนวน 12 คน ร้อยละ 14.29 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนมาก หม้าย/หย่า/แยก จำนวน 48 คน ร้อยละ 57.14 รองลงมา คู่ จำนวน 36 คน ร้อยละ 42.86 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือน ส่วนมากมีรายได้ 5,001-10,000 บาท จำนวน 43 คน ร้อยละ 51.19 รองลงมามากกว่า 10,000 บาท จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.81 และ 2,001-5,000 บาท จำนวน 21 คน ร้อยละ 25.00 ตามลำดับ อาชีพ ส่วนมากประกอบอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 35 คน ร้อยละ 41.67 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 23 คน ร้อยละ 27.38 และรับจ้าง จำนวน 14 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ

2. รูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 13 กิจกรรม ดังนี้

กระบวนการพัฒนารูปแบบ 1) ให้สุขศึกษารายบุคคล , รายกลุ่ม, Focus group 2) มีการใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจ ให้คำแนะนำแบบสั้น, แนะนำ SKT การจัดการความเครียด บางคนถ้ามีปัญหาจนนอนไม่ได้ ส่งพบ พยาบาลจิตเวช ปรึกษาแพทย์เพิ่มยานอนหลับ 3) มีกลุ่มไลน์ผู้ป่วยที่คุมไม่ได้ มีการโทรติดตามเยี่ยมทางไลน์บางครั้ง แต่ได้ไม่ค่อยครบ เพราะบางรายนัดหมายแล้วไม่ว่างบ้าง เขียนแค่ถาม-ตอบ ในไลน์ ไม่สะดวก วีดีโอคอล มีการให้ความรู้ในกลุ่มเป็นคลิบวีดีโอ ภาพอินโฟกราฟฟริก อีบุ๊ก (ได้ในรายที่มีสมาร์ทโฟน) ในกลุ่มตอนนี้มีสมาชิก 40 คน ใช้ไลน์แทนการ tele med เนื่องจากพบปัญหา การลืม id การเข้าแอพไม่ได้ 4) ส่งพบนักโภชนากร ในรายที่ควบคุมอาหารไม่ได้ (ก่อนหน้านั้นใช้ FBS >200 ปัจจุบันใช้ HA1c >10 อายุ <= 60) และรายใหม่ทุกราย 5) ส่งพบเภสัชกร ในรายที่มีปัญหาเรื่องยา เช่น กินยาไม่ถูกต้อง 6) ส่งพบนักกายภาพ แนะนำการออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลเท้า บางกิจกรรมมีแพทย์แผนไทยมาร่วมด้วย หลักๆส่งไปตรวจเท้า แล้วนักกายภาพแนะนำเพิ่มเติม 7) ทันตแพทย์ ออกตรวจฟัน ให้ความรู้การดูแลช่องปาก รายบุคคล 8) มีการให้สุขศึกษารายกลุ่มทุกเช้าวันคลินิก/มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ฟัน คัดกรองวัณโรค ติดใบสื่อสารการคัดกรองไว้ที่สมุดเพื่อเช็คว่าทำกิจกรรมอะไรแล้วบ้าง ทุกวันให้บริการคลินิก (อังคาร,พฤหัส, ศุกร์)/ประเมิน CVD risk ใน Hos xp ในกรณีมีความเสี่ยงสูง ติดใบแจ้งเตือนสีแดง ที่ระบุรายละเอียดอาการผิดปกติที่ต้องมารพ.และเบอร์โทรติดต่อ) มีให้สุขศึกษารายบุคคล, รายกลุ่ม, Focus group แนะนำอาการสำคัญที่ต้องมารพ. แจกแผ่นพับ 9) ให้บริการ one stop service 10) ทุกคนต้องพบพยาบาลผู้ดูแลเพื่อติดตามและนัดหมายครั้งต่อไปในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน 11) มีคลินิกรับใหม่ทุกวันจันทร์แรกของเดือน (มีหลายโรค) มีการให้สุขศึกษาแนะนำขั้นตอนการรับบริการและการดูแลตนเอง จากพยาบาลและนักโภชนากร ประมาณ 30-60 นาที แนะนำการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน และนัดหมายเข้าคลินิกเบาหวานในวัน อังคาร,พฤหัส,ศุกร์ 12) การส่งรับยาต่อเนื่องที่รพ.สต.ในกรณีที่แพทย์มีความเห็นให้ไปรับยาต่อได้ มีการจัดทำ ใบ refer เพื่อส่งต่อรับยาที่รพ.สต. (ใช้เฉพาะที่คลินิกเฉพาะโรคและ ERไว้ส่งต่อรพ.สต.) และแนบใบเวชระเบียนที่ปริ้นท์จากระบบHos xp เกี่ยวกับรายละเอียดยาที่ได้รับ. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านให้แวะรายงานตัวที่รพ.สต. เพื่อรับนัด และมีการทำรายงานรายชื่อผู้ที่ส่งรับยาที่รพ.สต. โดยส่งข้อมูลคืนกลับรพ.สต.ทุกเดือน พร้อมทั้งข้อมูล รายชื่อผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละเดือน โดยส่งเป็นไฟล์ ผ่านไลน์กลุ่ม NCD CUP 13) มีการส่งปรึกษาจากรพ.สต.กรณีคุมไม่ได้หรือพบปัญหา ผ่านไลน์/โทรศัพท์ แจ้งแพทย์ประจำคลินิกเพื่อ

3. ผลการใช้รูปแบบการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

3.1 ผลการใช้รูปแบบ ก่อน-หลัง พฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน ในกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 3.26 คะแนน เป็น 4.01 คะแนน พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นจาก 3.21 คะแนน เป็น 4.82 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นจาก 3.29 คะแนน เป็น 4.48 คะแนน ระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้น จาก 3.23 คะแนน เป็น 4.32 คะแนน

3.2 ผลการใช้รูปแบบ ก่อน-หลัง พฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น การเปรียบเทียบระดับ

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ย 3.31 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล เพิ่มขึ้นเป็น 4.32 คะแนน จากการทดสอบทางสถิติพบว่าระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p=0.0423, t=2.48)

การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า ก่อนใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง เฉลี่ย 3.23 คะแนน พฤติกรรมการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นเป็น 4.01 คะแนน การทดสอบทางสถิติพบว่าระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p<0.001, t=11.94)

การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 3.29 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 4.48 คะแนน จากการทดสอบทางสถิติพบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p<0.001, t=8.81)

การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 3.23 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็น 4.32 คะแนน จากการทดสอบทางสถิติพบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p=0.0261, t=4.26) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น (n=44)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาแนวทาง		หลังพัฒนาแนวทาง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล	3.12	2.41	4.82	1.92	2.48	0.0423*
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	3.26	1.14	4.01	2.08	11.94	<0.001*
ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.29	2.24	4.48	1.59	8.81	<0.001*
ระดับความพึงพอใจ	3.23	1.41	4.32	0.02	4.26	0.0261*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิม พบว่า ผู้ป่วยบางรายยังควบคุมอาหารไม่ได้ พบปัญหาการกินผลไม้ตามฤดูกาลเป็นจำนวนมาก การรับประทานยาไม่ถูก ฉีดยาไม่ถูก ลืมกินยา ปรับยาเอง มีการขาดนัดขาดยา จึงได้ปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไขเบื้องต้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมาก มากกว่า 60 ปี ส่วนมากไม่ได้รับการศึกษา สถานภาพสมรสส่วนมากหย่า รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เนื่องจากปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาในบริบทพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การรับประทานข้าวเหนียว

การรับประทานผลไม้ การมีวินัยในการรับประทานยา และดูแลตัวเอง จะสามารถแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับ ธีร์ธวัช บันลือคุณ[7]

รูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง ทำให้ช่วยควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ถูกต้อง และมีกระบวนการที่พัฒนาขึ้นเองตามบริบทประกอบด้วย 13 กิจกรรม การดำเนินงานทำให้สามารถช่วยแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างถูกต้อง และเปลี่ยนแปลงจากภายในตัวบุคคลได้ สอดคล้องกับ ดวงใจ พันธ์อารีวัฒนา[8] และสอดคล้องกับ อภิชัย สิรกุลจิรา[9]

ผลการใช้รูปแบบทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการใช้ยา และคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานอย่างจริงจัง การเข้าใจปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขได้ตรงจุด ทำให้ประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับวนิดา แซ่เฮง[10] และสอดคล้องกับ รัชมนภรณ์ เจริญ และคณะ[11]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือด สนับสนุนพัฒนาระเบียบการดูแลโดยไม่ใช้ในรูปแบบงานประจำ ซึ่งพบปัญหาภาระงานที่หนักมากเกินไป การพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ต้องอาศัยหน่วยงานรัฐอื่นที่เอื้อต่อระเบียบทั้งในฝ่ายโรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. การดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเน้นการดูแล และใช้แนวทางที่ทันสมัยโดยใช้ภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม

3. ควรส่งเสริมการดูแลตนเองการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยในการพัฒนางาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายประชาชน อสม. อปท. ผู้นำชุมชน เน้นสร้างการมีส่วนร่วมจึงจะประสบผลสำเร็จได้

4. ควรวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมอำเภอทุกฝ่าย และชุมชน บูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

5. การจัดโครงการหรือตั้งคณะกรรมการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบในชุมชน รัฐ และภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการดูแลตนเองเป็นสำคัญ

6. ควรมีการดำเนินงานในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการดูแลตนเองร่วมกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเป็นประจำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวาน และบุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองสองห้องที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองสองห้อง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Diabetes. [Internet].2022. [cited 2022 October 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/diabetes.

2.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2558.

3.กรรณิกา สายแดง. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่, วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2559.

4.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2565. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

5.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสาหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ:สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ;2560.

6.กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหนองสองห้อง. รายงานผู้ป่วยเบาหวานจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 2567.

7.ธีร์ธวัช บรรลือคุณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีษเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;37(1):53-64.

8.ดวงใจ พันธ์อารีวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี. ว.แพทย์เขต 4-5 2561;37(4):294-305

9.อภิชัย สิรกุลจิรา.ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับการเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.วารสารกรมการแพทย์. 2560; 42(1): 112-117.

10.วนิดา แซ่เฮง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ.โรงพยาบาลองครักษ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก 2566.

11.รัชมนภรณ์ เจริญ และคณะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.รามาธิบดีพยาบาลสาร.2558; 16(3): 279-292.

การเปรียบเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง (transcutaneous bilirubin : TcB) เทียบกับระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin : TSB) ในทารกแรกเกิด

Accuracy of measurement comparison between of Transcutaneous Bilirubin Meters (transcutaneous bilirubin : TcB) and Total Serum Bilirubin (total serum bilirubin: TSB) in Newborns

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

นาวิน การะยะ[1], มุทิตา มีแสง[1], พงศกร ฉ่ำพึ่ง[1]
Navin Garaya[1], Muthita Meesang[1], Pongsakorn Champueng[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง JM-105® กับระดับบิลิรูบินในเลือด TSB และศึกษาความแม่นยำของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง JM-105® เทียบกับการวัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือด โดยเทียบกับ TSB (Gold Standard) กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 30 ธันวาคม 2566 จำนวน 320 คน เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของทารก ข้อมูลการวัดระดับบิลิรูบิน วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ ทดสอบค่าที ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนาย

ผลการศึกษา: จากจำนวนทารก 320 คน วัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือดจำนวน 170 คน วัดระดับไมโครบิลิรูบินทางผิวหนังจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ค่าบิลิรูบินทางผิวหนัง (TcB) มีความสัมพันธ์กับค่าบิลิรูบินในเลือดในระดับดี (r=0.72) ความสามารถในการทำนาย ที่วัดทางผิวหนังเทียบกับในเลือดจุดตัดของบิลิรูบินที่ระดับ 13 มก./ดล. ค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่าพยากรณ์เชิงลบ และค่าผลบวกลวงเท่ากับ 97.9, 62.5, 83.3, 16.6 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การวัดระดับบิลิรูบินในเลือด (TSB), การวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง (TCB), การวัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือด

Abstract

This study was retrospective aimed to study the correlation between the transcutaneous bilirubin meter JM-105® and serum bilirubin levels (TSB) and to evaluate the accuracy of the JM-105® transcutaneous bilirubin meter compared to micro-bilirubin measurements in blood, using TSB as the gold standard. The population are consisted of 320 newborns admitted to King Narai Hospital between January 1, 2023, and December 30, 2023. The instruments used included data recording forms, which captured the infants' basic information and bilirubin level measurements. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, t-tests, correlation coefficients, and predictive capability assessments.

Results: Of the 320 newborns, 170 underwent micro-bilirubin measurement in blood, and 150 underwent transcutaneous bilirubin (TcB) measurement. The majority of the participants were female, and there were no significant differences between the characteristics of the two groups. TcB levels showed a good correlation with serum bilirubin levels (r = 0.72). The predictive performance of the transcutaneous cut off level 13 mg/dL measurement compared to blood measurement yielded values for sensitivity, specificity, negative predictive value, and false positive rate, 97.9, 62.5, 83.3, 16.6 respectively.

Keywords: Total Serum Bilirubin (TSB), Transcutaneous Bilirubin (TcB), Microbilirubin Measurement in Blood

[1] กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองจากบิลิรูบินเป็นปัญหาที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด ในทารกคลอดครบกำหนดพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 60[1,2] ส่วนใหญ่เป็นภาวะตัวเหลืองปกติที่พบได้ในสัปดาห์แรกของชีวิตและมีเพียง 12%[3] เท่านั้นที่เป็นภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับการรักษา ภาวะตัวเหลืองที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดทั่วไป ส่วนใหญ่ไม่เป็นอันตรายร้ายแรง แต่ถ้ามีระดับบิลิรูบินที่สูงมากกว่า 25-30 mg/dL และไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทถึงร้อยละ 30[4] เนื่องจากบิลิรูบิน ที่มีจำนวนมาก จับกับอัลบูมินที่มีปริมาณจำกัด ทำให้บิลิรูบินที่ไม่ได้จับกับอัลบูมินผ่าน blood brain barrier เข้าไปในสมอง เกิดภาวะ bilirubin toxicity ได้[5-6] ซึ่งบิลิรูบินจะทำลายสมองส่วน basal ganglion, hippocampus, brainstem และ cerebellum โดยอาการของ bilirubin toxicity จะแบ่งออกเป็น 2 ระยะ กล่าวคือ ระยะ ที่หนึ่ง (acute bilirubin encephalopathy) จะมีอาการซึม ตัวอ่อน ดูดนมไม่ดี หากทารกรอดชีวิตจากระยะแรกได้ จะเข้าสู่ระยะที่สอง ซึ่งทารกจะมีอาการเกร็ง หลังแอ่น ชัก และเสียชีวิตได้ ซึ่งในระยะนี้สมองของทารกจะมีความผิดปกติอย่างถาวร หากทารกรอดชีวิตจะมีการเคลื่อนไหวผิดปกติและระบบประสาทหูพิการ (sensorineural hearing loss; SNHL) ได้[5]ดังนั้นการค้นหาภาวะตัวเหลืองจึงมีความสำคัญThe American Academy of Pediatrics จึงได้แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกครบกำหนดทุกรายก่อนกลับบ้าน โดยการวัดระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin : TSB) โดยการเจาะเลือดตรวจ TSB ถือเป็นมาตรฐาน (Gold Standard) ในการวัดระดับบิลิรูบิน แต่ต้องใช้ปริมาณเลือด 0.5-1 ซีซี ต่อครั้ง จึงมีการตรวจอีกวิธีการ คือ การตรวจวัดค่า Microbilirubin (MB) ใช้การเจาะเลือดเช่นเดียวกันแต่ปริมาณเลือดเพียง 0.2 ซีซีต่อครั้ง อย่างไรก็ตามการเจาะเลือดทุกครั้งทำให้สูญเสียเลือด เกิดความเจ็บปวด ความเครียด และอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่ผิวหนังและกระดูกได้ นอกจากนี้การส่งเลือดไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการต้องใช้เวลาในการรอผลส่งผลให้การรักษาล่าช้าได้

ในปัจจุบันมีการใช้การวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง (transcutaneous bilirubin; TcB) ซึ่งมีข้อดี คือลดจำนวนครั้งของการเจาะเลือด ลดความเจ็บปวด ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาในการรอผลตรวจ[(5,7)] และลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะเลือดได้ โดยมีหลักการทำงานคือ เมื่อกดส่วนหัววัด (probe) ลงบนผิวหนังบริเวณหน้าผากหรือกระดูกหน้าอกของทารก แสงของหลอดไฟ xenon จะผ่านไปที่ใยแก้วนำแสง (glass fiber) ลงไปยังชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) ลำแสงจะกระจายออกแล้วสะท้อนกลับไปถึง glass fiber โดยผ่านชั้นหนังแท้และหนังกำพร้าของทารก จากนั้นเครื่องจะทำการหาค่าความแตกต่างของความเข้มข้นของแสงที่สะท้อน แล้วประมวลผลเป็นค่าบิลิรูบินในหน่วย มก./ดล.[7] แม้ว่าเครื่องมือนี้จะวัดระดับบิลิรูบินที่อยู่ในผิวหนังไม่ใช่วัดระดับบิลิรูบินในเลือด แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Maisels และคณะในปี 2004 ทำการศึกษาเปรียบเทียบค่าความถูกต้องระหว่าง การวัดค่าบิลิรูบินทางผิวหนังโดยใช้เครื่องมือ JM-103® กับค่าบิลิรูบินในเลือด พบว่าระดับบิลิรูบินที่ได้จากการวัดทางผิวหนังมีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับระดับบิลิรูบินในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] อย่างไรก็ตาม เครื่องวัดระดับบิลิรูบินผ่านทางผิวหนังยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ทั้งด้านความถูกต้อง เมื่อค่าบิลิรูบินในเลือดสูงเกิน 12 มก./ดล. หรือได้ค่าบิลิรูบินที่แตกต่างกันเมื่อวัดที่หน้าผากและกระดูกหน้าอก[9] ความแรงของการกด เครื่องมือ องศาของการกด ความหนาและสีผิวของทารก ก็มีผลต่อระดับบิลิรูบิน ซึ่งส่งผลต่อความแม่นยำเมื่อเทียบกับระดับบิลิรูบินในเลือด

ข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบความชุกของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับการส่องไฟรักษาในโรงพยาบาลมีประมาณ 27% ซึ่งใช้เกณฑ์การส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองตามมาตรฐานสากล คือของ American Academy of Pediatric (AAP) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามอายุครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง และอายุหลังคลอดเป็น

ชั่วโมง แล้วใช้ระดับบิลิรูบินในเลือดเป็นเกณฑ์ส่องไฟรักษา กล่าวคือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ใช้เกณฑ์การส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองที่ 48 ชั่วโมง เมื่อวัดระดับบิลิรูบินในเลือด ≥ 11 มก./ดล.≥ 13 มก./ดล. และ ≥ 15 มก./ดล.ตามลำดับ ในทางปฏิบัติใช้การวัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือดแทนการวัดระดับบิลิรูบินในเลือด เนื่องจากรวดเร็วและใช้เลือดในปริมาณที่น้อยกว่า แต่ถ้าทารกได้รับการรักษาโดยการส่องไฟหรือการเปลี่ยนถ่ายเลือดต้องตรวจระดับบิลิรูบินในเลือด

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชได้นำเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง JM-105®มาใช้ในปี พ.ศ. 2566 เพื่อคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด จากการทบทววรรณกรรมยังมีการวิจัยผลของเครื่องมือนี้น้อยมาก รายงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง JM-105® กับระดับบิลิรูบินในเลือด TSB และศึกษาถึงความแม่นยำเทียบกับการวัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือด หาค่า sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา กำหนดเป็นแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการนำเครื่องมือมาใช้ตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง JM-105® กับระดับบิลิรูบินในเลือด TSB
2. เพื่อศึกษาความแม่นยำของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง JM-105® เทียบกับการวัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือด โดยเทียบกับ TSB (Gold Standard)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 30 ธันวาคม 2566 จำนวน 1,950 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ทารกแรกเกิด อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 35 สัปดาห์ ที่มีภาวะตัวเหลือง

เกณฑ์การคัดออก 1) ทารกที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 2) ทารกที่ได้รับการส่องไฟหรือได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดก่อนทำการวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง 3) ทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด และทารกที่มีความผิดปกติทางด้านพันธุกรรม

กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้สูตรคำนวณของ Robert V. Krejcie and W.Morgan (2001)

$$n = \frac{X^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

X^2 = 3.84 คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 1950 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลากรายชื่อ

ได้กลุ่มตัวอย่างทารกหลังคลอดที่วัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือด และที่ได้รับการเจาะเลือดปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร/ครั้ง เพื่อตรวจวัดระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin; TSB) จำนวน 170 คน

กลุ่มตัวอย่างทารกหลังคลอดที่วัดระดับไมโครบิลิรูบินทางผิวหนัง (TCB) และที่ได้รับการเจาะเลือดปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร/ครั้ง เพื่อตรวจวัดระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin; TSB) จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐานของทารก ได้แก่ เพศ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักแรกคลอด APGAR score ที่ 1,5 นาที

2. ข้อมูลการวัดระดับบิลิรูบิน ได้แก่ ระดับไมโครบิลิรูบินทางผิวหนัง (TCB) ระดับไมโครบิลิรูบินในเลือด (MB) ระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin; TSB)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. หลังผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจึงทำการเก็บข้อมูล

2. เก็บข้อมูลของทารกหลังคลอดที่วัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือด และที่ได้รับการเจาะเลือดปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร/ครั้ง เพื่อตรวจวัดระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin; TSB)

3. เก็บข้อมูลของทารกหลังคลอดที่วัดระดับไมโครบิลิรูบินทางผิวหนัง (TCB) และที่ได้รับการเจาะเลือดปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร/ครั้ง เพื่อตรวจวัดระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin; TSB)

4. ตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง กลุ่มที่วัดไมโครบิลิรูบินในเลือด กับกลุ่มที่วัดระดับไมโครบิลิรูบินทางผิวหนัง ใช้สถิติ Chi-square test, T-test

3. เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของค่า TcB จากเครื่อง JM-105® เทียบกับค่า TSB ด้วยการวิเคราะห์หาค่า correlation coefficient (*r*)

4. หาความแม่นยำของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง JM-105® เทียบกับการวัดระดับไมโครบิลิรูบินในเลือด โดยเทียบกับ TSB (Gold Standard) ใช้สถิติความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) positive and negative predictive value

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การเปรียบเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง (transcutaneous bilirubin : TcB) เทียบกับระดับบิลิรูบินในเลือด (total serum bilirubin : TSB) ในทารกแรกเกิด ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 30 ธันวาคม 2566 มีทารกเข้าร่วมการศึกษานี้จำนวน 320 คน ทารกทุกรายได้รับการประเมินและรักษาตามแนวทางการรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไปของสมาคมกุมารเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Pediatrics) ค.ศ. 2004[10]

ข้อมูลพื้นฐานของทารกพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 50.9 และเพศหญิงร้อยละ 49.1 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.2 สัปดาห์ (35 - 41 สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,040.5 กรัม และทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight) มีร้อยละ 13.1 อายุที่เริ่มตรวจวัดระดับบิลิรูบิน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 86.8 ทำการตรวจที่อายุมากกว่า 24 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมง ทารกร้อยละ 26.6 ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟโดยมีรายละเอียดดังแสดงใน ค่าเฉลี่ยของระดับบิลิรูบินจากวิธีการตรวจ TSB 10.19 mg/dL, TcB 12.39 mg/dL, MB 9.78 mg/dL (ตารางที่ 1) ค่าที่ได้จากการตรวจ TcB, MB เมื่อเทียบกับ TSB พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า ±10% ร้อยละ 52 และ 56.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับบิลิรูบินจากวิธีการตรวจ TSB, TcB, MB

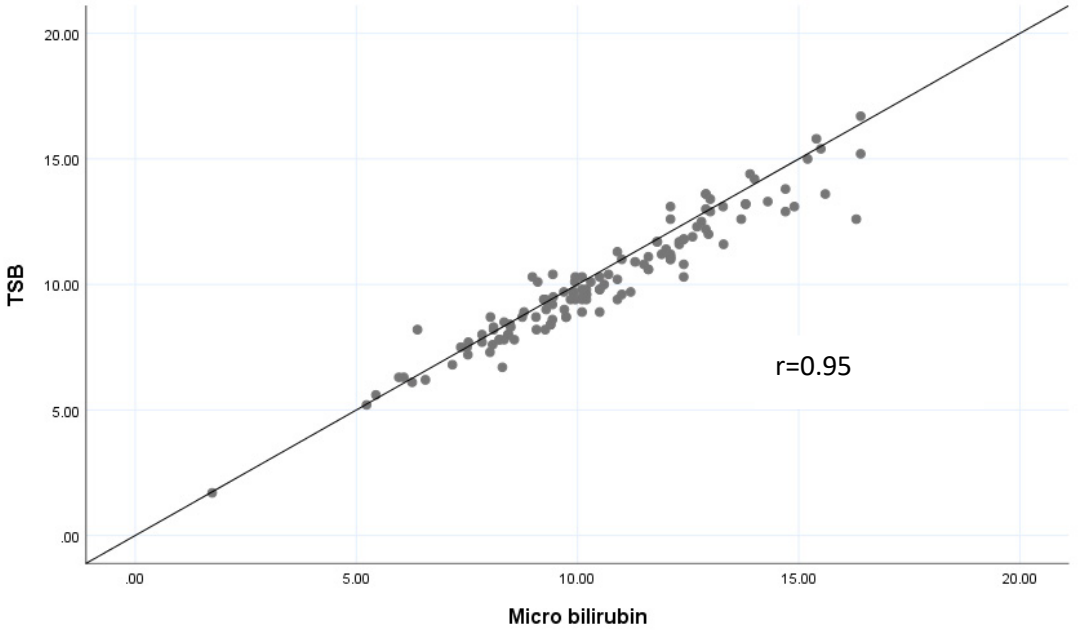
	Bilirubin			
	Minimum	Maximum	Mean	S.D.
Total serum bilirubin : TSB	3.42	16.60	10.19	2.46
Transcutaneous bilirubin : TcB	5.00	19.20	12.39	2.71
Micro bilirubin	3.10	16.70	9.78	2.30

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของค่าที่ได้จากการตรวจ TcB, MB เมื่อเทียบกับ TSB

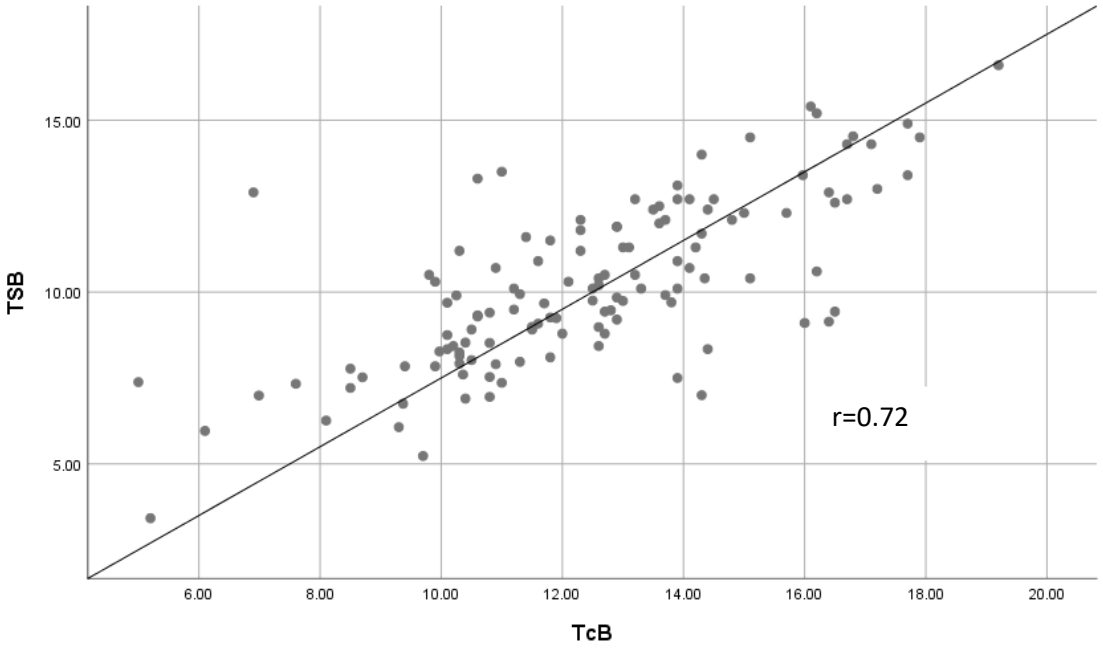
	Overestimated >10% (%)	Acceptable ±10% (%)	Underestimated <10% (%)	Total (N=320)
TcB	49 (32.7)	78 (52.0)	23 (15.3)	150
Micro bilirubin	20 (11.7)	96 (56.5)	54 (31.8)	170

เมื่อนำค่าบิลิรูบินที่ได้จากการวัดทางผิวหนัง (TcB) ด้วยเครื่อง JM-105® และค่าบิลิรูบินที่ได้จาก MB มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (correlation) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient; *r*) เปรียบเทียบกับค่าบิลิรูบินในเลือด (TSB) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.95 และ 0.72 ตามลำดับ

Correlation between serum bilirubin concentration (TSB) and Micro bilirubin in 170 infants



Correlation between serum bilirubin concentration (TSB) and transcutaneous bilirubin (TcB) in 170 infants



ความสามารถในการทำนาย (predictive performance) ของค่าจุดตัดของบิลิรูบินที่ระดับ 12, 13 และ 14 มก./ดล. ที่วัดทางผิวหนัง (TcB) ในการตรวจคัดกรองระดับบิลิรูบินในเลือดตั้งแต่ 15 มก./ดล. เป็นต้นไป พบว่า ค่าจุดตัดของบิลิรูบินที่ระดับ 14 มีความแม่นยำสูงสุด ร้อยละ 99.3

ตารางที่ 2 แสดงความสามารถในการทำนาย (predictive performance) ของค่าจุดตัดของบิลิรูบินที่ระดับ 12, 13 และ 14 มก./ดล. ที่วัดทางผิวหนัง (TcB) ในการตรวจคัดกรองระดับบิลิรูบินในเลือดตั้งแต่ 15 มก./ดล. เป็นต้นไป

	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	Accuracy (%)	False positive (%)
TcB cut-off (mg/dL)						
12.0	96.5	66.7	99.3	44.5	95.3	35.6
13.0	97.9	62.5	99.2	83.3	94.6	16.6
14.0	97.9	80.0	97.9	80.0	99.3	25.0

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ในปัจจุบันการตัดสินใจเจาะเลือดทารกที่มีภาวะเหลืองเพื่อหาค่าบิลิรูบินในเลือดจะใช้การสังเกตสีผิวของทารก ซึ่งวิธีนี้ไม่แม่นยำและการตรวจต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ตรวจ ประกอบกับสีผิวของทารกแต่ละรายก็มีความแตกต่างกัน จึงยิ่งทำให้การตรวจโดยใช้การมองด้วยสายตาลดความแม่นยำในการคัดกรองภาวะตัวเหลือง จึงได้มีการพัฒนาเครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง (TcB) ใช้ในการคัดกรองภาวะตัวเหลือง ซึ่งสามารถช่วยลดจำนวนการเจาะเลือด ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และช่วยลดความเจ็บปวดและผลแทรกซ้อนจากการเจาะเลือดได้ ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการตรวจค่าบิลิรูบินทางผิวหนัง มีค่าความแม่นยำดีพอสมควรเมื่อเทียบกับค่าบิลิรูบินในเลือด

จากการศึกษานี้พบว่าค่าบิลิรูบินทางผิวหนัง (TcB) มีความสัมพันธ์กับค่าบิลิรูบินในเลือดในระดับดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (*r*) เท่ากับ 0.72 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยของจันทนา และคณะ[11] พบว่าระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง (TcB) และซีรั่มบิลิรูบิน (TSB) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญแบบเส้นตรง (r 0.81, p < 0.001) และในปี ค.ศ. 2013[12] ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบค่า TcB จากเครื่อง JM-103®เทียบกับ TSB ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (*r*) เท่ากับ 0.89 โดยค่า *r* ที่แตกต่างกันอาจเกิดจากจำนวนประชากรในการศึกษาที่มีจำนวนแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้ยังพบว่า ความสามารถในการทำนาย (predictive performance) ของค่าจุดตัดของบิลิรูบินที่ระดับ 12, 13 และ 14 มก./ดล. ที่วัดทางผิวหนัง (TcB) ในการตรวจคัดกรองระดับบิลิรูบินในเลือดตั้งแต่ 15 มก./ดล. เป็นต้นไป พบว่าค่าจุดตัดของบิลิรูบินที่ระดับ 14 มีความแม่นยำสูงสุด ร้อยละ 99.3 และยังพบว่า ค่า TcB ที่วัดได้สูงกว่า TSB ร้อยละ 32.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล และอิศรางค์[13] ค่า TcB ที่วัดได้มักจะสูงกว่า TSB โดยมีความแตกต่างเฉลี่ยของ TSB-TcB เท่ากับ -0.3±1.5 mg/dL

การดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง และการตัดสินใจให้การรักษาหรือตรวจหาสาเหตุ จะพิจารณาที่ อายุของทารก ระดับบิลิรูบินในเลือด และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะตัวเหลืองอย่างรุนแรง เนื่องจากประชาการในการศึกษาเป็นทารกแรกเกิดสุขภาพดี ที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 35 สัปดาห์ โดยอายุที่ตรวจพบว่ามีภาวะตัวเหลืองส่วนใหญ่อยู่ที่ 24-72 ชั่วโมงหลังเกิด ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกยังอยู่ในโรงพยาบาล และหากพิจารณาจากอายุครรภ์ อายุหลังเกิด และปัจจัยเสี่ยง จะพบว่าค่าบิลิรูบินในเลือด (TSB) ที่ต้องให้การรักษา หรือตรวจหาสาเหตุในช่วงที่ทารกยังอยู่ในโรงพยาบาล คือ 15 มก./ดล. ดังนั้นการนำค่าบิลิรูบินทางผิวหนัง (TcB) มาประยุกต์ใช้ในการคัดกรองภาวะตัวเหลือง จึงต้องเลือกเกณฑ์ที่ให้ค่าความไวที่ดีที่สุด และผลบวกลวง (false positive) ที่ยอมรับได้มากที่สุด เนื่องจากการเลือกใช้เกณฑ์ของระดับบิลิรูบินที่ต่ำเกินไป จะทำให้ทารกจำนวนมากต้องถูกตรวจเลือดและได้รับการรักษาเกินจำเป็น แต่ถ้าเลือกเกณฑ์ที่สูงเกินไปจะทำให้ทารกบางรายไม่ได้รับการรักษาและอาจเกิดอันตรายจากภาวะตัวเหลืองอย่างรุนแรงตามมา จากการศึกษานี้พบว่า ค่าจุดตัด (cut off level) ให้ความไวที่มากที่สุด และผลบวกลวงที่น้อยที่สุด คือ 13 mg/dL โดยจะให้ความไวร้อยละ 97.9 และผลบวกลวงร้อยละ 16.6 ในขณะที่จุดตัดของบิลิรูบินที่ระดับ 12 มีความแม่นยำ ร้อยละ 95.3 แต่ผลบวกลวงร้อยละ 35.6 ซึ่งหมายความว่าการใช้เครื่องมือวัดบิลิรูบินทางผิวหนังในการคัดกรองภาวะตัวเหลืองนั้น จะมีทารกจำนวนหนึ่งคือประมาณร้อยละ 16-35 ที่ต้องได้รับการตรวจเลือดยืนยันระดับความเหลืองโดยไม่จำเป็น

จากการศึกษานี้ พบว่าการวัดค่าบิลิรูบินทางผิวหนัง (TcB) มีความสัมพันธ์ดีเมื่อเทียบกับค่าบิลิรูบินในเลือด (TSB) เมื่อใช้การวิเคราะความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) แต่จากการหาความถูกต้อง พบว่าความถูกต้องของระดับบิลิรูบินทางผิวหนังเมื่อเทียบกับระดับบิลิรูบินในเลือดยังไม่ดีนัก เนื่องจากมีความกว้างของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมาก และการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดสุขภาพดีก่อนกลับบ้านที่มีอาการตัวเหลืองในช่วง 24-72 ชั่วโมงหลังเกิด พบว่าค่าจุดตัด (cut off level) ที่ให้ค่าความไวที่มากที่สุด และค่าผลบวกลวงที่ยอมรับได้คือ 13 mg/dL

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษานี้พบว่าค่าบิลิรูบินที่ได้จากการตรวจวัดทางผิวหนังให้ค่าความสัมพันธ์ที่ดีกับค่าบิลิรูบินในเลือด ซึ่งการวัดบิลิรูบินทางผิวหนังจะช่วยให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทารกสามารถประเมิน

ระดับความเหลืองได้ง่ายและสะดวกขึ้น และยังช่วยลดอัตราการเจาะเลือดในทารกที่มีภาวะตัวเหลืองได้ อย่างไรก็ตามการนำเครื่องมือเหล่านี้มาใช้เพื่อคัดกรองภาวะตัวเหลือง ผู้ใช้ควรทราบว่าความแม่นยำในการทำนายภาวะตัวเหลืองยังไม่ดีนัก และการนำค่าจุดตัด (cut off level) ไปใช้นั้นควรใช้กับทารกที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์การคัดทารกเข้ามาในการศึกษา และผู้ใช้จะต้องปฏิบัติตามเทคนิคที่ถูกต้องของแต่ละเครื่องมือเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวัดและการแปลผล

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาไปข้างหน้าหรือการศึกษาเชิงทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกัน และวัดเปรียบเทียบระดับบิลลิรูบินแต่ละวิธี จะสามารถวัดผลลัพธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ambalavanan N, Carlo W. Jaundice and Hyperbilirubinemia in the Newborn. In: Kliegman R, Stabton B, Schor N, St. Geme J, Behrman R, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia: ELSEVIER; 2011. p. 603-6.
2. Petersen JR, Okorodudu AO, Mohammad AA, Fernando A, Shattuck KE. Association of transcutaneous bilirubin testing in hospital with decreased readmission rate for hyperbilirubinemia. Clin Chem 2005;51(3):540-4.
3. Wainer S, Parmar SM, Allegro D, Rabi Y, Lyon ME. Impact of a transcutaneous bilirubinometry program on resource utilization and severe hyperbilirubinemia. Pediatrics 2012;129(1):77-86.
4. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004;114(1):297-316.
5. Barbosa AD. Transcutaneous bilirubinometry: important method in the evaluation of newborns with hyperbilirubinemia. J Pediatr (Rio J) 2007; 83(5):485
6. Engle WD, Jackson GL, Engle NG. Transcutaneous bilirubinometry. Semin Perinatol 2014;38(7):438-51.
7. el-Beshbishi SN, Shattuck KE, Mohammad AA, Petersen JR. Hyperbilirubinemia and transcutaneous bilirubinometry. Clin Chem 2009; 55(7):1280-7.
8. Maisels MJ, Ostrea EM Jr, Touch S, Clune SE, Cepeda E, Kring E, et al. Evaluation of a new transcutaneous bilirubinometer. Pediatrics 2004;113(6):1628-35.
9. Conceicao CM, Dornaus MF, Portella MA, Deutsch AD, Rebello CM. Influence of assessment site in measuring transcutaneous bilirubin. Einstein (Sao Paulo) 2014;12(1): 11-5.
10. Kitsommart R, Yangthara B, Wutthigate W, Paes B. Accuracy of transcutaneous bilirubin measured by the BiliCare device in late preterm and term neonates. J Matern Fetal Neonatal Med 2016;29(22): 3641-5.
11. จันทนา พันธ์บูรณะ, ศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช, สุดารัชต์ ฤกษ์ใหญ่. ความแม่นยำของการตรวจระดับบิลิรูบินทางผิวหนังเปรียบเทียบกับการวัดระดับบิลิรูบินจากซีรั่ม. J Med Assoc Thai 2010; 93(2): 81-86.
12. Gerium Medical Ltd. Comparative clinical study summary.2013; BiliCare Clinical Data White paper
13. สุวิมล สรรพวัฒน์, อิศรางค์ นุชประยูร. การวัดค่าบิลิรูบินทางผิวหนังในทารกคลอดก่อนกำหนด. J Med Assoc Thai 2007; 90 (9): 1803-8

ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

Effect of providing knowledge for delay kidney failure in diabetic patients with chronic kidney disease stage 3 In outpatient services, Lamphun Hospital, Lamphun Province

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

เพชรริน วิญญายอง[1]
Phetcharin Vinyayong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ทำการศึกษาในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564 – มกราคม 2565 รวมระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 246 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการให้ความรู้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไตเสื่อม และแบบเก็บข้อมูลสถานะทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วยส่วนมากคือที่อยู่อาศัย ร้อยละ 51.22 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง ร้อยละ 80.49 อัตราการกรองของไต eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ส่วนมากอยู่ในช่วง 60-89 eGFR ร้อยละ 34.15 ระดับความเค็มในอาหาร ส่วนมากรับประทานเค็ม (≥ 0.90 %) ร้อยละ 54.47 พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมส่วนมากไม่สามารถการดื่มน้ำ 1.5-2 ลิตรต่อวันได้ ร้อยละ 38.62 ภายหลังการเข้าการอบรมให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นระยะเวลา 9 เดือน ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (t = 2.89, 3.82, 3.18)
คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม, การให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อม, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

Abstract

This research was quasi-experimental aim to study of effects for providing knowledge to delay kidney failure in diabetic patients with chronic kidney disease stage 3 in outpatient services at Lamphun Hospital, Lamphun Province. The study was conducted during May 2021 - January 2022, total of 9 months. Sample group was 246 diabetic patients with kidney failure. Research tools was program provide knowledge, General information interview form, knowledge, attitude and behavior assessment form for preventing kidney failure, and health data collection form. Data were analyzed by descriptive statistics, percentage, median and comparing mean scores before and after using inferential statistics, paired t-test.

Results found problems or difficulties of patients were housing (51.22%). Most of ability to perform daily life was not dependent (80.49%). Most of kidney filtration rate (eGFR) was range of 60-89 eGFR (34.15%). Level of salt in food (≥ 0.90%) found 54.47%. Health behaviors at risk for kidney failure are mostly unable to drink 1.5-2 liters of water per day 38.62 percent. After attending the training to provide knowledge to slow down kidney failure for 9 months, it was found that knowledge, attitude and behavior increased significant statistical level of .05 (t = 2.89, 3.82, 3.18).
Keywords: Care for diabetic patients with kidney failure, education to delay kidney failure, chronic kidney disease stage 3

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน

บทนำ

ปัญหาภาวะไตเรื้อรังนับเป็นปัญหาระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยไตเรื้อรังประมาณ 800 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีประมาณ ร้อยละ 10 และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตโดยประมาณ ปีละ 1.4 ล้านคน พบมากในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต[1] เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 10 ของโลก ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยประมาณ ร้อยละ 17.56 ของประชากรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมด และพบว่าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28 ในทุกปี การบำบัดทดแทนไตเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ในปี 2564 พบผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต 2,478 ต่อประชากรล้านคน การรักษาบำบัดทดแทนไตจะส่งผลกระทบในหลายๆด้าน การให้ความรู้เพื่อชะละความเสื่อมในผู้ป่วยจะช่วยลดภาระทางสาธารณสุขลงได้[2] โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก การรักษาเป็นเพียงการประคับประคองไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเท่านั้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตจากเดิมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด เมื่อพบภาวะน้ำตาลไม่ปกตอจะพบภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ในปี 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 396 ล้านคน และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 629 ล้านคน ในประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากกว่า 180 คน ในปี 2563-2564 มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 16.52 เป็น 21.33 ต่อแสนประชากร และอัตราผู้ป่วยในเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นร่วมกับภาวะแทรกซ้อนทางไตจาก 290.34 เป็น 338.32 ต่อแสนประชากร[3]

การให้รู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยทำให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต สามารถยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรัง เพิ่มการประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง[6] การรักษาโรคไตเรื้อรัง นับว่าใช้งบประมาณสูงถึง ร้อยละ 70 ของค่ารักษาพยาบาลในโรคไม่ติดต่อทั้งหมด โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Service plan โรคเรื้อรังในแต่ละสาขาเป็นผู้ผลักดันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและได้บูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน โดยร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชน การสร้างความรู้เพื่อลดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ และชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนมีการเฝ้าระวังให้ความรู้และพัฒนาแผนการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง เป็นทศวรรษการป้องกันโรคไต[4]

จากรายงานและฐานข้อมูลในโรงพยาบาลลำพูนพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเสื่อมในปี พ.ศ.2562-2564 จำนวน 1,973 คน, 1,617 คน, และ 1,105 คน ตามลำดับ พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2562 – 2564 จำนวน 674 คน 954 คน และ 807 คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเตียง พ.ศ.2562 – 2564 จำนวน 29 คน, 26 คน และ 14 คน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ในปี 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 2,86 5คน ในจำนวนนี้ มีภาวะไตเสื่อม 1,105 คน มีภาวะแทรกซ้อนทาง ตา 1,126 คน และมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 634 คน ตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะไตเสื่อมในพื้นที่ โดยส่วนมากเกิดจากการขาดความรู้ในเรื่องการใช้ยาสมุนไพรเกินความจำเป็นด้วยตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ การใช้ยาไม่สมเหตุผล[5]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และข้อมูลทางสถิติดังกล่าว ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีการกระบวนหากให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ในเรื่องการใช้สมุนไพร พฤติกรรมบริโภค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีองค์ความรู้มากขึ้น สามารถควบคุมชะลอความเสื่อมของไตได้ด้วยตนเอง ไม่ให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนของโรค อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ก่อน-หลัง การเข้าร่วมการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ก่อน-หลัง การเข้าร่วมการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

3. เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

วิธีการวิจัย

ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi -experimental research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 9 เดือน ภายหลังการอบรมให้ความรู้ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 – มกราคม 2565 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมที่มารับบริการ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน จำนวน 3,752 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน จำนวน 246 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง 1 กลุ่ม คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้เข้ารับกระบวนการอบรมให้ความรู้ในผู้ป่วย ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564 – มกราคม 2565 รวมระยะเวลา 9 เดือน ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1, โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3

2, แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

3, แบบสัมภาษณ์ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom[6] ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

4, แบบสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับการชะลอและป้องกันไตเสื่อม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom[6] ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

5, แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom[6] ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

6, แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ โรคร่วม ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วย ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ระดับความเค็มในอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ

คะแนน ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ก่อน-หลัง ได้รับการอบรมให้ความรู้เพื่อการชะลอไตเสื่อม ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน 246 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 135 คน ร้อยละ 54.88 รองลงมาเป็น ชาย จำนวน 111 คน ร้อยละ 45.12 ตามลำดับ อายุ ส่วนมาก อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 82 คนร้อยละ 33.33 รองลงมาอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 70 คน ร้อยละ 28.46 และ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 64 คน ร้อยละ 26.02 ตามลำดับ (Mean = 43.65, Min= 29 ,Max= 78) อาชีพ ส่วนมาก ทำไร่ทำนา จำนวน 167 คน ร้อยละ 67.89 รองลงมาค้าขาย จำนวน 32 คน ร้อยละ 13.01 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 26 คน ร้อยละ 10.57 ตามลำดับ นับถือศาสนา พุทธ ทั้งหมด 246 ร้อยละ100.00 ระดับการศึกษา ส่วนมากจบ ระดับประถมศึกษา จำนวน 112 คน ร้อยละ 45.53 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 83 คน ร้อยละ 33.74 และปริญญาตรี จำนวน 25 คน ร้อยละ 10.16 ตามลำดับ โรคร่วมส่วนมากป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ร้อยละ 53.66 รองลงมาเป็นโรคอ้วน จำนวน 32 คน ร้อยละ 13.01 และ หัวใจ จำนวน 12 คน ร้อยละ 4.88 ตามลำดับ ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วย ส่วนมากคือที่อยู่อาศัย จำนวน 126 คน ร้อยละ 51.22 รองลงมา การเดิน จำนวน 118 คน ร้อยละ 47.97 และความอ่อนแรงของแขนขา จำนวน 96 คน ร้อยละ 39.02ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมาก ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 198 คน ร้อยละ 80.49 รองลงมาภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 34 คน ร้อยละ 13.82 และภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 13 คน ร้อยละ 5.28 ตามลำดับ อัตราการกรองของไต eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ส่วนมากอยู่ในช่วง 60-89 eGFR จำนวน 84 คน ร้อยละ34.15 รองลงมาอยู่ในช่วง >90 eGFR จำนวน 75 คน ร้อยละ 30.49 และ อยู่ในช่วง 30-44 eGFR จำนวน 38 คน ร้อยละ 15.45 ตามลำดับ ระดับความเค็มในอาหาร ส่วนมาก รับประทานเค็ม (≥ 0.90 %) จำนวน 134 คน ร้อยละ 54.47 รองลงมาเริ่มเค็ม (0.71 - 0.90 %) จำนวน 86 คน ร้อยละ 34.96และไม่เค็ม (≤ 0.70 %) จำนวน 26 คน ร้อยละ 10.57 ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมส่วนมาก ไม่สามารถการดื่มน้ำ 1.5-2 ลิตรต่อวันได้ จำนวน 95 คน ร้อยละ 38.62 รองลงมาคือการ งดการใช้ยาแก้ปวดหรือ NSAID ติดต่อกันไม่ได้ จำนวน 65 คน ร้อยละ 26.42 และ การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม จำนวน 38 คน ร้อยละ 15.45 ตามลำดับ

2. กระบวนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 246 คน มีกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 3.5 ชั่วโมง เดือนละ 7 วัน ระยะละ 3 เดือน รวม 9 เดือน จำนวน 20 วัน รวม 73.5 ชม. ประกอบด้วย ระยะแรก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ทำการวัดผลคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนก่อนเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม จากนั้นจึงเริ่มกระบวนการอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรม ครั้งที่ 1 อบรมในหัวข้อ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ยา การส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน การใช้สมุนไพรและยาให้ถูกวิธี การบริโภคให้เหมาะกับโรคเบาหวานและเพื่อการชะลอไตเสื่อม ระยะที่ 2 การอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรมครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 3 เดือน) กิจกรรมคือความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ทบทวนการใช้สมุนไพรและยาให้ถูกวิธี การบริโภคให้เหมาะกับโรคเบาหวานและเพื่อการชะลอไต

เสื่อม การฝึกปฏิบัติงาน การวัดและประเมินผล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม ทบทวนเนื้อหาจาก โปรแกรมครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 การอบรมให้ความรู้ครั้งที่ 3 และการติดตาม (6 เดือน) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะที่ 2 โดยเน้นที่ การใช้สมุนไพรและยาให้ถูกวิธี การบริโภคให้เหมาะกับโรคเบาหวานและเพื่อการชะลอไตเสื่อม และ ช่วยเหลือ กรณีปฏิบัติไม่ตรงกับที่อบรมตามโปรแกรมว่าทำได้ครบถ้วนถูกต้อง หรือไม่ ระยะติดตามและประเมินผล (ห่างจากครั้งแรก 9 เดือน) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะที่ 2 และ ช่วยเหลือ กรณีปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ทำการวัดผลคะแนนความรู้หลังการอบรม ทำการประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติ จากการอบรมผู้เข้าร่วมโปรแกรม 246 คน เข้ารับการอบรมครบตามโปรแกรม ร้อยละ 100

3. ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

3.1 การเปรียบเทียบผลก่อนหลังการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ส่วนมากมีความรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 126 คนร้อยละ 51.22 รองลงมามีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 82 คน ร้อยละ 33.33 และ ระดับไม่ดี จำนวน 38 คน ร้อยละ 15.45 ตามลำดับ ทัศนคติ ส่วนมากอยู่ใน ระดับดี จำนวน 124 คน ร้อยละ 50.41 รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 97 คน ร้อยละ 39.43 และ ระดับไม่ดี จำนวน 25 คน ร้อยละ 10.16 ตามลำดับ พฤติกรรม ส่วนมากอยู่ในระดับดี จำนวน 112 คน ร้อยละ 45.53 รองลงระดับปานกลาง จำนวน 87 คน ร้อยละ 35.37 และ ระดับไม่ดี จำนวน 47 คน ร้อยละ 19.11 ตามลำดับ หลังการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ส่วนมากมีระดับความรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 222 คนร้อยละ 90.24 รองลงมามีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 20 คน ร้อยละ 8.13 และ ระดับไม่ดี จำนวน 4 คน ร้อยละ 1.63 ตามลำดับ ทัศนคติ ส่วนมากอยู่ใน ระดับดี จำนวน 236 คน ร้อยละ 95.93 รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 8 คน ร้อยละ 3.25 และ ระดับไม่ดี จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.81 ตามลำดับ พฤติกรรม ส่วนมากอยู่ในระดับดี จำนวน 138 คน ร้อยละ 56.10 รองลงระดับปานกลาง จำนวน 96คน ร้อยละ 39.02 และ ระดับไม่ดี จำนวน 12 คน ร้อยละ 4.88 ตามลำดับ

3.2 ผลการทดสอบ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ก่อน-หลัง การให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีค่า 6.84 คะแนน หลังการเข้าร่วม มีค่า 8.93 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.89$) ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีค่า 2.93 คะแนน หลังการเข้าร่วม มีค่า 4.36 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.82$) ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีค่า 2.31 คะแนน หลังการเข้าร่วม มีค่า 3.32 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.18$)

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมาก อยู่ในช่วง 41-50 ปี อาชีพ

ส่วนมากทำไร่ทำนา นับถือศาสนา พุทธ ทั้งหมด ระดับการศึกษาส่วนมากจบประถมศึกษา โรคร่วมส่วนมากป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคหัวใจ ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วย ส่วนมากคือที่อยู่อาศัย การเดิน และความอ่อนแรงของแขนขา ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) อัตราการกรองของไต eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ส่วนมากอยู่ในช่วง 60-89 eGFR ระดับความเค็มในอาหาร ส่วนมาก รับประทานเค็ม (≥ 0.90 %) พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมส่วนมาก ไม่สามารถการดื่มน้ำ 1.5-2 ลิตรต่อวันได้ รองลงมาคือ การ งดการใช้ยาแก้ปวดหรือ NSAID และ การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ตามลำดับ สอดคล้องกับ วิศรุดา ตีเมืองซ้าย และพิชญาภร ภัคสุพศิน[7] และสอดคล้องกับ อิสรีย์ เกียรติพุฒิกร[8]

การอบรมให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เป็นการรูปแบบการให้ความรู้โดยใช้เวลาอบรมแบบต่อเนื่อง 3 ระยะ จึงสำเร็จได้ โดยใช้เวลา 9 เดือน รูปแบบการให้ความรู้จะเป็นการสอน การฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การใช้ยา การใช้สมุนไพร พฤติกรรมการบริโภค ความรู้ในการดูแลตนเอง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภาวะแทรกซ้อน การจัดการความผิดปกติ การเลือกชนิดอาหาร การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต สอดคล้องกับ ศิริวรรณ สิงหศิริ และคณะ[9] และสอดคล้องกับ วรรวิษา สำราญเนตร และคณะ[10]

ผลจากการการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม เมื่อผ่านการอบรมให้ความรู้แล้ว จากการทดสอบทางสถิติ โดยต้องอาศัยระยะเวลา และความต่อเนื่องในการพัฒนา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และมีภาวะพฤติกรรมที่เหมาะสม นำไปสู่การรู้จักการดูแลตนเอง ส่งผลให้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถชะลอภาวะไตเสื่อมลงได้ สอดคล้องกับ นงค์นุช โฮมหงษ์ และคณะ[11] และสอดคล้องกับ ปวาสินี สุขเจริญ[12]

ข้อเสนอแนะ

1, รูปแบบการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 โรงพยาบาลลำพูน ควรปรับเหมาะกับกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสำคัญ

2, ควรมีการส่งเสริมความรู้ ในเรื่องการใช้สมุนไพร การใช้ยาสมเหตุผล การบริโภคที่ถูกต้องร่วมกับการส่งเสริมทัศนคติ และพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแล ชุมชน เป็นสำคัญ

3, ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาโดยการใช้รูปแบบการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 โรงพยาบาลลำพูน ได้รูปแบบที่ช่วย ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงสามารถแก้ไขปัญหาได้

4, ควรมีการพัฒนาความรู้ และทักษะการให้ความรู้ในพยาบาลวิชาชีพในการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานแล้วทดสอบว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

5, การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการทดลองเปรียบเทียบในพื้นที่โรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดใกล้เคียงกันเพื่อทำให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ดีขึ้นตามความต่างในแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยเบาหวาน ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. United States; C2021. Chronic Kidney Disease in the United States; 2021.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2564.
3. Hamler, T. C., Miler, V. J., & Petrakovitz, S. Chronic Kidney Disease and Older African American Adults: How Embodiment Influences Self-Management. Geriatrics. 2018
4. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. สธ. ร่วมกับภาคีเครือข่าย รณรงค์วันไตโลก ปี 2565 “เสริมสร้างภูมิความรู้ ควบคู่การดูแลไต. 2565.
5. โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). 2564.
6. Bloom, B.S. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
7. วิศรุดา ตีเมืองซ้าย และพิชญาภร ภัคสุพศิน. การพัฒนารูปแบบการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกรักษ์ไตปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2564; 18(2): 125-135.
8. อิสรีย์ เกียรติพุฒิกร. การพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง. โรงพยาบาลอินทร์บุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2564.
9. ศิริวรรณ สิงหศิริ และคณะ. การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3 คลินิกอายุรกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2567; 9(3): 395-401.
10. วรรวิษา สำราญเนตร และคณะ. บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(38): 456-468.
11. นงค์นุช โฮมหงษ์ และคณะ. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.2567; 9(2): 297-305.
12. ปวาสินี สุขเจริญ. ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกาะสมุย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2567.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

Development of psychiatric patient care system by the network partners of Loei Province.

(Received: October 20,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 27,2024)

ขัติยา แก้วสมบัติ[1] อิศรา ขุนพิลึก[1], อัญชลี วิจิตรปัญญา[2]เพ็ญสุดา ไชยเมือง[2]ประภาพร จันทร์นาม[3]

Kuttiya Kaewsombat[1] Issara khunpiluek[1]Anchalee Wijitpanya[2]Pensuda Chaimueang[2]Prapapon channam[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย การพัฒนาระบบและผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ศึกษาในทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย จำนวน 48 คน และญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 380 คน เก็บข้อมูลโดยเครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินคุณภาพงานบริการสุขภาพจิต, แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบ คะแนนความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Paired *t*-test นำเสนอด้วยค่า *t*-test ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean different: Mean diff.) ค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI ของ Mean diff.) ค่า *P*-value และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยจิตเวช และด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) ผลการออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย และระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 3) ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย พบว่า ผลงานบริการสุขภาพจิตตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต เพิ่มขึ้น ยกเว้นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หายทุเลา (Remission) และผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 34.60, 95%CI: 20.40 - 40.32, *P*<.01) คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย (Mean diff.=36.62, 95%CI:24.42 - 42.28, *P*<.01

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, ผู้ป่วยจิตเวช, ภาคีเครือข่าย

Abstract

This research study the system and the development as well as the outcomes of the provincial network's mental health patient care system. The objectives are to investigate the issues surrounding the provision of psychiatric patient care in Loei Province. The information is collected from multidisciplinary team including 48 members from Loei Province's network and 380 relatives of psychiatric patients. Both the satisfaction and quality assessment forms for mental health services are used to gather data. Pairing t-test statistics with t-test values, mean difference values, 95% confidence interval values, and p-values are used to assess descriptive and comparative data for satisfaction scores. While content analysis is used to analyze the qualitative material.

According to the findings, 1) there are four main areas where there are issues with mental health care delivery, such as promoting and preventing mental health problems in patients, developing a system of care that meets their needs in terms of quality, developing a surveillance system for patients, and establishing network partner participation 2) These results have clarified the functions network's of multidisciplinary team and the mental health care system for patients who pose a high risk of violence. 3) The provincial network partners' development of the

[1] Loei Provincial Public Health Office

[2] Loei Ratchanakharin Psychiatric Hospital

[3] Phulaung hospital

patient care system discovered that, as measured by the Department of Mental Health's KPIs, the performance of mental health services has improved, with the exception of patients with schizophrenia who use the service and get ongoing care, patients with depression who get well (remission), and patients with psychiatric illnesses that put them at high risk of violence (SMI-V) who start treatment and continue to get care. The multidisciplinary team's and the patients' families' satisfaction levels are shown to be significantly different before and after the development. The multidisciplinary team's satisfaction scores are mean diff. = 34.60, 95%CI: 20.40 - 40.32, P<.01 and the relatives' satisfaction ratings for the patients are with a 95% confidence interval of 24.42 to 42.28 and a p-value of less than.01, respectively.

Keywords: system development, psychiatric patients, network partners

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย ระหว่างปี 2564 - 2567 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศสูงถึง 2.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับปี 2558 ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพียง 1.3 ล้านคน[1] การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ความเครียดจากการดำเนินชีวิต ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และปัญหาทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน[2] โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคซึมเศร้า โรคจิตเภทเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมและมักพบในช่วงอายุ 15-35 ปี[3] ในขณะที่โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อประชากรในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักประสบปัญหาความเหงาและความรู้สึกถูกทอดทิ้ง[4] จากข้อมูลสถิติการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดขนาดใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยจำนวน 87,261 คน และจังหวัดเชียงใหม่มีผู้ป่วยจำนวน 105,276 คน[5] การรักษาผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วยการใช้ยาปรับสมดุลสารสื่อประสาทและการบำบัดตามที่แพทย์สั่ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ[6]

โรคจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล[7] แต่ละโรคมีอาการและแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน โรคจิตเภทมีอาการที่สามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่มหลัก คือ อาการด้านบวกและด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และพูดวกวน ส่วนอาการด้านลบ ได้แก่ เฉื่อยชา แยกตัวจากสังคม และแสดงออกทางอารมณ์น้อย[8] การรักษาหลักใช้ยาต้านโรคจิตทั้งรุ่นที่หนึ่งและรุ่นที่สอง ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม[9] สำหรับโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยมักมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รู้สึกไร้ค่า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย[10] การรักษาประกอบด้วยการใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs หรือ SNRIs ร่วมกับการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม[11] โรควิตกกังวลมีอาการสำคัญคือความกังวลที่มากเกินเหตุ ร่วมกับอาการทางกายเช่น ใจสั่น หายใจเร็ว เหงื่อออก และนอนไม่หลับ[12] การรักษาใช้ทั้งยาคลายกังวลและการบำบัดทางจิตวิทยา โดยเฉพาะการฝึกการผ่อนคลายและการฝึกสติ[13] นอกจากการรักษาทางการแพทย์ การดูแลตนเองเบื้องต้นมีความสำคัญ ได้แก่ การรักษาสุขอนามัยการนอน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด[14] ผู้ที่มีอาการควรพบแพทย์เมื่ออาการรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน มีความคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการต่อเนื่องนานเกิน 2 สัปดาห์[15] โดย 1 ใน 5 ของประชากรมีปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจนถึงญาติผู้ดูแลและบุคคลในสังคม ทำให้เกิดความพิการและสูญเสียเป็นจำนวน

มากโดยเฉพาะผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ผลทำให้เกิดภาระสูงในการดูแล ประกอบกับอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ อาการกำเริบบ่อยครั้งทำให้เสี่ยงต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นและชุมชน สอดคล้องกับสถานการณ์ก่อความรุนแรงสะเทือนขวัญตามสื่อต่าง ๆ ความรุนแรงที่เกิดกับครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป พบว่าผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ขาดยา มีการใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแลรวมไปถึงระบบการดูแลยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องและการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ[16]

สถานการณ์ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชของจังหวัดเลย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 , 2567 พบว่า อัตราความชุกของผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 6,601, 7,183 คนต่อแสนประชากร อัตราป่วยของผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 555 , 581 คนต่อแสนประชากร และอัตราผู้พยายามฆ่าตัวตาย เท่ากับ 5, 5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึง แนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังเกินเป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน [17] ปัญหาดังกล่าวนี้เป็นปัญหาสำคัญสูงสุดระดับจังหวัด ซึ่งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการทุกระดับและในชุมชนยังคงเป็นความท้าทาย จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าระบบหรือแนวทางที่รองรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานบริการแต่ละระดับยังขาดการวิเคราะห์และกำหนดให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้านการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องและด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยขาดยา ขาดการติดตามต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ เกิดอาการกำเริบและมีภาวะแทรกซ้อน การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นแนวคิดสำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรหรือกลุ่มบุคคล โดยต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน สร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงการให้โอกาสทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน นอกจากนี้ ยังต้องมีการประเมินและพัฒนาศักยภาพ เคารพในความหลากหลาย และสร้างแรงจูงใจเพื่อให้การทำงานร่วมกันประสบความสำเร็จ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานด้านสุขภาพ การศึกษา การพัฒนาชุมชน หรือการแก้ไขปัญหาสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[18]

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย โดย การวิจัยและพัฒนา ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research) ของ Kemmis S. & Mc Taggart R [19] ประยุกต์ใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ผลการศึกษาจะส่งผลให้การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย การพัฒนาระบบและผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)[20] ขั้นตอนการวิจัย (Research) ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคมมิสและแม็คแท็คการ์ด[18] โดยประยุกต์ใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)[21] เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Group Discussion)[22] และการสังเกตการมีส่วนร่วม และขั้นตอนการพัฒนา (Development) ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และการสังเกตการมีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2567 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (ระยะเวลา 1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2567) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย และตัวชี้วัดการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิต (Analysis : Research1 (R1)) กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในสังกัดจังหวัดเลยและภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 4 คน พยาบาล จำนวน 8 คน เภสัชกร จำนวน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล จำนวน 8 คน ตำรวจ(สภต.) จำนวน 4 คน อสม. จำนวน 4 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน และ สมาชิก อบต. จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน ดำเนินกระบวนการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) กับผู้ปฏิบัติงานทีมสหวิชาชีพเครือข่ายจังหวัดเลย ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช 2) ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยจิตเวช 4) ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ร่วมกับการสังเกตการมีส่วนร่วม บันทึกข้อมูลตามประเด็นที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และประเมินความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพเครือข่าย จำนวน 48 คน และญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 380 คน ก่อนการพัฒนาระบบโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan[23] ญาติผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดเลย ช่วงเดือนตุลาคม 2565 จนถึงเดือนกันยายน 2566

ขั้นตอนที่ 2 (ระยะเวลา 1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2567) การออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย (Design and Development :Development (D1)) เป็นการนำผลวิเคราะห์จาก ขั้นตอนที่ 1 มาดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ได้ดำเนินตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart[19] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ร่วมกับกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม AIC [21] ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน(Planning)

1.1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดและผู้เกี่ยวข้องจังหวัดเลย จำนวน 48 คน

1.2. จัดเวทีสนทนากลุ่มโดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพได้นำเสนอแนวทาง ความคิดเห็น ความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง (discussion guideline)[22] ตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ได้แก่

1.2.1 ขั้น A1 การทบทวนอดีตและสถานการณ์ ปัญหา ปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวช

1.2.1 ขั้น A2 การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.2.3 ขั้น I1 กิจกรรมหรือโครงการที่สามารถนำมาแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ สู่เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและชุมชน

1.2.4 ขั้น I2 จัดลำดับและความสำคัญของปัญหาโครงการและกิจกรรมที่จะนำไปแก้ไขปัญหาที่เป็นอยู่ สู่เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.2.5 ขั้น C1 กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.2.6 ขั้น C2 1) กำหนดแนวทางบทบาทการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือจังหวัดเลย 2) กำหนดแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล 3)

กำหนดแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน 4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยทำการตรวจสอบตรวจสอบร่างระบบการพัฒนามาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่าเฉลี่ย 0.86 ถือว่ามีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ดำเนินการที่อำเภอภูหลวง จังหวัดเลยประกอบด้วย โรงพยาบาลภูหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง เป็นระยะเวลา 1 เดือน

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องร่วมกันติดตามสังเกตการณ์การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือโดยเข้าไปร่วมอยู่ในสถานการณ์ตอนทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อสังเกตการณ์มีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย ตั้งแต่เริ่มโครงการ การทำกิจกรรมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น หาแนวทางและการวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกันในทุกขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) นำข้อมูลจากขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) มาวิเคราะห์และอภิปรายในเวทีประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็น โดยผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบ

ขั้นตอนที่ 3 (ระยะเวลา 1 กรกฎาคม 2567 - 30 กันยายน 2567) การทดลองใช้รูปแบบ (Implementation: Research2 (R2)) นำระบบการพัฒนาที่สร้างขึ้นใน ขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลในจังหวัดเลย จำนวน 14 แห่ง ได้แก่ 1) บทบาทการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือจังหวัดเลย ไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 แห่ง 2) แนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลในจังหวัดเลย จำนวน 14 แห่ง 3) แนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลและชุมชน จำนวน 96 แห่ง และ4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 14 แห่ง โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันติดตามสังเกตการณ์ดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน ตลอดช่วงเวลาการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 (ระยะเวลา 1 - 30 ตุลาคม 2567) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation: Development (D2)) นำผลการทดลองการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาคีเครือข่ายจังหวัดเลยในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม โดย 1) ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เครื่องมือใช้แบบประเมินคุณภาพงานบริการสุขภาพจิตตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต ปี 2562 2) ประเมินความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพ จำนวน 48 คน และญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 380 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยจิตเวชด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan[23] ในการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือก่อนนำมาใช้ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเฉลี่ย 0.82 และ 3) เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลัง ขยายผลการพัฒนาระบบเพื่อนำไปใช้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยจะสรุปผลการการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ .ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด – ต่ำสุด (Max - Min) เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายจังหวัดเลยและญาติผู้ป่วยจิตเวช, ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ประเมินโดยใช้สถิติ Paired *t*-

test นำเสนอด้วยค่า *t*-test, ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean different: Mean diff.) ค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI ของ Mean diff.) และค่า *P*-value

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการรวบรวมข้อมูลจากการระดมสมองทีมสหวิชาชีพภาคีเครือจังหวัดเลย รายงานการประชุม, การสนทนากลุ่ม (group discussion) ร่วมกับการสังเกตการมีส่วนร่วม จากนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา(Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 020/2567 ลงวันที่ 26 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

1. ผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ประกอบด้วย 1) บทบาทของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย 2) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V ต่อเนื่องในชุมชน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 บทบาทของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

ภาคีเครือข่าย	บทบาท
1. ทีมสหวิชาชีพ	1. จัดทำแนวทางการดูแลรักษา และการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชรายบุคคล 2. จัดทำแนวทาง การรักษา การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช 3. การให้บริการดูแลรักษาทางการแพทย์ การพยาบาล การบำบัดทางจิต และให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเวช 4. การติดตามอาการ ประเมินผลการรักษา และปรับแผนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช 5. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 6. การส่งเสริมสุขภาพจิต ให้ความรู้ และการป้องกันโรคทางสุขภาพจิต
2 .โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	1. การรักษาพยาบาล ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มวัย ใช้ยาและการบำบัดที่ได้มาตรฐานสากล มีทีมผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชคอยดูแลอย่างใกล้ชิด 2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างราบรื่น มีบริการปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ครอบครัว 3. การป้องกันและควบคุมโรค จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและวิธีการดูแลตนเองค้นหาและรักษาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น 4. การพัฒนาบุคลากร จัดอบรมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ
3 .โรงพยาบาลชุมชน	1. การคัดกรองและประเมินเบื้องต้น ค้นหาผู้ป่วย ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ 2. การให้บริการดูแลเบื้องต้น ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวจ่ายยาตามที่แพทย์สั่งได้ และติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 3. การประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ในการส่งต่อผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาในชุมชน ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาพภาคีเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหา 4. การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 5. การรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูล ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเวช
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1. การคัดกรองและประเมินเบื้องต้น สังเกตอาการผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยง และส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงให้โรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 1 บทบาทของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

ภาคีเครือข่าย	บทบาท
	2. การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างความเข้าใจลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเวช และสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้นำชุมชน 3. การดูแลผู้ป่วยระยะยาว ติดตามอาการ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล และผู้นำชุมชน การประสานงานกับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ร่วมประชุม ส่งต่อข้อมูล และขอรับการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
5. ชุมชน	1. สร้างความเข้าใจและลดความเกรงกลัว จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเพื่อคลายความเข้าใจผิดและสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยในชุมชน สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว สร้างเครือข่ายสนับสนุนและกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 2. มีส่วนร่วมในการดูแลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยและช่วยให้เข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นตัว สร้างสภาพแวดล้อมปลอดภัยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน 3. ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV)

ระบบ	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล
การแจ้งข้อมูลเครือข่าย	สื่อสารผ่านทางโทรศัพท์, LINE กลุ่มภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดเลย, โปรแกรมสำเร็จรูป Home Health Care online และหนังสือราชการ	สื่อสารผ่านทางโทรศัพท์, LINE กลุ่มภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดเลย, โปรแกรมสำเร็จรูป Home Health Care online และหนังสือราชการ
การติดตาม	- เยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 1 เดือน ติดตามข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยทุก 3 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังจากนั้นติดตามทุก 6 เดือน ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ เป็นต้น	- ติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ให้พบแพทย์ตามนัด ทุก 1 เดือน และกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด ภายใน 1 สัปดาห์ - ประเมินติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องพร้อมให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามและแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเร้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
ระบบการส่งต่อฉุกเฉิน	จัดช่องทางด่วนสำหรับ (รับ- ส่งต่อ) ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	ประสานงานปรึกษาส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวดเร็วปลอดภัย ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลชุมชน

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดเลย จำนวน 45,410 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.68 มีอายุเฉลี่ย 38.90 ปี (SD = 6.52) สุด 14 ปี สูงสุด 68 ปี_สถานภาพสมรสโสด_ร้อยละ 47.15 สัญชาติไทย ร้อยละ 97.88 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32 สถานภาพในครอบครัว เป็นสมาชิกครอบครัวร้อยละ 62 อาชีพหลักเกษตรกรรม ร้อยละ 50 รายได้ต่ำกว่า 5, 000 บาท/เดือน ร้อยละ 58 สูบบุรี่ ร้อยละ 81.46 ดื่มสุรา ร้อยละ 73.38 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเวช 6 - 10 ปี ร้อยละ 56.40 ยาจิตเวชที่รับประทานในปัจจุบัน 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 46 ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคจิตเวช พี่น้องร่วมสายโลหิต ร้อยละ 48 ไปตามนัดพบแพทย์/จนท.สาธารณสุขตรงตามนัด ไปตรงนัดทุกครั้ง ร้อยละ 72 แหล่งให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 42

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า 1) ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่

กระทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.18 2) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.14 3) ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง เท่าเดิม ร้อยละ 100 4) ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ลดลง ร้อยละ 9.11 5) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) ลดลง ร้อยละ 35.97 และ 6) ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดลง ร้อยละ 29.30

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมสหวิชาชีพเครือข่ายจังหวัดเลย และญาติผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ผู้ประเมิน	n	$\bar{X}$	SD	Mean diff.	95%CI	*t*-test	*P*-value
ทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่าย							
ก่อนการพัฒนาระบบ	48	60.28	5.27				
หลังการพัฒนาระบบ	48	82.14	6.56	21.86	20.40 - 40.32	20.66	<.01
ญาติผู้ป่วยจิตเวช							
ก่อนการพัฒนาระบบ	380	64.64	6.72				
หลังการพัฒนาระบบ	380	97.32	7.34	32.68	24.42 - 42.28	23.66	<.01

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์เปรียบเทียบสภาพปัญหาการออกแบบและพัฒนาระบบให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย ก่อนและหลังการพัฒนา

ปัญหา	ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
1. ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช	1. ขาดทีม MCATT ระดับตำบลที่เพียงพอ ส่งผลต่อการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤต 2. ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะการป้องกันปัญหาทางจิตเวช 3. ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในชุมชนด้านการป้องกันปัญหาจิตเวช 4. ระบบแจ้งเหตุกรณีผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่นในชุมชนยังไม่ทันสมัย	1. ส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม ทั้งการรักษาด้วยยา การบำบัดจิต การสนับสนุนจากครอบครัว และการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2. ป้องกันปัญหาผ่านการสร้างความเข้าใจโรค การดูแลต่อเนื่อง และการจัดการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย 3. ประเมิน SMIV ในผู้ป่วยจิตเวชทุกราย 4. เสริมสร้างความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและการจัดการเบื้องต้นแก่ครอบครัวและชุมชน 5. บูรณาการงานสุขภาพจิตในทุกภาคส่วนผ่านกลไก พชอ. 6. ให้ความรู้ด้านกฎหมายสุขภาพจิตและยาเสพติดแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
2. ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช(ต่อ)	1. โรงพยาบาลชุมชน ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางจิตเวชใน รพ.สต. ขาดบุคลากรที่ชำนาญด้านจิตเวชชุมชนและทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย 3. ไม่มีพื้นที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยจิตเวชทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. 4. ชุมชนขาดสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ปลอดภัยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรุนแรง 5. ขาดแนวทางปฏิบัติและเอกสารการทำงานที่เป็นระบบ 6. ไม่มีแนวทางประสานงานที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ	1. พัฒนาบุคลากรผ่านการอบรมและให้ทุนศึกษาต่อเฉพาะทางจิตเวช 2. จัดสรรพื้นที่บริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช แยกจากแผนกทั่วไป 3. กำหนดแนวทางปฏิบัติและระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่าง รพท. รพช. และ รพ.สต. 4. พัฒนาระบบส่งต่อที่ชัดเจนจาก รพ.สต. สู่ รพช. และ รพ. จิตเวช 5. สร้างระบบติดตามต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคโนโลยีสื่อสาร ส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างสถานพยาบาล อปท. ตำรวจ และชุมชน

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์เปรียบเทียบสภาพปัญหาการออกแบบและพัฒนาระบบให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่จังหวัดเลย ก่อนและหลังการพัฒนา

ปัญหา	ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
3. ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยจิตเวช	1. ขาดเทคโนโลยีและแอปพลิเคชันในการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ 2. ไม่มีระบบแจ้งเตือนการนัดพบแพทย์ล่วงหน้า 3. การติดตามและตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลยังไม่สม่ำเสมอ 4. ผู้ป่วยขาดทักษะการดูแลและจัดการอาการด้วยตนเอง 5. ครอบครัวและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช	1. ติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอผ่านการประเมินและสัมภาษณ์ 2. ใช้เทคโนโลยีและแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพจิตแบบเรียลไทม์ 3. พัฒนาระบบเตือนล่วงหน้าเพื่อการแทรกแซงทันท่วงที 4. ติดตามการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ 5. พัฒนาทักษะการดูแลและจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วย 6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแล 7. เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น 8. จัดทำแผนรับมือกรณีวิกฤติสุขภาพจิต
4. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	1. ขาดการเฝ้าระวังอาการและการกำกับการทานยาจากครอบครัว รวมถึงการยอมรับจากชุมชน 2. ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3. ขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่นในการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย	1. ผลักดันเชิงนโยบาย (Policy advocate) ผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด เสนอข้อมูลสุขภาพจิตผ่านการประชุมจังหวัดเลย 2.บูรณาการขับเคลื่อนกับหน่วยงานอื่น 3.การขับเคลื่อนสื่อสารการใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551และกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบที่สำคัญ ประกอบด้วย

1.การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ต่อเนื่องในชุมชนส่งผลดีคือ ช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การบริหารจัดการกับสถานการณ์บางอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นยกเว้น ผู้ป่วยโรคจิตเภท(Schizophrenia) ที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง จากร้อยละ 65.12 ลดลงเป็น ร้อยละ 48.76 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา(Remission) จากร้อยละ 90.97 ลดลงเป็นร้อยละ 55 และผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 98.85 ลดลงเป็น ร้อยละ 69.55 ซึ่งยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากปัญหาครอบครัว สิ่งแวดล้อมในชุมชน เศรษฐกิจ สังคม และยาเสพติดที่แพร่ระบาดเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์[24] พบว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตามแนวทางดูแลภายหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นทุกด้าน ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน มีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและจัดการดูแลตามความเร่งด่วน ได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษา เพื่อการรักษาต่อเนื่องและส่งต่อ ร้อยละ 100 และไม่พบอุบัติการณ์ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวณีย์ จันทร์ฉาย[25] พบว่า การดูแลผู้จิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องในชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ.

2559–2564 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น มีการกำเริบที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งตัวไปรักษาต่อลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวาวรรณ ปิยกุลมาลา และธีรพัฒน์ สุทธิประภา[26] พบว่า การให้บริการตามตัวชี้วัดงานสุขภาพจิตบางส่วนยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมายหลังจากการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 3 เดือนลดลงร้อยละ 3.02 อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ของผู้ป่วยจิตเวช ภายใน 3 เดือนลดลงร้อยละ 1.58 อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ19.40และมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด

2. ผลลัพธ์ความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ของทีมสหวิชาชีพ และญาติผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า คะแนนความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร จันทร์สาม[27] พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า คะแนนความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.07 เป็นร้อยละ 91.11 ส่วนในญาติผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.97 เป็นร้อยละ 95.23 ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างไร้รอยต่ออย่างมีนัยสำคัญ เกิดการทำงานที่เชื่อมโยงลื่นไหลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนให้เข้าถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ

3. ผลลัพธ์หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือจังหวัดเลย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบที่เป็นแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยจิตเวช และด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์[28] พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เครือข่ายทีมสุขภาพจิตมีความรู้เพิ่มขึ้น และพื้นที่เกิดแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับการศึกษา ทิวาวรรณ ปิยกุลมาลา และธีรพัฒน์ สุทธิประภา[26] พบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยการจัดอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการสนทนากลุ่ม การ coaching และสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ทำให้การรับรู้ ความคาดหวังและพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนและหลังดำเนินงาน 6 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและญาติผู้ป่วยผ่านการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดความเสี่ยงการกำเริบ

2. ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะรายเรื้อรังและผู้ที่เสี่ยงต่อความรุนแรง

3. พัฒนาระบบแจ้งเหตุ ให้คำปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วยระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล

4. เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในการรองรับภาวะวิกฤตสุขภาพจิต

5. ติดตามประเมินผลระยะยาวของระบบการดูแลผู้ป่วยโดยเครือข่าย

6. ศึกษาแนวทางเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7. ประเมินความคุ้มค่าและความยั่งยืนของระบบการดูแล

8. พัฒนาระบบการรักษาต่อเนื่องและใช้เทคโนโลยีติดตามผู้ป่วยแบบเรียลไทม์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานระดับกระทรวงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ปกครอง ตำรวจ พัฒนาชุมชน อปท. และสาธารณสุข)

2. เพิ่มการผลิตบุคลากรเฉพาะทางด้านจิตเวช โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ให้เพียงพอในทุกโรงพยาบาล

3. สนับสนุนงบประมาณและจัดสรรพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลรัฐทุกระดับ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชประจำปี 2564. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
2. วิชัย เอกพลากร, สมพร เตชะงามสุวรรณ. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อสุขภาพจิตคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2564;66(2):195-211.
3. สมชาย จักรพันธุ์. โรคจิตเภท: การวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2563.
4. นิตยา ตันตินาครินทร์. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาระดับชาติ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2565;52(1):45-58.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.
8. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. Schizophr Res. 2013;150(1):3-10.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: NICE; 2020.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
11. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-2312.
12. Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016;388(10063):3048-3059.
13. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19(2):93-107.
14. Walsh R. Lifestyle and mental health. Am Psychol. 2011;66(7):579-592.
15. Wang PS, Berglund P, Olfson M, et al. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):603-
16.กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/report/
17. โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. แบบรายงานผลปฏิบัติงานสำหรับผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต 2567 [อัดสำเนา]. เลย: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์; 2567.
18. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
19. Kemmis S, McTaggart R. The Action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1998.
20. Bucha P, Sangduang N. Research and Development: Process and Application. 2021;1(1):77-89. Thai.
21. วะสี ป, วัฒนศิริธรรม พ. เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา; 2542.
World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
22. Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1997.
23. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.

24. ปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;1(4):185-198.
25. เสาวณีย์ จันทร์ฉาย. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2565 ; 41(2) : 221–232.
26. ทิวาวรรณ ปิยกุลมาลา และธีรพัฒน์ สุทธิประภา. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตจากนโยบายสู่การปฏิบัติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(2): 293 - 302
27. สุภาพร จันทร์สาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(ฉบับเพิ่มเติม): S74 -S84
28. ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา .วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(4): 374-383.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

DEVELOPMENT OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR NURSING CARE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH AUDITORY HALLUCINATION, NAPALAI HOSPITAL,SAMUTSONGKHRAM PROVINCE.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

สุณี ฉิมพิบูลย์[1]
Sunee Chimpiboon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย โดยยึดหลักการปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ของสภาวิจัยสุขภาพ และการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพการนำใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล การประเมินคุณภาพการนำใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วโดยพยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่าร้อยละ 100 มีความเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติใช้งานได้ง่าย มีความชัดเจน เหมาะสมกับหน่วยงาน มีความสะดวกในการนำไปใช้ ประหยัดทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ และเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนดขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยทุกรายมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยอาการหูแว่วที่รุนแรง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ป่วยจิตเภท หูแว่ว

ABSTRACT

This action research was to develop a clinical nursing practice guideline for schizophrenic patients with auditory hallucination in Psychiatric clinic. Napalai Hospital based on the development of clinical practice guideline framework of the National Health and Medical Research Council (NHMRC,1998). Data were collected from the quality of nursing practice guidelines implementation questionnaire. The quality of nursing practice guidelines implementation assessment for schizophrenia patients with auditory hallucinations was assessed by psychiatric nurses and professional nurses who work with schizophrenia patients, totaling 20 persons. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistics.

The results of the study found that 100% agreed that the guidelines were easy to use, clear, and suitable for the organization. is convenient to use Save manpower, time and budget and see that clinical practice guidelines for nursing schizophrenic patients with auditory hallucination are feasible in practice. Evaluation of clinical practice guidelines based on established indicators. There was no incidence of severely aggressive behavior towards oneself or others. All patients suffered from decreased auditory hallucination and did not come back for treatment within 28 days with severe auditory hallucination

Keywords: clinical practice guidelines ,schizophrenic patient, auditory hallucination

บทนำ

[1] พย.ม สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย อำเภอบางคนที

โรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจะมีการทำงานผิดปกติของสมองทำให้กระบวนการรับรู้ภายในผิดปกติ อาการหูแว่วส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยลดลง ไม่ร่วมมือในการรักษา เกิดอาการ ทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ก้าวร้าว อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น นอกจากนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอาการหูแว่วกับการ ฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย จะลงมือฆ่าตัวตายถ้าได้รับคำสั่งจากอาการหูแว่ว[1] โรงพยาบาลนภาลัย อำเภอบางคนที มีคลินิกจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการต่าง ๆ หลากหลาย อาการหูแว่วเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 พบผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจากอาการหูแว่ว 1 รายในปีที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว[2] การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยวิเคราะห์ปัญหาในทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยด้วยการทบทวนวรรณกรรมด้านการจัดการอาการหูแว่ว แสดงให้เห็นถึงผลของการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนการดูแลในระยะหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนกระทั่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านผู้ดูแลโดยทำการทดลองใช้ CNPG และวัดความเป็นไปได้ของการนำใช้ CNPG โดยคาดหวังว่าจะสามารถนำไปเป็นมาตรฐานสำหรับองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline : CNPG) สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย เป็นวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลนภาลัย และประเมินการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ตั้งแต่ ธันวาคม 2564 – ธันวาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

พยาบาลจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ราย การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ของ Krejcie & Morgan[3]

เครื่องมือเก็บข้อมูล

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) คำถามความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) คำถามแสดงระดับความคิดเห็น เติมข้อความเสนอแนะถึงความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ชุดที่ 2 ประกอบด้วย 1)แบบสอบถามความคิดเห็นในคำถามที่เป็นความสำคัญและจำเป็นเกี่ยวกับการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในขณะพูดคุยและสังเกตพฤติกรรม 2) แบบสอบถามความคิดเห็นในคำถามที่เป็นความสำคัญและจำเป็นเกี่ยวกับการประเมินเนื้อหาลักษณะอาการหูแว่วในผู้ป่วย จิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 3) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนที่เป็นความสำคัญและต้องปฏิบัติในขั้นตอนการ

ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ

1. กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข จากการวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการทำงานพบว่าอาการหูแว่วเป็นอาการผิดปกติที่พบมากที่สุด เกือบทุกรายเคยมีอาการ หรือกำลังมีอาการอยู่ ผู้ป่วยต้องการหายจากอาการในส่วนพยาบาลผู้ปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในเรื่อง ขาดความเชี่ยวชาญในการประเมิน การพยาบาลและการให้คำแนะนำไม่เป็นไปในทางเดียวกัน

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3. กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลลัพธ์คือผลลัพธ์เชิงกระบวนการได้แก่ คุณภาพด้านการนำใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ความง่ายต่อการนำใช้ ความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติ ความเหมาะสมกับหน่วยงาน ความสะดวก ความประหยัด ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ

4. สืบค้นและการประเมินคุณค่าหลักฐาน ผู้วิจัยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ จิตเภท,หูแว่ว,การจัดการกับอาการหูแว่ว,Auditory hallucinations , Auditory hallucinations management Evidence-based clinical practice ใช้วิธีการสืบค้นด้วยมือและจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ประเมิน จัดอันดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้สืบค้นมา เลือกข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ โดยจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์จากเกณฑ์การจัดระดับของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC,1998)

5. สังเคราะห์และพัฒนาวิธีปฏิบัติจากข้อมูลที่สืบค้นมาได้นำมาสร้างแนวทางการประเมิน และการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 5 เรื่อง

6. ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยยกร่างแนวปฏิบัติการทางคลินิกต่อทีมพัฒนาแนวปฏิบัติหาข้อสรุปของเนื้อหาในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติ กำหนดองค์ประกอบในแนวปฏิบัติประกอบ 5 ขั้นตอน คือ การยินยอมรับการรักษา การประเมินอาการทางจิตและลักษณะของหูแว่ว การจัดการกับอาการหูแว่ว การให้ข้อมูล และการติดตาม

7. การทบทวนและตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบแนวปฏิบัติการทางคลินิก ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านค่าดัชนีตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index) เท่ากับ .95 พิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการทางการพยาบาล หลังจากนั้นนำข้อเสนอมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

8. ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมประเมินจริยธรรมในการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้ดำเนินการนัดประชุมพยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเภท นำมาแจกแจงในรูปความถี่และร้อยละ คุณภาพด้านการนำใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ หูแว่วที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย ประกอบด้วยความง่าย ความชัดเจน ความเหมาะสมกับหน่วยงาน ความสะดวก ความประหยัด และความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ นำมาแจกแจงในรูปของความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 3) การจัดการกับอาการหูแว่ว 4) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล 5) การดูแลต่อเนื่อง

2. การตรวจสอบคุณสมบัติของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจนในเนื้อหาและสามารถปฏิบัติได้ทางคลินิก

3. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย ไปใช้ในสถานการณ์จริง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเป็นส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ราย เป็นหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 46.5ปี (SD=7.26) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 13.5 ปี (SD=6.64) และเคยได้รับการอบรมประชุมสัมมนา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 3 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญและจำเป็นในข้อคำถามเพื่อประเมินอาการทางจิตและเนื้อหาลักษณะอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ความคิดเห็นในแบบประเมินอาการทางจิต จำนวน 20 ข้อ ตัดออกจำนวน 2 ข้อ จากลักษณะอาการที่ประเมินมีอาการคล้ายคลึงกัน ส่วนเนื้อหาลักษณะอาการหูแว่วจำนวน 2 ข้อใหญ่ 7 ข้อย่อย เห็นว่าทุกข้อมีความสำคัญและจำเป็น เสนอแนะปรับข้อคำถามเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนที่เป็นความสำคัญและต้องปฏิบัติ 5 ขั้นตอน จำนวน 10 ข้อมีความเห็นว่าทั้ง 10 ข้อมีความสำคัญและต้องปฏิบัติร้อยละ 100 แต่บางข้อให้ขยายความหรือตัดข้อความบางส่วนออก

ส่วนที่ 4 ความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วยความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ความชัดเจน ความง่าย ความสะดวก ความประหยัด และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่าความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ทั้งหมด 5 ด้าน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 มีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำใช้ และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเนื่องจากแนวปฏิบัติใช้งานได้ง่าย มีความชัดเจน เหมาะสมกับหน่วยงาน มีความสะดวกในการนำไปใช้ ประหยัด ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ

สวนที่ 5 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย ตามตัวชี้วัดที่ทางคลินิกกำหนดโดยเก็บข้อมูลหลังการนำใช้ 2 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าไม่พบอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลงในครั้งแรกลดลง 18 ราย อีก 2 รายไม่ลดแต่ไม่รุนแรงเพิ่มขึ้น

หลังจากประเมินซ้ำใน 3 เดือน อาการหูแว่วลดลงทั้ง 20 รายคิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยอาการหูแว่วที่รุนแรง

สวนที่ 6 ผลการเสวนาแนวปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัยไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย จำนวน 10 ราย สรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1)ให้กำหนดในแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกรายให้มีการตรวจสุขภาพกายอย่างน้อยปีละครั้ง 2) การประเมินอาการให้พยาบาลผู้ประเมิน อ่าน ทำความเข้าใจไปกับผู้ป่วยทีละข้อ และเมื่อจบการประเมินควรสรุปผลให้ผู้ป่วยทราบ 3) ให้เวลาผู้ป่วยเลือกวิธีการ นำไปทดลองปฏิบัติด้วยตนเองสามารถเปลี่ยนวิธีการได้เพื่อให้ได้วิธีการจัดการหูแว่วที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุดกับตนเอง 4) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล ควรมีการทบทวนทุกครั้งเมื่อญาติมาพร้อมผู้ป่วยถึงความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาของแพทย์และการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยจิตเวช 5) การดูแลต่อเนื่อง ควรจัดให้มีการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วหรืออาการอื่น เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ประเมินผลการนำใช้โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ราย ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในขั้นตอนของการปฏิบัติ ความง่าย ความชัดเจน ความเหมาะสมกับหน่วยงาน ความสะดวก และความประหยัด นำไปวิเคราะห์และประเมินผลก่อนนำเสนอทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ และได้กำหนดตัวชี้วัดเพิ่มหลังการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย ดังนี้ 1) อุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 2) ผู้ป่วยจิตเภทมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง ร้อยละ 80 และ 3) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยอาการหูแว่วที่รุนแรง ร้อยละ 80

สรุปและอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 4) การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทุกคนมีความเห็นด้วยในระดับมากว่าแนวปฏิบัติใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความสะดวกในการนำไปใช้ ทีมสหวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ สามารถใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ผู้ทดลองใช้มีความพึงพอใจแนวปฏิบัติทางคลินิกและเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ[4,5]

ข้อเสนอแนะ

1. กิจกรรมควรมีการส่งเสริมญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีส่วนร่วมในการให้กำลังใจสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างเหมาะสม

2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วสามารถนำมาใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละหน่วยงานนั้นควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ปฏิบัติงานก่อน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม เนื่องจากบางกิจกรรมแม้จะเข้าใจง่ายแต่ก็ต้อง

อาศัยทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะทักษะการสื่อสาร เพื่อความเข้าใจกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยจิตเภท

3. ควรมีการประเมินผลลัพธ์ของการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ

4. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้แก่ อุบัติการณ์ที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหูแว่วที่รุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. พนิดา บุตรดีวงษ์. (2561). แนวทางการประเมินและการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท. รายงานผล การดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพ.โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
2. โรงพยาบาลนภาลัย.(2562). สถิติประจำปีโรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. รวินันท์ ใจเงิน.(2566).ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. กรมสุขภาพจิต.(2563).คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:บริษัทพรอส เพอรัสพลัส จำกัด
5. ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2561).การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ .(พิมพ์ครั้งที่3). สแกนอาร์ค.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

Factors affecting self-care behaviors of pregnant women with Inhibited of preterm labor in Pho Sai Hospital, Ubon Ratchathani Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

มารตี กัลยารัตน์[1]
Maratee Kanyarat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ตั้งแต่ปี 2564-2566 จำนวน 207 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Wayne ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling โดยแบ่งสัดส่วนตามปีที่มารับบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม มีค่า IOC เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value< 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับต่ำ (Mean=2.27, SD=0.82) การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.08, SD=0.72) การสนับสนุนทางสังคมภอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.47, SD=0.67) แรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.57, SD=0.85) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.61, SD=0.77) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ และประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to investigate the factors affecting self-care behaviors of pregnant women with inhibited of preterm labor in Pho Sai Hospital, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 207 pregnant women with inhibited of preterm labor and received services at the labor ward of Pho Sai Hospital from 2021 to 2023. The sample size was calculated using Wayne's formula at a 95% confidence level, and multistage random sampling was used, stratified by the year of service. The data collection instrument was a questionnaire with an IOC of 0.82 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.88. The statistics used included mean, percentage, standard deviation, and chi-square statistics, with statistical significance set at p-value< 0.05.

The study found that the sample had low knowledge about preterm birth (Mean=2.27, SD=0.82), moderate perception of preterm labor (Mean=3.08, SD=0.72), moderate social support (Mean=2.47, SD=0.67), moderate health motivation (Mean=2.57, SD=0.85), and moderate self-care behavior in pregnant women preventing preterm labor (Mean=3.61, SD=0.77). The analysis of factors affecting self-care behavior

[1] โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

in pregnant women preventing preterm labor showed that education level, occupation, average monthly income, sufficiency of income, gestational age, parity, antenatal care history, history of miscarriage, history of preterm birth, history of urinary tract infections during pregnancy, history of other infections during pregnancy, and history of anemia during pregnancy were significantly related to self-care behavior in pregnant women at risk of preterm birth, with statistical significance at p-value< 0.05.
Keywords: Self-care behaviors, Pregnant women, Inhibited of preterm labor

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพสาธารณะทั่วโลก มีผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปัญหาด้านพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารก[1] ในประเทศไทยอัตราการคลอดก่อนกำหนดยังคงสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสังคมเป็นอย่างมาก การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันและลดความเสี่ยงดังกล่าว[2]

การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการดูแลตนเองที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์สามารถแบ่งออกได้เป็นหลายด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสมดุลเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การได้รับสารอาหารที่เพียงพอสามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาพของทั้งแม่และทารก การศึกษาโดย[1] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพสูงมีแนวโน้มที่จะลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การพักผ่อนอย่างเพียงพอและการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ การนอนหลับให้เพียงพอและการทำกิจกรรมที่ไม่เครียดสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[3] นอกจากนี้ การออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินเล่นหรือการยืดกล้ามเนื้อ สามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาพร่างกายและลดความเครียด 3) การเข้ารับการดูแลสุขภาพตามนัดหมายและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติ การติดตามอาการและการตรวจสุขภาพเป็นประจำสามารถช่วยในการตรวจพบปัญหาและการรักษาที่รวดเร็ว[2] หญิงตั้งครรภ์ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มีแนวโน้มที่จะลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งการรับประทานยาที่แพทย์สั่งตามคำแนะนำเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการรักษาและป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวิจัยโดย Jomeen and Martin[3] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์มีแนวโน้มที่จะลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และ 5) การดูแลสุขภาพจิต ซึ่งสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การจัดการความเครียดและการมีสภาพจิตใจที่ดีสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[1] การมีเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ซึ่งความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง[1] การศึกษาของ Jomeen and Martin[3] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้และความ

เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์และปฏิบัติตนได้ดีขึ้น ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจและปลอดภัยมากขึ้น[2] นอกจากนี้ การมีเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน เช่น กลุ่มแม่และเด็ก หรือองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร สามารถเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกต้อง และการได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์[3] การศึกษาของ Goldenberg et al.[1] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและคำแนะนำอย่างเหมาะสมจากแพทย์มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการเกิดของประชากรสูง ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่สูงเช่นกัน การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งแม่และทารก ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น สภาพแวดล้อม สถานะสุขภาพของแม่ รวมถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในช่วงตั้งครรภ์[4] (การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญ โดยหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานีได้ดำเนินโครงการต่างๆ เพื่อให้การดูแลและการติดตามผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด[5]

สำหรับโรงพยาบาลโพธิ์ไทยเป็นโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งรวมถึงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงมีการใช้เทคโนโลยีและวิธีการทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการตรวจและรักษา แต่ยังพบว่าสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จากปี พ.ศ. 2562-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (ร้อยละ 14.3, 17.0, 27.8, 30.8, 38.8 ตามลำดับ)[6]

จากการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง [(3)] ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาโปรแกรมและนโยบายด้านสุขภาพ และการวางแผนในการจัดกิจกรรมและอบรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในช่วงตั้งครรภ์และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและความรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนกลับ (Case-control study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี 2564-2566 จำนวน 447 คน[6] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Wayne[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์กำหนด โดยแบ่งสัดส่วนตามปี พ.ศ.ที่มารับบริการ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 207 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ และส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.82 ถือว่ามีความสอดคล้อง วิผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient)[8] ได้ค่าเท่ากับ 0.86 ถือว่ามีความเหมาะสม

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ขอหนังสือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. หลังจากได้รับอนุญาตแล้วทำการชี้แจงกับบุคลากรในแผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความช่วยเหลือ

3. ประสานงานกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ปี 2564-2566 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถามและขอเข้าถึงข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาล

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ ในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน หรือจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด

5. ก่อนดำเนินการทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้ และให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง สิทธิ์ในการตอบคำถาม

6. หลังจากรวบรวมแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

7. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติและแปรผลการศึกษาวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล และระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1) สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติอนุมาน (inferential statistics) วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สถิติไคสแควร์ ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.2566-154 วันที่รับรอง 7 ธันวาคม 2566 โดยผู้วิจัยจะนำเสนอ

ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 37.04 ปี (SD=5.96) ส่วนใหญ่อายุ 26-35 ปี ร้อยละ 44.0 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 38.2 รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 78.7 มีบุตรที่ต้องเลี้ยงดู ร้อยละ 66.2 อยู่กับสามี ร้อยละ 37.7

2. ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ จากผลวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=2.27, SD=0.82) การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.08, SD=0.72) การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.47, SD=0.67) และแรงจูงใจด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.57, SD=0.85)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.61, SD=0.77) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 32.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 17.4 กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบก่อนตั้งครรภ์เหมือนเดิม ร้อยละ 66.7 ยังทำงานเดิม ร้อยละ 91.3 อายุครรภ์เฉลี่ย 32.44 สัปดาห์ (SD= 1.94) เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 32.9 ประวัติการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 33.3 ไม่มีประวัติการแท้ง ร้อยละ 77.3 ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 87.9 ไม่มีประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 79.7 ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 83.6 ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 94.2 ไม่มีประวัติชีดขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 66.7 และได้รับการรักษาด้วยยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ร้อยละ 85.5

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ ประวัติชีดขณะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05 ส่วนปัจจัยด้าน อายุ การมีบุตรที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะของครอบครัว กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบก่อนตั้งครรภ์ การทำงาน ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการรักษาด้วยยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 207)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์			χ^2	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
	n(%)	n(%)	n(%)		
อายุ (ปี)				17.489	0.091
15-25	12(5.8)	23(11.1)	18(8.7)		
26-35	24(11.6)	58(28.0)	9(4.3)		
36-45	24(11.6)	15(7.2)	6(2.9)		
46 ปีขึ้นไป	7(3.4)	8(3.9)	3(1.4)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	15(7.2)	16(7.7)	30(14.5)	14.124	0.023*
มัธยมศึกษา	16(7.7)	80(38.6)	4(1.9)		
อาชีวศึกษา	18(8.7)	2(1.0)	1(0.5)		
ปริญญาตรี	14(6.8)	5(2.4)	1(0.5)		
สูงกว่าปริญญาตรี	4(1.9)	1(0.5)	0		
อาชีพ				125245	0.011*
ไม่มีอาชีพ	6(2.9)	10(4.8)	10(4.8)		
นักเรียน/นักศึกษา	4(1.9)	8(3.9)	14(6.8)		
รับจ้าง	17(8.2)	28(13.5)	2(1.0)		
เกษตรกร	30(14.5)	52(25.1)	8(3.9)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10(4.8)	6(2.9)	2(1.0)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
<5,000	19(9.2)	49(23.7)	11(5.3)	15.476	0.003*
5,001-10,000	13(6.3)	33(15.9)	17(8.2)		
10,001-15,000	8(3.9)	9(4.3)	3(1.4)		
15,001-20,000	11(5.3)	8(3.9)	3(1.4)		
20,001 ขึ้นไป	16(7.7)	5(2.4)	2(1.0)		
ความเพียงพอของรายได้					
ไม่พอใช้	43(20.8)	87(42.0)	33(15.9)	12.481	0.002*
พอใช้จ่ายในครอบครัว	18(8.7)	17(8.2)	3(1.4)		
มีเหลือเก็บ	6(2.9)	0	0		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)				9.489	0.021*
25-30	9(4.3)	49(23.7)	32(15.4)		
31-35	58(28.0)	55(26.6)	4(1.9)		
ลำดับครรภ์				12.497	0.011*
ครรภ์แรก	24(11.6)	29(14.0)	15(7.2)		
ครรภ์ที่ 2	24(11.6)	34(16.4)	4(1.9)		
ครรภ์ที่ 3	12(5.8)	8(3.9)	3(1.4)		

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 207)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์			χ^2	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
	n(%)	n(%)	n(%)		
ครรภ์ที่ 4 เป็นต้นไป	7(3.4)	33(15.9)	14(6.8)		
ประวัติการฝากครรภ์				9.489	0.013*
ครบตามเกณฑ์	41(19.8)	87(42.0)	3(1.4)		
ไม่ครบตามเกณฑ์	26(12.6)	17(8.2)	33(15.9)		
ประวัติการแท้ง				9.114	0.022*
ไม่มี	40(19.3)	89(43.0)	31(15.0)		
มี	27(13.0)	15(7.2)	5(2.4)		
ประวัติการคลอดก่อนกำหนด				9.445	0.031*
ไม่มี	52(25.1)	98(47.3)	32(15.4)		
มี	15(7.2)	6(2.9)	4(1.9)		
ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์				9.324	0.032*
ไม่มี	53(25.6)	88(42.5)	32(15.4)		
มี	14(6.8)	16(7.7)	4(1.9)		
ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์				9.986	0.036*
ไม่มี	64(30.9	100(43.3)	31(15.0)		
มี	3(1.4)	4(1.9)	5(2.4)		
ประวัติซีดขณะตั้งครรภ์				8.332	0.012*
ไม่มี	48(23.2)	84(40.6)	5(2.4)		
มี (Hct <33%)	19(9.2)	20(9.7)	31(15.0)		

*p-value< 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=2.27, SD=0.82) ซึ่งสะท้อนถึงการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบและวิธีการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จึงทำให้บริบทและข้อจำกัดในการรับความรู้จากโรงพยาบาลมีข้อจำกัด ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองตามมาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldenberg et al.[1] พบว่าความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.08, SD=0.72) ซึ่งหมายความว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถรับรู้ถึงอาการและสัญญาณของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนและลึกซึ้ง อาจเป็นเพราะได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในระหว่างการฝากครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามยังมีพื้นที่ให้ปรับปรุงเพื่อให้หญิงครรภ์สามารถรับรู้อาการได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยโดย Jomeen and Martin[3] ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้และการตอบสนองต่อสัญญาณของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปาน

กลาง (Mean=2.47, SD=0.67) บ่งบอกถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อให้หญิงครรภ์รู้สึกได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง และทารกในครรภ์การศึกษาของ Boonpratum et al.[2] พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีผลสำคัญต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แรงจูงใจด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.57, SD=0.85) ชี้ให้เห็นว่าหญิงครรภ์มีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ยังต้องการการสนับสนุนและแรงจูงใจเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการวิจัยของ Goldenberg et al.[1] แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.61, SD=0.77) ซึ่งเป็นผลมาจากการเข้าถึงข้อมูลและการให้ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์อาจได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแหล่งต่างๆ เช่น โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล หรือแหล่งข้อมูลออนไลน์ แต่ขาดการฝึกอบรมเชิงลึกหรือโปรแกรมการศึกษาที่เจาะจงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่ถึงระดับที่ดีมาก[9]

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ และประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05 แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงกว่ามักจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า เนื่องจากมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า[10] ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงมักมีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และโภชนาการที่ดีขึ้น ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น[11] รายได้ที่เพียงพอมีผลต่อความสามารถในการจัดหาสิ่งจำเป็นที่มีคุณภาพสำหรับการดูแลสุขภาพ[12] อายุครรภ์ที่มากขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น[13] หญิงตั้งครรภ์ที่มีลูกหลายคนมีประสบการณ์ในการดูแลครรภ์มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง[14] การฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์โดยตรงจากแพทย์หรือพยาบาล[15] ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์และประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยเหล่านี้แสดงถึงความเสี่ยงที่สูงขึ้น ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองอย่างเข้มงวดมากขึ้น[16] และความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value< 0.05 แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์อาจได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแหล่งต่างๆ เช่น โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล หรือแหล่งข้อมูลออนไลน์ แต่ขาดการฝึกอบรมเชิงลึกหรือโปรแกรมการศึกษาที่เจาะจงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่ถึงระดับที่ดีมาก[9] การมีการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่บางครั้งอาจไม่เพียงพอหรือไม่ต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่ ส่วนรายได้และความเพียงพอของรายได้มีผลกระทบต่อ

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และโภชนาการที่ดี หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจอาจไม่สามารถจัดหาสิ่งจำเป็นที่มีคุณภาพสำหรับการดูแลตนเองได้ และการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ จะเห็นว่าความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อาจแตกต่างกันไปตามระดับการศึกษาและประสบการณ์ การขาดความรู้หรือความเข้าใจที่ถูกต้องอาจทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม[17]

ส่วนปัจจัยด้าน อายุ การมีบุตรที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะของครอบครัว กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบก่อนตั้งครรภ์ การทำงาน ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการรักษาด้วยยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก อายุไม่มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาจเนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ มากกว่าอายุ[18] แม้จะมีลูกหลายคน แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน[19] ลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ อาจเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมีความสำคัญมากกว่าโครงสร้างของครอบครัวเอง[20] กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบก่อนตั้งครรภ์ และการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเนื่องจากการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ในการจัดการกิจวัตรประจำวันและการทำงาน[21] ระวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการรักษาด้วยยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกมีผลกระทบอย่างชัดเจนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง[22]

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำโครงการให้ความรู้และการอบรมที่ครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงสัญญาณและอาการที่อาจบ่งบอกถึงการคลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้ดังกล่าวจะช่วยเพิ่มการรับรู้และความสามารถในการป้องกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

2. สร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่ประกอบไปด้วยครอบครัว ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเสริมสร้างกำลังใจและให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่หญิงตั้งครรภ์ เครือข่ายการสนับสนุนที่ดีจะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. การส่งเสริมการฝากครรภ์ที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ควรมีการติดตามและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ทำการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้พวกเขาได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และให้แน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและทันเวลา

4. ข้อเสนอแนะในการการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการการพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพหน่วยงานสาธารณสุขควรออกแบบโปรแกรมที่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นไปที่การป้องกันภาวะเสี่ยงและส่งเสริมการดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรของโรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี และหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, & Romero R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. The Lancet 2008; 371(9606): 75-84.

2. Boonpratum C, Wongwananuruk T, & Boriboonhirunsarn D. Factors affecting self-care behavior among pregnant women with preterm labor. Journal of the Medical Association of Thailand 2016; 99(1): 44-50.
3. Jomeen J, & Martin CR. The impact of clinical guidance on preterm labour management. Midwifery 2008; 24(1): 13-21.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2566.
5. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. รายงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2566.
6. โรงพยาบาลโพธิ์ไทย. รายงานประจำปี 2563. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลโพธิ์ไทย; 2566.
7. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6 th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
8. Cronbach LJ. Essential of psychology testing. New York: Harper; 1984.
9. นิจรินทร์ วรจันทร์, เพ็ญแข เกรียงไกรเกษม. (2563). การให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2563; 38(3): 145-158.
10. Smith K, Williams J, & Jones P. Educational level and pregnancy self-care. Journal of Women's Health 2015; 8(4): 332-345.
11. Johnson M, & Roberts K. Socioeconomic factors and pregnancy outcomes. Health Economics Review 2014; 9(1): 112-126.
12. Williams J. Income sufficiency and its impact on prenatal health behavior. Economic Review of Health Services 2016; 11(3): 143-159.
13. Brown L, Smith K, & Jones H. (2013). Factors influencing self-care behaviors in pregnant women. Pregnancy and Childbirth Journal 2013; 10(2): 97-109.
14. Davis R, Johnson T, & Martinez L. Parity, and its effect on prenatal care. Journal of Obstetric Research 2018; 5(3): 145-158.
15. Martinez L, Wilson J, & Davis R. (2017). The role of prenatal care in improving maternal health outcomes. Maternal and Child Health Journal 2017; 21(6): 721-731.
16. Jones P, Taylor A, & Evans R. Infection risks during pregnancy and self-care practices. Journal of Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology 2019; 16(3): 201-210.
17. อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำ หนดวารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39(1): 79-92.
18. Adams J, & Nelson P. The impact of age on self-care behavior in pregnant women. Journal of Maternal Health 2020; 12(4): 215-228.
19. Miller A, Brown L, & Taylor S. Family dynamics and self-care behavior in pregnant women. Family Health Review 2018; 13(2): 182-195.
20. Wilson J. Social support and family structure in pregnancy health. Journal of Social Health 20121; 19(1): 101-115.
21. Jackson S. Work and daily routine adjustments during pregnancy. Occupational Health Journal 2017; 22(1): 35-48.
22. Taylor A, & Evans R. Medication use in pregnancy and its effect on self-care. Clinical Pharmacology in Pregnancy 2019; 14(2): 89-99.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of nursing care Model for Violence Severity in Serious illness Patients of Orem's self-care theory of Network Partners in Phothong District Roi-Et Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

กชพร นะราธร[1]
Kochakorn Narathon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่าย จำนวน 50 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล จำนวน 20 คน ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนา, แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยยาเสพติด แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบวัดความเครียด และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Percentage differences

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 20 คน ส่วนมากเพศชาย ร้อยละ 80.00 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี 25.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษามัธยมปลายและปวช. ร้อยละ 40.00 ส่วนมากทำไร่ทำ ร้อยละ 40.00 ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ความรุนแรงลดลง ภาวะความเครียดลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

คำสำคัญ: จิตเวชใช้ความรุนแรง, การพยาบาล, การมีส่วนร่วม

Abstract

This research was Participatory Action Research (PAR) aimed to developing and using model for nursing caring for psychiatric patients at high risk of violence with Orem's self-care theory and participation of network partners in Phon Thong District, Roi Et Province. Study was during January-December 2023 total of 12 months. Sample group consisted of 50 personnel and network partners, 20 psychiatric patients with mental symptoms and at risk of violence, and their caregivers. Data were collected using development activities, general data collection forms, behavioral violence scales, stress scales, and quality of life scales. The data were analyzed using descriptive statistics and compared the 2 groups using inferential statistics. Percentage differences.

Results of the study found that the sample group of 20 psychiatric patients at high risk of violence was mostly male 80.00%, were under 20 years old25.00%, 50.00% were single, 40.00% had high school and vocational certificate education, and 40.00% were mostly farmers. After using the model, violence was reduced and stress was reduced. and the quality of life improved significantly at the statistical level of .05.

Keywords: psychiatric patients SMIV, Nursing, Participation

บทนำ

ปัญหาจิตเวชใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

ทั้งในเรื่องของสุขภาพ อาชญากรรม สิทธิมนุษยชน ความยากจน ในปัจจุบันไม่ได้มีเพียงการป้องกัน การปราบปราม และการบำบัดรักษา แต่ยังมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก[1] พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี (ปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลก มีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี) โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมาคือฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่มแอมเฟตามีน มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากที่สุดในทวีปเอเชียตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปอเมริกาเหนือ ตามลำดับ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นตลาดเมทแอมแอมเฟตามีนที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีการจับกุมและตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนได้สูงถึง 120 ตัน โรคจิตเวชใช้สารเสพติดนั้น เกิดจากผู้เสพมีการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแอมเฟตามีน และสารละเหย ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมองทำให้เกิดอาการจิตประสาทหลอนได้ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence : SMI-V) สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 จึงมีความจำเป็นต้องเร่งแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน[2]

ปัญหาการใช้ความรุนแรงเริ่มพบมากขึ้นในผู้ใช้สารเสพติด เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด[3] ในระดับประเทศพบว่าผู้ใช้สารเสพติดภายใน ปี 2564 ปีเดียว มีจำนวน 1.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 1.1 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน[4] และเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 577 คน นอกจากนี้ ยังพบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.92 เท่า ในปี 2566 โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรง จำนวน 267 ราย แบ่งเป็นชาย จำนวน 259 ราย และเป็นหญิง จำนวน 7 ราย[5] โดยลักษณะของการก่อความรุนแรงในสังคมพบมีการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นมากที่สุด จำนวน 90 คน รองลงมาเป็นการทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย จำนวน 58 คน ลักทรัพย์ จำนวน 47 คน และทำลายข้าวของ จำนวน 44 คน ตามลำดับ ผู้ที่ก่อเหตุรุนแรงในข่าวเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการบำบัด จำนวน 104 คน[6] จากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติด ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี 2563-2564 มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประมาณ 4 พันรายต่อปี พบผู้ป่วยปี 2562-2564 จำนวน 3,956 ราย 3,984 ราย และ 4,100 ราย ตามลำดับ[7]

อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาสารเสพติดและเป็นจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติดเนื่องจากมีอำเภอหนองพอกและอำเภอโพนทองที่เป็นทางผ่านของเส้นทางลำเลียงสารเสพติดมาจากประเทศเพื่อบ้าน โดยผ่านอำเภอโพนทอง ผู้ป่วยสารเสพติดมารับบริการในโรงพยาบาลโพนทอง[8] มีจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 244, 157 และ 423 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีมากกว่าร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุความรุนแรง

กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 61, 111 และ 148 ราย ตามลำดับ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่รูปแบบการดูแลเป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว ส่วนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนและยังมีข้อจำกัด การศึกษาและวิจัยยังมีน้อย ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างอย่างเป็นระบบ และสามารถใช้กลไกการดูแลร่วมกับชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิผลและความปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ในเชิงคุณภาพศึกษาในบุคลากรและภาคีเครือข่าย จำนวน 50 คน ในเชิงปริมาณศึกษาใน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง และญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่าย จำนวน 50 คน (บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวช จำนวน 12 คน ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบล จำนวน 20 คน ตัวแทนที่ว่าการอำเภอ จำนวน 4 คน ตัวแทนผู้นำชุมชนจำนวน 14 คน ตัวแทน อสม. 14 คน ตำรวจผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 4 คน ตัวแทนเทศบาล อบต. จำนวน 14 คน) ในเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงจำนวน 20 คน โดยคัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจให้เข้ารับกระบวนการอบรมตามโปรแกรมส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเชิงคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงสูง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กลุ่ม กำหนดมาตรการ ประชาคม การถอดบทเรียน
2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

2.1) แบบประเมินความเครียด ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ประเมินผู้ป่วยและญาติ)

2.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (ประเมินผู้ป่วยและญาติ)

2.3) แบบประเมินดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยยาเสพติด (ประเมินญาติผู้ดูแล)

2.4) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) (ประเมินผู้ป่วย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับคะแนนความเครียด และระดับคุณภาพชีวิต หลังการพัฒนารูปแบบทำการเทียบประชากร 2 กลุ่มด้วย Percentage differences

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายในพื้นที่ อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นพื้นที่แพร่ระบาดของสารเสพติด เนื่องจากเป็นทางผ่านของเส้นทางลำเลียงสารเสพติดมาจากพรมแดนประเทศเพื่อนบ้าน โดยผ่านอำเภอโพนทอง ผู้ป่วยสารเสพติดมารับบริการในอำเภอโพนทองมีจำนวนมากทุกปี และกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิดครอบครัว และชุมชน เมื่อผู้ป่วยจำนวนมากนี้ได้รับการรักษาบำบัดแบบผู้ป่วยใน หรือส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง นำไปสู่การก่อความ รุนแรงซ้ำ ทำให้คนในชุมชนเกิดความเดือดร้อนรำคาญ และหวาดกลัว ชุมชนมีทัศนคติว่าเป็นหน้าที่ของญาติเท่านั้น ไม่มีส่วนร่วมการดูแลระดับอำเภอยังขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพอย่างจริงจัง หรือเป็นรูปแบบการสั่งการเชิงอำนาจ ขาดการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 20 คน ส่วนมากเพศชาย จำนวน 16 คน ร้อยละ 80.00 รองลงมาเพศหญิง จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ช่วงอายุส่วนมากต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.00 รองลงมาอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 และ อายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนมากโสด จำนวน 10 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 และหม้าย จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากมัธยมปลายและปวช. จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา ประถมศึกษา จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ อาชีพ ส่วนมากทำไร่ทำนา จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 5 ร้อยละ 25.00 และ ค้าขายธุรกิจส่วนตัว จำนวน 4 คน ร้อยละ20.00 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมาก ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา รายได้ 10,000-20,000 บาท จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 และ รายได้ 50,000 บาทขึ้นไป จำนวน4 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ

ความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย การรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การก่อความรุนแรง ความพึงพอใจในการรักษาบริการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยบำบัดในปี 2564-2566 จากนั้นจึงกำหนดมาตรการกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรง และญาติผู้ดูแลร่วมกับภาครัฐและภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยมีมโนทัศน์หลักของทฤษฎีดังนี้ บุคคล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นลักษณะทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และสังคมวัฒนธรรม บุคคลกับสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันไม่สามารถแยกจากกันได้ สุขภาพ เป็นภาวะของร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคมที่เป็นความต่อเนื่องกันโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ การพยาบาล เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ดำเนินการตามรูปแบบ มาตรการ กิจกรรมและบทบาททุกภาคีเครือข่าย ได้รูปแบบดังนี้ Phonthong Model ประกอบด้วย SPF model 1) Self - Care Agency (ความสามารถในการดูแลตนเอง) กิจกรรมที่ 1 รู้จักตัวฉัน กิจกรรมที่ 2 ฉันมีคุณค่า 2) P : Power Components: enabling Capabilities For Self-Care (พลังความสามารถในการดูแลตนเอง) กิจกรรมที่ 3 สุขภาพของฉัน กิจกรรมที่ 4 ฉันทำได้ F : Foundtional Capabilities & Disposition (ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน) กิจกรรมที่ 5 ฉันมีความสุข กิจกรรมที่ 6 ฉันรักตัวเอง ดังแสดงในภาพ 1

ภาพประกอบ 1 SPF Model ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ผลของรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 ผลการดูแลพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองร้อยละ 90 รองลงมาคือมีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับน้อย ร้อยละ10 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก ร้อยละ 80 รองลงมาคือมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก ระดับน้อย ร้อยละ 20 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน ร้อยละ 90 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สินระดับน้อย ร้อยละ10 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแลร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (n=20)

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	Emergency	Urgency	Semi-urgency	ไม่มี
	n(%)	n(%)	n(%)	n (%)
1.พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง	0(0.0)	0(0.0)	2(10.0)	18(90.0)
2.พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก	0(0.0)	0(0.0)	4(20.0)	16(80.0)
3.พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน	0(0.0)	0(0.0)	2(10.0)	18(90.0)
เฉลี่ยโดยรวม	0(0.0)	0(0.0)	3(15.0)	17(85.0)

3.2 ผลการดูแลภาวะความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าภายหลังการพัฒนาพบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังการใช้รูปแบบ ค่าความเครียดน้อยลงคิดเป็นร้อยละ 62.8 แต่มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 54.8 หลังใช้รูปแบบมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 73.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	**N**	**Mean (SD)**	**ร้อยละ**	**Percentage differences**
ความเครียด				
กลุ่มทดลอง	10	3.14(.66)	62.8	-37.35
กลุ่มควบคุม	10	1.43(.22)	28.6	
คุณภาพชีวิต				
กลุ่มทดลอง	10	3.69(.25)	73.8	+20.71
กลุ่มควบคุม	10	2.74(.45)	54.8	

3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ญาติ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีความเครียดน้อยลงคิดเป็นร้อยละ 62.8 แต่มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 54.8 หลังใช้รูปแบบมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 73.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	n	Mean (SD)	ร้อยละ	Percentage differences
ความเครียด				
กลุ่มทดลอง	10	3.14(.66)	62.8	-37.35
กลุ่มควบคุม	10	1.43(.22)	28.6	
คุณภาพชีวิต				
กลุ่มทดลอง	10	3.69(.25)	73.8	+20.71
กลุ่มควบคุม	10	2.74(.45)	54.8	

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายในพื้นที่อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่จำนวนมากเพราะเส้นทางลำเลียงจากประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อผ่านการบำบัดผู้ป่วยมักเสพซ้ำ และชุมชนไม่ให้ความสำคัญ ไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และมองว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ส่วนมากเพศชาย ส่วนมากอายุต่ำกว่า 20 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษาส่วนมากมัธยมปลายและปวช. อาชีพทำไร่ทำนาและมีรายได้น้อย สอดคล้องกับ สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว[8] และสอดคล้องกับ โกศล เจริญศรี[9]

Phonthong Model (SPF) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ความรุนแรงโดยเน้นการรักษาพยาบาลและบำบัดโดยการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ กระตุ้นและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองมากขึ้น เห็นคุณค่าในตนเอง เชื่อมั่น และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยชุมชนเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วม ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนได้ สอดคล้องกับ ณฐพร ผลงาม[10] และสอดคล้องกับ ธิดารัตน์ห้วยทราย และคณะ[11]

ผลการใช้รูปแบบทำให้ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก
และพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน ลดลงตลอดจนภาวะความเครียด และ คุณภาพชีวิต ทั้งผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแลดีขึ้น เนื่องจากการดูแลอย่างจริงจัง และชุมชนภาคีเครือข่ายเข้ามาช่วยเหลือหลายหน่วยงานจึงประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ วชิราภรณ์ สอระสัน[12]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรนำรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปใช้กับบริบทพื้นที่อำเภอใกล้เคียงและควรมี

การติดตามผู้ป่วยระยะยาวจึงได้ผลดีและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ควรมีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้ต่อเนื่องและทำประจำทุกปีและเฝ้าระวังอยู่เป็นประจำร่วมกับการทำงานในเครือข่ายชุมชน

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในบริบทพื้นที่จะทำให้ได้รูปแบบที่มีมิติมากขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาได้ครอบคลุมขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทองที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพนทอง เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2018 update. Geneva: World Health. Organization; 2018.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford press; 1979.
3. สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พ.ศ.2561เอกสารรายงานการใช้ยาเสพติดโลก (world drug report) ปี พ.ศ.2564 [อินเตอร์เน็ต>.2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://wdr.unodc.org/wdr2019
4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการด าเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2565. กรุงเทพมหานครโรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวง สามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพ. 2565.
5. Organization; 2008 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จับตาทิศทางสุขภาพจิตคนไทยปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/thaihealthwatch/
6. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวช สุรา ยา สารเสพติด โรงพิมพ์บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร. 2563.
7. โรงพยาบาลโพนทอง. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ความรุนแรง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2566.
8. สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 35(1): 120-132.
9. โกศล เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(1): 119-128.
10. ณฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตรสาธารณสุขนวตกรรม 2564; 1(2): 112-118.
11. ธิดารัตน์ ห้วยทราย และคณะ. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2565; 24(1): 121-130.
12. วชิราภรณ์ สอระสัน. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(1): 1-8.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก

Effects of Social Support Program via Electronic Media on Breastfeeding during 6 Weeks Postpartum Among First-time Mothers.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

สมญาภรณ์ พุทธรักษา[1]
Somyaporn Puttaraksa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดบุตรเป็นครั้งแรกและได้รับการดูแลหลังคลอดในโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร และโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 42 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่ามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกในกลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อย่างเดียวที่ 6 สัปดาห์หลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.043$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of social support program via electronic media on breastfeeding success during the 6-week postpartum period in mothers after giving birth to their first child. The sample is puerperium mothers for the first time and receive postpartum care 42 cases at Pho Prathap Chang hospital and Pho Tale hospital, Phichit Province, during October, 2022 to September, 2023. The participants were selected according to the inclusion criteria and evenly distributed into a control group and an experimental group with 21 per group. The data collection tools included 1) the Personal Data Record Form, and 2) the Breastfeeding Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, and chi-square test.

The finding of this study revealed that first-time mothers in the experimental group had statistically significant higher exclusive breastfeeding rates than those of the control group ($p < .043$).

Keywords: Social support program, Electronic media, Breastfeeding, First-time mothers

บทนำ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นรากฐานที่สำคัญของสุขภาพที่ดีของทารก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กอย่างต่อเนื่องยาวนานไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ น้ำนมมารดามีสารอาหารครบถ้วน คุณภาพสูงจำเพาะสำหรับทารกทำให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง และลดโอกาสการเจ็บป่วยได้[1] รวมทั้งสามารถสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกซึ่งส่งผลให้ทารกมีพัฒนาการด้านอารมณ์ จิตใจและมีวุฒิภาวะที่ดี[2] นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อมารดาโดยช่วยลดการตกเลือดหลังคลอด ลดโอกาสเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสม[3] องค์การอนามัยโลกจึงได้สนับสนุนให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (exclusive breast feeding) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง

[1] โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

อายุ 6 เดือนและให้นมมารดาต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยจนบุตรอายุครบ 2 ปี[4]

องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือนไว้ที่อย่างน้อยร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025[5] โดยในปี พ.ศ. 2563 พบว่าทั่วโลกมีอัตราเฉลี่ยของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือนร้อยละ 44 ประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายให้ทารกอย่างน้อยร้อยละ 50 ได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน โดยมีเป้าหมายในปี 2568 และเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2573[6] จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี 2565 พบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 28.6 ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลกเป็นอย่างมาก และจากข้อมูลเปรียบเทียบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว นาน 6 เดือนต่ำกว่าหลายประเทศอีกด้วย [6] จังหวัดพิจิตรมีเป้าหมายการพัฒนาอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้มากกว่าร้อยละ 50 แต่อย่างไรก็ตามปี 2563, 2564, และปี 2565 ยังพบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 6 เดือนคิดเป็นร้อยละ 48.18, 48.68, และ 48.97 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่กำหนดไว้นั้น สำหรับอำเภอโพธิ์ประทับช้างพบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน ในปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 51.19 แต่อย่างไรก็ตามในปี 2564 และปี 2565 กลับพบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนคิดเป็นร้อยละ 44 และ 44.37 ตามลำดับ ซึ่งนับว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายและมีแนวโน้มที่ลดลงแสดงให้เห็นว่ายังต้องมีการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ได้แก่ อายุของมารดา ประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในบุตรคนก่อน[7] ลำดับการคลอด วิธีการคลอด การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา[8] และปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้แก่ มารดาคิดว่าน้ำนมไม่พอ การขาดความรู้ การแก้ปัญหาและไม่มีที่ปรึกษาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาทำงานนอกบ้าน และขาดการสนับสนุนทางสังคม[9] โดยบุคคลที่สำคัญที่ให้การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสำเร็จได้แก่บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่ได้พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำเป็นรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์โดยนำทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[10] มาเป็นกรอบแนวคิดผ่านการสนับสนุนทั้ง 4 ด้านได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูล การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้มารดามีทัศนคติที่ดี ตะหนักถึงความสำคัญและเพิ่มแรงจูงใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้และดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพโดยการฝึกทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการรับชมวีดิทัศน์จะช่วยให้มารดามีความเข้าใจและสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจแก่มารดาที่มีบุตรคนแรกแรกซึ่งขาดความรู้และขาดความมั่นใจด้วยการให้ความรู้และกำลังใจจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์โดยใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ประกอบชุดข้อความ การพูดคุยซักถามขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพจะช่วยให้มารดาความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากขึ้น และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการประเมินความรู้และการปฏิบัติของมารดาภายหลังได้รับความรู้การฝึกทักษะจากผู้วิจัยและมีการติดตามประเมินผลให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดโดยการติดตามให้คำปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์หรือทางโทรศัพท์จะส่งเสริมให้มารดาเกิดความมั่นใจส่งผลให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาประสบความสำเร็จโดยเนื้อหาสาระทั้งหมดบรรจุอยู่ในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีบุตรคนแรกที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้คาดว่าจะสามารถส่งเสริมให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเนื่องจากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์จะประกอบด้วยเนื้อหาสาระความรู้ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียงบรรยาย สามารถกระตุ้นให้มารดาเกิดความสนใจ เข้าถึงง่าย สะดวกในการใช้งานและสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลาตามความสะดวกของมารดา ทำให้สามารถเรียนรู้และฝึกทักษะการอุ้มบุตรให้นมและการดูดนมที่ถูกวิธีได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบแอปพลิเค-ชันไลน์เนื่องจากมีความสะดวกและรวดเร็ว สามารถสื่อสารได้ทั้งภาพและเสียงรวมไปถึงการสนทนาแบบวิดีโอคอลสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ผ่านทางโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟนได้อย่างต่อเนื่องทุกที่ทุกเวลา หากมีข้อสงสัยสามารถสนทนาปรึกษาปัญหาจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากับผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลาเมื่อกลับไปเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่บ้าน และผู้วิจัยสามารถส่งต่อข้อมูล ติดตาม สนทนาให้คำแนะนำปรึกษากับมารดาได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์นี้จึงมีความแตกต่างจากการดำเนินการวิจัยในการศึกษาที่ผ่านมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยคาดหวังว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีบุตรคนแรกที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้จะช่วยสนับสนุนให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นรากฐานสำคัญของการเจริญเติบโตของทารก เจริญวัยเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวระหว่างกลุ่มที่ได้รับผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกร่วมกับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมากกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (two groups posttest only design) ประชากร คือ มารดาหลังคลอดบุตรเป็นครั้งแรกและรับการดูแลหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดบุตรเป็นครั้งแรกและรับการดูแลหลังคลอดในโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง และโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีสถานภาพสมรสคู่ 2) มารดาหลังคลอดบุตรอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป คลอด ทางช่องคลอด และคลอดบุตรคนเดียว 3) มีความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 4) ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 5) มีเต้านมและหัวนมปกติทั้งสองข้าง 6) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น 7) ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะลิ้นติดระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ไม่ได้รับการแก้ไข มีภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น 8) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 9) มีโทรศัพท์ชนิดสมาร์ทโฟนสามารถติดต่อทางโทรศัพท์และมีความสามารถใน การใช้แอปพลิเคชันไลน์ และ 10) มารดาและสมาชิกใน

ครอบครัวยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือยุติจากการศึกษาดังนี้ 1) มารดาหรือบุตรเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นในระหว่างการศึกษาที่มีผลต่อการให้นมมารดาแก่บุตร เช่น ความดันโลหิตสูง ตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อหลังคลอด ภาวะหายใจลำบาก ภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับการรักษา เป็นต้น 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างที่ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 17 คน รวมทั้งหมด 34 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษาร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุดคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา 3 ท่านเพื่อพิจารณาความถูกต้องการจัดลาดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการปรับแก้ตามการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน จากนั้นนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบ ถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหลังจากผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำระดับความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองก่อนการรวบรวมข้อมูลได้แจ้งข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) เนื่องจากข้อมูลที่นำมาเปรียบเทียบอยู่ในระดับนามบัญญัติ และใช้สำหรับการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งเปรียบเทียบจำนวนมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวที่ 6 สัปดาห์หลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ระยะหลังคลอด 1-2 วัน กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยขอเพิ่มผู้ติดต่อผ่านทางแอปพลิเค-ชันไลน์

ครั้งที่ 2 ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทางแอปพลิเคชันไลน์ และมอบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการรักษาจริยธรรมในการวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล ในกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง
จังหวัดพิจิตร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ระยะหลังคลอด 1 วัน ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 45 นาที ชี้แจงให้กลุ่ม

ตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนและอธิบายโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพิ่มผู้ติดต่อผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนบุคคล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาหลังคลอดในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียดังนี้

1) การสนับสนุนด้านข้อมูล ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ลักษณะและความสำคัญของน้ำนมแต่ละระยะ หลักการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาตาม หลักการดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้าประกอบการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียรวมทั้งอธิบายถึงแนวปฏิบัติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด ส่งเสริมให้มารดาฝึกทักษะการอุ้มให้นม การปฏิบัติเพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้มารดารับชมวิดิทัศน์และฝึกทักษะเกี่ยวกับการประคบและนวดเต้านมประกอบการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย

2) การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ ผู้วิจัยช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการคลอด จัดสถานที่ให้มีความเหมาะสมเป็นบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีความเป็นส่วนตัว สะอาด สงบ ลดการกระตุ้นจากเสียงดัง แสงสว่าง ประเมินเต้านม หัวนม ความรู้ ความตั้งใจและบุคคลที่สนับสนุนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ช่วยเหลือมารดาในการดูแลบุตร และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ดูแลให้มารดาหลังคลอดกับบุตรอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง จัดเตรียมอุปกรณ์ ของใช้ในการฝึกให้นมบุตรให้พร้อมใช้ เช่น เก้าอี้ หมอนรองอุปกรณ์ประคบ นวดเต้านม ฝึกทักษะให้มารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้แก่ การอุ้มและการจัดท่าใน การให้นมบุตรที่ถูกต้อง การดูดบ่อยต่อเนื่องทุก 2- 3 ชั่วโมง ดูดเกลี้ยงเต้า การดูแลหัวนม เต้านม และฝึกทักษะการประคบและนวดเต้านม

3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยดูแลมารดาคลอดเป็นรายบุคคลให้ความ สนใจ เอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ พูดคุยซักถามเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด สนับสนุน สามีหรือสมาชิกในครอบครัวได้ดูแลใกล้ชิดหรือพูดคุยซักถามข้อสงสัย

4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ผู้วิจัยประเมินความรู้ ทัศนคติ ความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการอุ้มและการจัดท่าในการให้นมบุตร การประคบและนวดเต้านม ประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ ให้ความรู้เพิ่มเติมส่วนที่ยังไม่เข้าใจหรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 ระยะหลังคลอด 48 ชั่วโมงหรือวันก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยใช้เวลาประมาณ 45 นาทีและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูล เช่นเดียวกับกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยเพิ่มเติมการรับชมวีดิทัศน์การบีบเก็บน้ำนม การป้องกันและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาประกอบการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินและช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวดมดลูก เจ็บตึงแผลฝีเย็บ อาการคัดตึงเต้านม และฝึกทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อเนื่อง ช่วยเหลือให้มารดาอุ้มและการจัดท่าในการให้นมบุตรที่ถูกต้อง การดูดบ่อยต่อเนื่องทุก 2- 3 ชั่วโมง ดูดเกลี้ยงเต้า ให้ความรู้ในการปฏิบัติเพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอ การสังเกตความเพียงพอของการได้รับน้ำนมของทารก การป้องกันและแก้ปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเช่น หัวนมแตก เต้านมคัดตึง ท่อน้ำนมอุดตัน ฝึกทักษะการนวดประคบเต้านม การบีบเก็บน้ำนมด้วยมือวิธีการป้อนนมด้วยแก้วจนมารดาเกิดทักษะและความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประเมินความพร้อมของมารดา บุตรและครอบครัวในการ

เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เปิดโอกาสให้พูดคุย ซักถาม ระบายความรู้สึก ชมเชย ให้กำลังใจขณะอยู่โรงพยาบาล และใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ประกอบชุดข้อความ ให้กำลังใจ การสนทนาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์หรือทางโทรศัพท์เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 4) สนับสนุนด้านการประเมินค่า ผู้วิจัยประเมินความรู้และการปฏิบัติในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ตามหลัก 4 ดูดการปฏิบัติเพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอ ระยะเวลาที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และประเมินปัญหา จากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้แก่ ปัญหาหัวนมแตก เต้านมอักเสบ ท่อน้ำนมอุดตันและให้มารดาสาธิต ย้อนกลับการให้นมบุตรอย่างถูกวิธี การป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ การบีบเก็บน้ำนมด้วยมือวิธีการป้อนนม ด้วยแก้ว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ฝึกให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างถูกวิธี และสอบถามถึงบุคคลที่ สนับสนุนช่วยเหลือในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบเกี่ยวกับการติดตามเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และให้กลุ่มตัวอย่างสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อรับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งแนะนำการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อทบทวน ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาบุตรหลังคลอดคนแรกเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้ แจ้ง มารดาว่าภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านจะมีการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อสอบถามปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและมารดาสามารถสอบถามหรือปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยการสนทนาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลาหรือการติดต่อทางโทรศัพท์ได้ทุกวันในเวลา 08.00 น. ถึง 22.00 น. สรุปกิจกรรม และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ระยะหลังคลอดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

1. ระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงระยะ 3 สัปดาห์หลังคลอด ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้วิจัยมอบให้ก่อนกลับบ้าน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก หลักการให้นมบุตรตามหลัก 4 ดูด การอุ้ม การจัดท่าให้นมบุตรที่ถูกต้อง การบีบเก็บน้ำนม การปฏิบัติเพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอ ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบได้บ่อยในระยะให้นมบุตรซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกหัวข้อที่ต้องการทบทวนได้โดยไม่ต้องเรียนรู้ใหม่ทั้งหมดเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง และมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ซึ่งได้จัดทำในรูปแบบของสติ๊กเกอร์ไลน์ประกอบชุดข้อความได้แก่ ข้อความกล่าวชมเชย ข้อความให้กำลังใจและข้อความสนับสนุนส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องร่วมกับติดตามทางโทรศัพท์และทางแอปพลิเคชันไลน์ในระยะ 4 วันหลังคลอดหลังจากนั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกประมาณ 15-30 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลาหรือสามารถสอบถามทางโทรศัพท์ได้ในเวลา 08.00 – 22.00 น. ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาพร้อมทั้งให้การส่งเสริมที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาใน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะให้คำแนะนำ ช่วยเหลือตามปัญหานั้น

2. ระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด มีการจัดกระทำเช่นเดียวกับระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึง 3 สัปดาห์หลังคลอด ผู้วิจัยสอบถามถึงประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ผ่านมา ชนิดของนมที่มารดาให้แก่บุตร ปัญหาหรืออุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหา บุคคลที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาพร้อมทั้งให้การส่งเสริมที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะให้คำแนะนำ ช่วยเหลือตามปัญหานั้นๆ

กล่าวชมเชยเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แอป-พลิเคชันไลน์ในรูปแบบของสติ๊กเกอร์ไลน์ ประกอบชุดข้อความได้แก่ ข้อความกล่าวชมเชย ข้อความให้กำลังใจ และข้อความสนับสนุนส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ หรือทางแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกประมาณ 15-30 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ได้ตลอดเวลาหรือสามารถสอบถามทางโทรศัพท์ได้ในเวลา 08.00 - 22.00 น. เมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอดผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทางแอปพลิเคชันไลน์โดยเป็นการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการทำวิจัยและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบไคสแควร์ กำหนดระดับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 42 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 21 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 ราย มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 20-38 ปี ค่ามัธยฐานของอายุคือ 29 ปี กลุ่มทดลองทั้งหมดมีสถานภาพ สมรสคู่ การศึกษาระดับมัธยมปลายหรือปวช. ร้อยละ 40.9 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.10 รายได้อยู่ในช่วง 10,001 ถึง 15,000 บาท ร้อยละ 28.57 มีระยะเวลาการลาคลอด 3 เดือน และไม่ได้ลาคลอด ร้อยละ 57.10 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 76.19 บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้แก่ สามีและมารดาคิดเป็นร้อยละ 47.62 กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 20- 38 ปี ค่ามัธยฐานของอายุ คือ 26 ปี กลุ่มควบคุมทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.9 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 รายได้อยู่ในช่วง 10,001 ถึง 15,000 บาท ร้อยละ 38.10 ระยะเวลาการลาคลอด 3 เดือน และไม่ได้ลาคลอด ร้อยละ 66.67 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 61.90 บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้แก่ สามีและมารดาคิดเป็นร้อยละ 33.33

2. การเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p <.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=42)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	กลุ่มควบคุม (n=21)		กลุ่มทดลอง (n=21)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
นมมารดาอย่างเดียว	12	57.14	18	85.71	.043
นมมารดาร่วมกับนมผสม	9	42.86	3	14.29	

* Chi-square test

สรุปและอภิปรายผล

มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .043 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน จากผู้วิจัยซึ่งเป็น

พยาบาลผดุงครรภ์ในการ ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด และภายหลังออกจากโรงพยาบาล 6 สัปดาห์หลังคลอด ส่งผลให้มีจำนวนมารดาหลังคลอดบุตรแรกในกลุ่มทดลองมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมากกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล การให้ความรู้ความเข้าใจแก่มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาว่ามีประโยชน์และคุณค่าทั้งต่อตนเองและบุตร มารดาจึงมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากขึ้น โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาผ่านการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ประกอบเสียงบรรยายที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีภาพการ์ตูนประกอบทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวที่ดึงดูดความสนใจในการเรียนรู้ ประกอบกับการจัดทำวิดีทัศน์สาธิตการอุ้มและการดูดนมที่ถูกวิธี การนวดเต้านม การบีบเก็บน้ำนมที่มีความกระชับเข้าใจง่ายและไม่ยาวจนเกินไปรวมทั้งการได้รับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ผ่านทางโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้มารดาสามารถเปิดอ่านได้ทุกที่ ทุกเวลา และสามารถทบทวนความรู้ซ้ำในหัวข้อที่ต้องการเมื่อกลับไปเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่บ้าน รวมทั้งมีการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และการติดต่อทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยทำให้มารดาหลังคลอดสามารถสอบถาม ปรึกษา รับคำแนะนำและการช่วยเหลือจากผู้วิจัยได้หากมีปัญหาหรืออุปสรรคการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระบบติดตามช่วยเหลือและเสริมย้ำความรู้ที่สำคัญจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะส่งผลทำให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาประสบความสำเร็จ จึงทำให้มารดากลุ่มทดลองได้มีความรู้และเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวต่อไปได้[11]

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติมารดาแก่มารดาในระยะแรกหลังคลอด เช่น จัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ ช่วยเหลือในการดูแลบุตรเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการคลอดเพื่อให้มีความพร้อมในการให้นมบุตร ดูแลให้มารดาและบุตรอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมงจะช่วยให้มารดาให้นมบุตรได้บ่อยและต่อเนื่อง การช่วยเหลือให้บุตรดูดนมมารดาอย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันปัญหาน้ำนมไม่เพียงพอ หัวนมแตก เต้านมคัดตึง ซึ่งนำไปสู่การเลิกการให้นมก่อนกำหนดได้ (Alden, 2012) การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นจากผู้วิจัยได้แก่ การอุ้มทารก การจัดท่าในการให้นม การดูแลหัวนม เต้านมและฝึกทักษะการประคบ และนวดเต้านม ช่วยให้มารดามีทักษะและเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างถูกวิธี[12] นอกจากนี้การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ประกอบเสียงบรรยายที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีภาพการ์ตูนประกอบทำให้มารดาสามารถมองเห็นภาพและปฏิบัติตามได้ หากมารดาไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ได้ จะได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากผู้วิจัยจนกระทั่งทำให้มารดาหลังคลอดสามารถฝึกทักษะจนเกิดความมั่นใจและเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ก่อนออกโรงพยาบาล เมื่อมารดากลับไปเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่บ้าน มารดากลุ่มทดลองจะสามารถฝึกปฏิบัติทักษะการอุ้มให้นม และการดูดนมของบุตรที่ถูกวิธีตามวิดิทัศน์ที่ผู้วิจัยมอบให้ผ่านทางแอปพลิเคชั่นไลน์ได้ด้วยตนเองซึ่งมีภาพและเนื้อหาเช่นเดียวกับที่ได้รับความรู้ในโรงพยาบาล หากมารดามีปัญหาเช่น เต้านมคัดตึง หัวนมแตก สามารถวิดีโอคอลเพื่อขอคำแนะนำ แก้ไขจากผู้วิจัยได้ไม่ยุ่งยาก การที่มารดามารดาที่ได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะจากบุคลากรทางการแพทย์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะเริ่มแรกและเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องต่อไปได้[13]

3. การสนับสนุนทางอารมณ์ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมขณะอยู่โรงพยาบาลผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาหลังคลอดจึงทำให้มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกมีความรู้สึกเป็นกันเอง กล้าซักถาม การให้กำลังใจเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติทักษะการอุ้มให้นม และการนำบุตรเข้าเต้าดูดนมอย่างถูกวิธีได้ หรือการกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มทดลอง

สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องทำให้มารดารู้สึกมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวให้ประสบความสำเร็จ หากมารดาความวิตกกังวล ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย หรือมารดาขาดความมั่นใจในความสามารถของการเป็นมารดาจะมีผลยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินจะส่งผล ต่อการหลั่งน้ำนมทำให้น้ำนมลดลง ส่งผลให้มารดายุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ (Alden, 2012) นอกจากนี้การส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ประกอบชุดข้อความการชักจูงใจ การให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยส่งให้กลุ่มทดลอง ผ่านทางแอปพลิเคชั่นไลน์เมื่อกลับไปเลี้ยงบุตรที่บ้านช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวให้ต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่และการให้กำลังใจจากผู้ดูแลจึงช่วยให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาประสบความสำเร็จมากขึ้น[14]

4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า หลังจากผู้วิจัยให้ความรู้และการฝึกทักษะต่างๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ผู้วิจัยประเมินความรู้ การปฏิบัติตามหลักการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยการสังเกตและให้มารดาสาธิตย้อนกลับการให้นมบุตรอย่างถูกวิธี การป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แล้วให้ข้อมูลย้อนกลับว่าการปฏิบัตินั้นถูกต้องหรือไม่อย่างไรและควรได้รับการแก้ไขอย่างไร หากมารดามีการปฏิบัติตามหลักการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ถูกต้องเหมาะสมแล้วผู้วิจัยชมเชยและให้กำลังใจและกระตุ้นให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง การติดตามภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านด้วยการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์หรือการติดต่อทางโทรศัพท์ เป็นการประเมินผลการปฏิบัติและความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งการสนับสนุนด้านการประเมินค่าจากผู้วิจัยช่วยให้มารดารู้สึกมั่นใจและมีความเชื่อมั่นในความพยายามของตนที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้[15] มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองจึงสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวประสบความสำเร็จ 6 สัปดาห์หลังคลอดได้

การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) คล้ายคลึงกับการศึกษาของพัชนียา เชียงตา ฉวีเบาทรวง และกรรณิการ์ กันธะรักษา[16] ที่ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาครรภ์แรก ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามารดาครรภ์แรกมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[10] ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งผลให้มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านนโยบาย นำผลการวิจัยไปเสนอต่อผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อให้การสนับสนุนบุคลากรทางสุขภาพให้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไปใช้ในการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่มีบุตรคนแรก

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรได้รับการอบรมแนวทางและขั้นตอนของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพื่อนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีบุตรคนแรก

ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพื่อนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีบุตรคนแรก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่มีบุตรคนแรกต่อเนื่องไปจนถึง 6 เดือนหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2017). *Continuedbreastfeeding for healthy growth and development of children.* https://www.who.int/elena/titles/bbc/ continued_breastfeeding/en/
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Barriers to breastfeeding: Supportinginitiation and continuation of breastfeeding. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, *137*(2), e54-e62
3. Much, D., Beyerlein, A., Roβbauer, M., Hummel, S., & Ziegler, A. G. (2014). Beneficial effects of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus. *Molecular metabolism,*
4. World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2017). *Tracking progress for breastfeeding policies and programmes*. Retrieved from https://www.who.int/nutrition/
5. World Health Organization. (2018). *Global Breastfeeding scorecard 2018.*
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2566) *การปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.* สืบค้น 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 แหล่งที่มา https://hp.anamai.moph.go.th/web
7. Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M. & Tamim, H. (2010). Prevalence and Predictors of 6-Month Exclusive Breastfeeding among Canadian Women*: A National Survey*. BMC Pediatrics, 10, 20. doi.org/10.1186/1471-2431-10-20
8. Cohen, S. S., Alexander, D. D, Krebs, N. F., Young, B. E., Cabana, M.D., Erdmann, P., Hays, N. P., Bezold, C. P., Levin-Sparenberg, E., Turini, M., & Saavedra, J. M. (2018). *Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis.* THE JOURNAL OFPEDIATRICSORIGINALARTICLES. Dec; 203:190-196.e21. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.08.008.
9. El-Houfey, A.A., Saad, K, Abbas, A. M.,. Mahmoud, S.R. & Wadani, M. (2017). Factors That Influence Exclusive Breastfeeding: A literature Review. *International Journal of Nursing Didactics,* 7(*11*) DOI: 10.15520/ijnd.2017.vol7.iss11.264.24-31
10. House, J. S., (1981). Work Stress and Social Support: MA: Addison - Wesley. https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1
11. สุฑารัตน์ ชูรส ปรีดาวรรณ กะสินัง พูลศรี กมุท และพิเชษฐ เชื้อขำ, (2565) ประสิทธิผลของการส่งเสริมการ เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาโดยการสนับสนุนของสังคม : การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *แพทยสารทหารอากาศ. 68*(1), 21 - 33.
12. พรนภา ตั้งสุขสันต์ และเอมอร รตินธร (2554) ประสบการณ์และปัจจัยเชิงบริบทที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29 (3), 52-63
13. นวพร มามาก และกมลรัตน์ เทอร์เนอร์. (2559). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติเพื่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารกองการพยาบาล,* 43, 114 - 126.
14. พัตนี วินิจจะกูลและ อรพร ดำรงวงศ์ศิริ (2563). สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา พุทธมณฑล
15. พัชรินทร์ ไชยบาล ลาวัลย์สมบูรณ์ และ กรรณิการ์ กันธะรักษา (2553). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร*, 37 (*4*), 70 - 81.
16. พัชนียา เชียงตา, ฉวี เบาทรวง และกรรณิการ์ กันธะรักษา (2557). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*, 41(*3*), 1-12.

เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนองและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

Comparison of Clinical Outcomes in End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Automated Peritoneal Dialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis at Nong Bua Lamphu Hospital.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

มลิดา อินานันท์[1]
Malida Inanan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเองและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยศึกษาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยแบ่งเป็น2 กลุ่ม กลุ่มที่1 ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง102 ราย เก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 78 รายและกลุ่มที่2 ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยเครื่องอัตโนมัติ เก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั่งแต่เดือน พฤษภาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 24 ราย วิเคราะห์ข้อมูล โดยการเปรียบเทียบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วัดผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย Risk difference regression.และ Mean difference regression.

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่อง 102 รายมีอายุระหว่าง 17-74 ปี หลังปรับอิทธิพลตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ BMI Blood pressure โรคร่วม อาชีพ การศึกษา Caregiver การได้รับยา Medication และโรคร่วม พบว่า ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis) มีค่าเฉลี่ยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นได้แก่ Hemoglobin ,Albumin , Sodium ,Phosphorus และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีค่าเฉลี่ยลดลงได้แก่ Blood urea nitrogen, Creatinine Potassium, Sodium bicarbonate และ Calcium ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น มีภาวะติดเชื้อน้อยกว่า 19% (95% CI: -0.32,-0.08,p=0.001) ค่าเฉลี่ย Hematocrits เพิ่มขึ้น 3.09mg% (95% CI: 0.42,5.75, p=0.023) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ได้รับการผักผ่อนมากขึ้นเฉลี่ย 4.26 ชั่วโมง (95% CI:3.79,4.73, p<0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง

คำสำคัญ : โรคไตวายเรื้อรัง, ESRD,การฟอกไตทางช่องท้องอัตโนมัติ, การฟอกไตทางช่องท้องแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง,

Abstract

This study was retrospective survey study aimed to compare the clinical outcomes of patients with end-stage renal disease who underwent peritoneal dialysis and patients with end-stage renal disease who underwent automated dialysis. The study was conducted using the electronic database at Nong Bua Lamphu Hospital. The patients were divided into 2 groups: Group 1: 102 patients with end-stage renal disease who underwent continuous peritoneal dialysis. The data were collected retrospectively from May 2023 to December 2023, totaling 78 patients. The second group: 24 patients with end-stage renal disease who underwent continuous peritoneal dialysis. The data were analyzed by comparing frequencies, percentages, means, and standard deviations. The clinical outcomes were measured using Risk difference regression and Mean difference regression.

Results: A total of 102 ESRD patients with age ranges from 17-74 years were included. Gender, age, BMI, blood pressure, comorbidities, occupation, education, caregiver, medication, and associated diseases were adjusted in the analysis. The results revealed that patients in the APD group exhibited increased average laboratory test results in Hemoglobin, Albumin, Sodium, Phosphorus, while experiencing decreased average values for Blood urea nitrogen, Creatinine, Potassium, Sodium bicarbonate, and Calcium, all without statistically significant. However, the significant

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

improvement was observed in rate of sepsis which was reduced by 19% (95% CI: -0.32,-0.08,p=0.001); mean hematocrits reduced by 3.09% (95% CI: 0.42, 5.75, p=0.023), and longer duration in resting time by 4.26 hours (95% CI: 3.79, 4.73, p<0.001) compared to the group receiving CAPD.

Keywords: End Stage Renal Disease, ESRD, Automate Peritoneal dialysis, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis,

บทนำ

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นภาวะที่ไตมีการทำงานลดน้อยลงกว่าร้อยละ15 ของปกติ ซึ่งหน้าที่หลักในการขับของเสียของไตนั้นจะลดลงไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะไม่สามารถรักษาด้วยการควบคุมอาหาร หรือรับประทานยาเหมือนโรคไตระยะอื่นๆได้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เผยสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วล่าสุดปี พ.ศ. 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่ ขณะที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 62,386[1] รายจากสถิติการใช้บริการของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง ใน 1 วัน ผู้ป่วยเปลี่ยนน้ำยา 4 ครั้งต่อวัน แต่ละครั้งใช้เวลา 30-40 นาที ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวนยอดผู้ป่วยเท่ากับ 146, 141 และ 121ราย ตามลำดับอัตราการติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้อง 56, 54, 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.5, 38.3 และ 55.3 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องมีคนล้างไตให้ (Family support) คนดูแล (Caregiver) ส่วนมากเป็นหัวหน้าครอบครัวรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทุกอย่าง.ต้องไปทำงานในเวลากลางวัน ทำให้มีวิถีชีวิตที่รีบเร่ง ทำผิดขั้นตอน บางครั้งผู้ป่วยทำเอง โดยไม่ผ่านการฝึกอบรมการล้างไตจากเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อที่เป็นซ้ำ ดื้อยา ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยบางรายเกิดผังผืดในช่องท้อง (Severe adhesion) ไม่สามารถวางสายล้างไตได้อีก การล้างไตผ่านทางเยื่อบุช่องท้อง เป็นวิธีล้างไตที่ผู้ป่วยจะได้รับการฝังสายท่อล้างไตแบบถาวรเข้าไปในช่องท้อง เพื่อเป็นช่องทางเข้า-ออกของน้ำยาล้างไต โดยการล้างไตผ่านทางหน้าท้องนั้น จะทำการใส่น้ำยาล้างไตประมาณ 1-2 ลิตร เข้าไปค้างไว้ในช่องท้องประมาณ 4-8 ชั่วโมงต่อครั้ง และจะเปลี่ยนน้ำยาประมาณ 4-6 ครั้งต่อวัน เพื่อแลกเปลี่ยนของเสีย ส่วนการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ เป็นการล้างไตผ่านทางเยื่อบุช่องท้องเช่นเดียวกัน แต่เป็นการใช้เครื่องล้างไตทำการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตแทนการเปลี่ยนด้วยตนเอง เครื่องนี้เรียกว่า เครื่องล้างไตอัตโนมัติ เครื่องจะมีการตั้งโปรแกรมเพื่อให้กำหนดปริมาณน้ำยาที่ต้องใช้ตามที่แพทย์กำหนด ทั่วไปแล้วการล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ ใช้เวลาประมาณ 8 ถึง 12 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน ขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับและใช้ไฟฟ้าช่วยในการเชื่อมต่อร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยทั่วไปไม่สามารถบอกได้ว่า วิธีการบำบัดทดแทนไตวิธีไหนดีที่สุด[2] เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีสภาพร่างกาย สภาพแวดล้อมพิธีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันการเลือกวิธีไหนที่เหมาะสมที่สุดขึ้นอยู่กับผู้ป่วย อายุรแพทย์โรคไต และพยาบาลมานั่งคุยร่วมกันเพื่อหาวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น การล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ซึ่งล้างไตวันละ 1 ครั้ง[3] ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาอิสระสามารถไปทำงานในเวลากลางวันได้ ไม่ต้องรีบมาเปลี่ยนน้ำยา พบว่าอัตราการติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้องลดลงด้วย[4] และเนื่องจากผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมาเป็นเวลานาน เยื่อบุช่องท้องเริ่มเสื่อมสภาพ มีภาวะสารน้ำและเกลือ มีของเสียคั่งในร่างกาย และต้องใช้น้ำยาล้างไตในปริมาณมากๆ การล้างไตด้วยตนเองก็จะไม่เพียงพอ การใช้เครื่องล้างไตอัตโนมัติจะทำให้เพิ่มปริมาณน้ำยาล้างไตได้มากขึ้น[5] ทำให้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาได้หลายรอบต่อวัน ส่งผลเปลี่ยนถ่ายของเสียออกมาได้จำนวนมาก ขณะที่การล้างไตทางช่องท้องทั่วไป ผู้ป่วยเป็นผู้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาด้วยตัวเอง ซึ่งทำได้อย่างมากไม่เกิน 5 รอบ/วัน [6]

จากข้อมูลของ สปสช.ปี2564 ผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง 30 บาทหรือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถ

เข้าถึงการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis ; APD) ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด อายุรแพทย์โรคไต พยาบาล และผู้ป่วยร่วมวางแผนกัน ผู้ป่วยสามารถปรับแผนการรักษาของตนเองให้ตรงตามแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ ปัจจุบันในหน่วยไตเทียม มีผู้ป่วยล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ 24 ราย พบอัตราการติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9 พบการติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้องลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการนำผลการเปรียบเทียบการรักษาทั้ง 2 วิธี เพื่อนำมาให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจ และเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความพอเพียงของการล้างไต การติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้อง และเวลาการผ่อนคลายระหว่างผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง(Manual) และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบย้อนหลัง (retrospective survey study) วิธีรวบรวมข้อมูล Retrospective data collection ศึกษาในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายได้รับการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ **ผู้ป่วย** ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน102 ราย เริ่มเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง เก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 78 ราย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยเครื่องอัตโนมัติ เก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 24 ราย

ผู้ป่วยที่ศึกษา ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องจำนวนทั้งหมด 102ราย

เกณฑ์คัดเข้า 1) อายุ 17 ปีขึ้นไป 2) มีสายล้างไตทางช่องท้อง 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเองมาก่อน

เกณฑ์คัดออก 1) เสียชีวิต 2) ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) ไม่สามารถวางสายล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง 4) ผู้ป่วยที่วางสายล้างไตแล้วแต่ไม่มาตามนัดได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน 5) อายุต่ำกว่า 17 ปี

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัย

จากการศึกษานำร่อง เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่องด้วยตนเองและ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู คำนวณจากค่าเฉลี่ยของผล Hematocrits ภายใน 6 เดือน กลุ่ม Manual 28.5(±5.4,)mg% กลุ่ม Automated Peritoneal Dialysis มีค่าเฉลี่ย ของผล Hematocrits 32 (± 4.8)mg% alpha(.50) power(.80) ratio(.30) กลุ่ม Manual ได้ 68 ราย กลุ่ม Automated Peritoneal Dialysis 21 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ,อายุ ,น้ำหนัก ความสูง ความดันโลหิต, BMI, อาชีพ, การศึกษา, โรคร่วม, คนดูแล, ระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้อง

1.2 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ชั่วโมงการผ่อนคลาย, ความพอเพียงของการล้างไต, ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ, จำนวนครั้งของการติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้อง.

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัยได้เขียนขั้นตอนการการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไตจำนวน 2 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางบำบัดทดแทนไตการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์(IOC)เท่ากับ1

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาตัวแปรจัดกลุ่มบรรยายด้วยความถี่ ร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบปกติบรรยายด้วย ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบไม่ปกติบรรยายด้วยค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ สถิติเชิงวิเคราะห์ตัวแปรจัดกลุ่มวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact probability test ตัวแปรตัวเนื่องที่กระจายแบบปกติวิเคราะห์ด้วย Independent Student't test การวิเคราะห์ทั้งหมดจะนำเสนอด้วยช่วงความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 และถือว่าแตกต่างทางสถิติหากค่า p-value น้อยกว่า 0.05วัดผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย Risk difference regression และ Mean difference regression

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 002 /2567ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยในครั้งนี้ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้มีการอธิบายชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยแก่ญาติและผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในผลการวิจัยเท่านั้น โดยในแบบบันทึกจะเป็นข้อมูลความลับ

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่อง 102 ราย แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่1ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง จำนวน 78 รายกลุ่มที่ 2ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยเครื่องอัตโนมัติ 24 รายได้ผลการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ลักษณะที่ศึกษา	Manual (n=78)		Automated Peritoneal Dialysis (n=24)		p-value
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	40	51.28	16	66.67	0.242
หญิง	38	48.72	8	33.33	
อายุ (ปี) ,mean(±SD)	55.23	(±11.19)	50.70	(±16.81)	0.130
น้ำหนัก (ก.ก.), mean(±SD)	59.95	(±10.92)	57.63	(±12.88)	0.386
ความสูง (ซ.ม.), mean(±SD)	159.38	(±6.74)	159.87	(±9.35)	0.777
BMI	23.57	(±3.99)	22.49	(±4.54)	0.264
Blood pressure (mmHg), mean(±SD)					
Systolic Blood pressure (mmHg)	129.46	(±31.95)	121.62	(±32.18)	0.296
Diastolic Blood pressure (mmHg)	76.07	(±20.00)	70.75	(±21.75)	0.266
อาชีพ					
ไม่มีงานทำ	52	66.67	19	79.17	0.314
มีงานทำ	26	33.33	5	20.83	
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.56	0	0	0.022

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ลักษณะที่ศึกษา	Manual (n=78)		Automated Peritoneal Dialysis (n=24)		p-value
	n	%	n	%	
ประถมศึกษา	72	92.31	18	75	
มัธยมศึกษา	4	5.13	5	20.83	
ปริญญาตรี	0	0	1	4.17	
โรคร่วม	77	98.72	24	100	1.000
Diabetes mellitus	33	42.31	11	45.83	0.816
Dyslipidemia	6	7.69	1	4.17	1.000
Hypertension	77	98.72	22	91.67	0.137
Heart disease	1	1.28	2	8.33	0.137
Thyroid	5	6.41	1	4.17	1.000
Gout	6	7.69	2	8.33	1.000
Caregiver					
คนเดิม	75	96.15	24	100	1.000
เปลี่ยนคน	3	3.85	0	0	
Long term (month) , mean(±SD)	45.55	(±38.40)	42.12	(±42.09)	0.709
Urine output/day (Ml) , mean(±SD)	303	(±493.98)	390	(±629.90)	0.479
Ultrafiltration UF/day , mean(±SD)	550	(±480.17)	657	(±459.54)	0.337
จำนวนการมาติดตามการรักษา , mean(±SD)	3.64	(±0.96)	4.00	(±0.72)	0.096
Cycle/day (รอบ/วัน) , mean(±SD)	3.97	(±0.53)	1.29	(±0.46)	<0.001
KT/V , mean(±SD)	2.10	(±0.69)	1.91	(±0.55)	0.159
Clearance , mean(±SD)	59.31	(±33.34)	55.50	(±23.18)	0.536
Medication					
ไม่มี	1	1.28	1	4.17	0.417
มี	77	98.72	23	95.83	
Erythropoietin	56	71.79	18	75	1.000
Folic	73	93.59	20	83.33	0.209
Ferlo-B-Cal (FBC)	75	96.15	20	83.33	0.051
Losartan	51	65.38	10	41.67	0.056
Amlodipine	11	14.10	4	16.67	0.748
Hydralazine	50	64.10	10	41.67	0.061
Cardura	21	26.92	4	16.67	0.419
Metoprolol	33	42.31	6	25.00	0.154
Lasix	44	56.41	11	45.83	0.483

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในการศึกษาผลเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเองและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติครั้งนี้ จำนวน 102 ราย แบ่งเป็น วิธีล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง จำนวน 78 ราย และผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง 24 ราย พบสัดส่วนเพศหญิง

ต่อเพศชาย 1:1 มีอายุระหว่าง 17 – 74 ปี ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI Blood pressure อาชีพ โรคร่วม Caregiver ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Urine output/day Ultrafiltration UF/day จำนวนการมาติดตามการรักษา KT/V Clearance การได้รับยา Medication และโรคร่วม ยกเว้น การศึกษา และ จำนวนรอบต่อวัน ของการล้างไต (ตารางที่ 1)

Table 2 Clinical endpoint with Adjusted effect of Manual and automated peritoneal dialysis

Clinical endpoint	Manual (n=78)		Automated (n=24)		p-value
	mean	95% CI	mean	95% CI	
Hemoglobin (g/dL)	11.08	9.53, 12.63	12.41	9.47, 15.34	0.449
Hematocrits (%)	29.91	28.76, 31.07	32.82	30.62, 35.01	0.026
Albumin (gm/dL)	3.96	2.90, 5.02	4.98	3.00, 6.95	0.390
Blood urea nitrogen (mg/dl)	49.15	45.61, 52.68	45.36	38.67, 52.05	0.342
Creatinine (mg/dL)	10.86	10.17, 11.54	10.54	9.24, 11.84	0.682
Sodium (mEq/L)	134.08	133.30, 134.86	135.07	133.59, 136.55	0.262
Potassium (mEq/L)	6.14	3.16, 9.11	4.87	-0.76, 10.51	0.707
Sodium bicarbonate (mEq/L)	28.57	27.94, 29.20	27.38	26.19, 28.57	0.093
Calcium (mg/dL)	9.84	9.31, 10.36	9.45	8.46, 10.43	0.507
Phosphorus (mg/dL)	3.76	3.44, 4.08	4.06	3.45, 4.66	0.411
Relax time (hours)	18.28	18.06, 18.51	22.76	22.35, 23.16	<0.001

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง (Manual) และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis) หลังปรับอิทธิพลตัวแปรเพศ อายุ BMI Blood pressure อาชีพ โรคร่วม อาชีพ การศึกษา Caregiver การได้รับยา Medication และโรคร่วม พบว่า ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ มีค่าเฉลี่ยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น ได้แก่ Hemoglobin ,Albumin , Sodium ,Phosphorus และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีค่าเฉลี่ยลดลงได้แก่ Blood urea nitrogen Creatinine Potassium Sodium bicarbonate และ Calcium ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นค่าเฉลี่ย Hematocrits และ Relax time มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง (ตารางที่ 2) ส่วนค่าความพอเพียงของการล้างไตทางช่องท้องครั้งล่าสุดใน 6 เดือน กลุ่มล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง มีการรายงานค่าผลตรวจค่า kt/v และค่า clearance 45 ราย กลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ มีการรายงานค่าผลตรวจค่า kt/v และค่า clearance 19 ราย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Table 3 Clinical endpoint with Adjusted effect

Clinical endpoint	Manual	Automated	Parameter	Adjusted effect	95% CI	p-value
Infection (n, %)	28 (35.90%)	5 (20.83%)	Risk difference	-0.19	-0.32,-0.08	0.001
Hematocrits (%) Mean(±SD)	29.95 (±5.37)	32.69 (±4.82)	Mean difference	3.09	0.42,5.75	0.023
Relax time (hours) ean(±SD)	18.29 (±2.24)	22.77 (±0 .70)	Mean difference	4.26	3.79,4.73	<0.001

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Risk difference regression และ Mean difference regression หลังปรับอิทธิพลตัวแปรเพศ อายุ BMI Blood pressure โรคร่วม อาชีพ การศึกษา Caregiver การได้รับยา Medication และโรคร่วม พบว่าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis) มีภาวะติดเชื้อ น้อยกว่า 19% (95% CI: -0.32,-0.08,p=0.001) ค่าเฉลี่ย Hematocrits เพิ่มขึ้น 3.09% (95% CI: 0.42,5.75, p=0.023) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ได้รับการผักผ่อนมากขึ้นเฉลี่ย 4.26 ชั่วโมง(95% CI:3.79,4.73, p<0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง (ตารางที่ 3)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยมีขั้นตอนผู้ป่วยต้องล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง (Manual) มาก่อน และมาปรับการใช้เครื่องล้างไตอัตโนมัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง. ผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างผู้ป่วยที่ล้างไตด้วยตนเอง(Manual)และผู้ป่วยที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ(Automated Peritoneal Dialysis) พบว่ามีภาวะติดเชื้อทางเยื่อบุช่องท้อง น้อยกว่า 19% (95% CI: -0.32,-0.08, (p=0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ**เมื่อเทียบกับ**การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง(Manual) สอดคล้องกับการศึกษาของธเรศ กรัษนัยรวิวงค์[1] พบว่าอัตราการติดเชื้อบริเวณช่องท้องในผู้ป่วยลดลงด้วย และการล้างไตแบบเดิมนี้ผู้ป่วยต้องทำการล้างไตวันละ4-5ครั้ง การล้างไตแต่ละครั้งก็ต้องมีการถอดสาย ต่อสายของถุงน้ำล้างไต โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อก็มากขึ้น[2]

ระยะเวลาการพักผ่อน(Relax time) ผู้ป่วยที่ล้างไตด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ(APD)พบว่า.ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ได้รับการผักผ่อนมากขึ้นเฉลี่ย 4.26 ชั่วโมง(95% CI:3.79,4.73, p<0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องด้วยตนเอง สอดคล้องกับวิโรจน์ ตันติโกสุม[2]เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ (APD) ทำระหว่างนอนหลับทำในเวลากลางคืน ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ สามารถทำงานเต็มเวลาได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงยังสามารถเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ ลดความกังวลในขณะไปทำงานประจำและสามารถทำอาชีพเสริมอื่นๆ ระดับค่า Albumin พบว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องเยื่อบุท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติสูญเสีย Albuminน้อยกว่าการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง (p=0.039)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับอนุตตร จิตตินันทน์[7] จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้นการใช้เครื่องล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ผู้ป่วยสามารถไปทำงานในเวลากลางวัน[8] ในหลายประเทศมีการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจจัดได้ว่าเป็นการรักษาทดแทนไตที่มีอัตราเพิ่มขึ้นมากที่สุดในบรรดาการรักษาทดแทนไตหลายๆวิธี และแนวโน้มของในภูมิภาคต่างๆทั่วโลก เลือกใช้การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติเพิ่มขึ้นที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก การรักษาด้วยวิธีการล้างไตแบบเดิม คือ CAPD มีข้อจำกัดหลายประการเช่น มีอัตราการติดเชื้อสูง ต้องมีการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเป็นช่วงเวลาตลอดวัน พบปัญหาการดึงน้ำออกได้บ่อย (ultrafiltration failure) และในประทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1998-2000 เริ่มมีการเลือกใช้ เครื่องอัตโนมัติเพิ่มขึ้นมากกว่าCAPD [9,10,11,12]เนื่องจาก CAPDต้องถ่ายน้ำยาบ่อย พบปัญหาความล้มเหลวที่จะล้างไตเพื่อขจัดของเสียให้ได้ตามเป้าหมายลดลง[13]แต่จากการทบทวนวรรณกรรมโดยทั่วไป ไม่สามารถบอกได้ว่าวิธีการบำบัดทดแทนไตวิธีไหนดีที่สุด[2] เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีสภาพร่างกายสภาพแวดล้อมพิธีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันการเลือกวิธีไหนที่เหมาะสมที่สุดขึ้นอยู่กับผู้ป่วย อายุรแพทย์โรคไต และพยาบาลมานั่งคุยร่วมกันเพื่อหาวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นและผู้ป่วยและคนดูแลจะตัดสินใจวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไตที่เหมาะสมกับบริบทและแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล เปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของทั้งสองวิธี เพื่อเป็นทางเลือก นำไปพัฒนาและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยต่อไป.และในส่วนของพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนางานและเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต[14]ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง[15]

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่องเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนองและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู.สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จและลุล่วงไปด้วยดีได้รับความอนุเคราะห์จากคุณเรืองศิริ ภานุเวศ คุณจิตรลดา พิมพ์ศรี ทีมวิจัยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู .แพทย์หญิงวราภรณ์ ศรีภักดี ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ แพทย์เฉพาะทางสาขาโรคไต.นางอธิตยา เทพแพงตา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลอบรมเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไต(การล้างไตทางช่องท้อง) นางสาวเนตรชนนี อาคมศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลอบรมเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไต(การล้างไตทางช่องท้อง) ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ข้อคิด ข้อแนะนำและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดีผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูและ เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยและ ญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและจักทำรายงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์/.2566/ รณรงค์วันไตโลก 2566 “ตระหนักภัย ใส่ใจไต ป้องกันไว้ เน้นกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง”[อินเตอร์เนต] เข้าถึงได้จากhttps://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32575&deptcode=brc
2. วิโรจน์ ตันติโกสุม./2564/ล้างไตทางหน้าท้องแบบอัตโนมัติ ดีกว่า ฟอกไตทางหลอดเลือด [อินเตอร์เนต] เข้าถึงได้จาก https://www.chewa.co.th/?p=13728
3. ชุติเดช ตาบ-องครักษ์ /2566/สปสช. หนุนใช้ 'APD' เครื่องล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [อินเตอร์เนต] เข้าถึงได้จาก https://www.thecoverage.info/news/content/4943
4. สุชาย ศรีทิพยวรรณ/2563/หนุนสิทธิผู้ป่วยไต เข้าถึงเครื่องล้างอัตโนมัติ [อินเตอร์เนต] https://www.thaihealth.or.th/?p=234617
5. สุชาย ศรีทิพยวรรณ /2563/เผยผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 10% จำเป็นต้องใช้เครื่องล้างไตอัตโนมัติ[อินเตอร์เนต] เข้าถึงได้จาก https://www.nhso.go.th/news/2869
6. สปสช/2566/พลิกโฉมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ [อินเตอร์เนต] เข้าถึงได้ จาก https://www.youtube.com/watch?v=hJnFbDK3DyI&t=12s
7. อนุตตร จิตตินันทน์.Peritoneal Dialysis prescription and Adequacy Monitoring .Textbook of peritoneal Dialysis,2009; หน้า189-201.
8. ธนิต จิรนันท์ธวัช. Automate Peritoneal Dialysis and Its Role in Peritoneal Dialysis. Textbook of peritoneal Dialysis,2009;หน้า537-551
9. United States Renal data Sstem.USRDS 1998.Annual Data report.National Institutes of Health. National Institutes of Diabetis and kidney Disease.Bethesda,MD,1998.

10. Warady BA Herbert D Sullivan EK Alexander SR, Tejani A. Renal transplantation, choonic dialysis and chronic renal insufficiency in children and adolescent The 1995 Annual Report of the North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study.Pediatr Nephrol 1997;11(1):49-64
11. Correa-Rotter R. APD in the developing world: is there a future? Semin Dial.2002:15(6):385-7
12. Enoch C Aslam N.Piraino B Intra-abdominal pressure.Peritoneal dialysis exchange volum.and tolerance in APD. Semin Dial 2002; 15(16);403-406.
13. Flanigan MJ.Lim VS. Pflederer TA.Tidal peritoneal dialysis; kinetic and protein balance.Am J kidney Dis 1993;22;700-7
14. ดรุณี จันทร์เลิศฤทธิ์,มัลลวีร์ อดุลวัฒนศิริ,ฉันทนา กล่อมจิต.การให้คำปรึกษาบำบัดทดแทนไต. Textbook of peritoneal Dialysis,2009;หน้า87-100
15. เกรียง ตั่งสง่าการจัดตั่งหน่วยบริการการล้างไตทางช่องท้อง Textbook of peritoneal Dialysis,2009;หน้า 63-85
16. สกานต์ บุญนาค .การบำบัดทดแทนไต.โรงพยาบาลราชวิถี;2559

การรับรู้ และทัศนคติ ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

Perception and attitude toward e-cigarettes of the people of Sukhirin District Narathiwat Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

วันเตาเฟ็ก แวดือราแม[1]
Wantaofek Waedueramae[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 2) เพื่อศึกษาระดับทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และ 3) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารกับทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส จำนวน 207 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรม G*Power โดยการเลือก Goodness-of-fit tests: Contingency และกำหนด effect size = 0.30,error prob. = 0.05 และ power (1-B error prob.) = 0.95 เครื่องมือในการรวบรวมเก็บข้อมูล เป็น แบบสอบถาม (Questionnaire) ผ่านช่องทางออนไลน์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติไค – สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ มีค่า P-Value = 24.453 อายุ มีค่า P-Value = 49.413 สถานภาพสมรส มีค่า P-Value = 60.908 อาชีพ มีค่า P-Value = 101.453 มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีค่า P-Value = 24.453 และรายได้ มีค่า P-Value = 21.514 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ำต่อทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารกับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีค่า P-Value = 21.514 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าประเด็นที่การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกมากที่สุด คือประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าถือว่าเป็นยาเสพติดชนิดใหม่และมีสารพิษที่อันตรายมากกว่าบุหรี่มวน (r = 0.244,P=0.001) รองลงมา คือ ประเด็น การสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 ครั้งจะเท่ากับ สูบบุหรี่ทั่วไปถึง 15 มวน และมีปริมาณนิโคตินมากกว่าบุหรี่มวนทั่วไป (r = -0.200,P=0.000) ประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายเทียบเท่าเฮโรอีน และโคเคน บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายเทียบเท่าเฮโรอีน และโคเคน (r = -0.191,P=0.005) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

คำสำคัญ : การรับรู้ ทัศนคติ บุหรี่ไฟฟ้า ประชาชน

ABSTRACT

This research survey research. The objectives were 1) to study the level of information awareness about e-cigarettes, 2) to study the level of attitude toward e-cigarette smoking, and 3) to study the relationship between information awareness and attitude toward e-cigarette smoking of the people in Sukhirin District, Narathiwat Province. The sample group consisted of 207 people aged 15 years and over in Sukhirin District, Narathiwat Province. The sample size was determined by using the G*Power program by selecting the Goodness-of-fit test: Contingency and setting the effect size = 0.30, error prob. = 0.05, and power (1-B error prob.) = 0.95. The data collection tool was an online questionnaire. The statistics used in data analysis were Chi-square statistic and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results found that personal factors classified by gender had a P-Value = 24.453, age had a P-Value = 49.413, marital status had a P-Value = 60.908, occupation had a P-Value = 101.453, having a close person who smokes e-cigarettes had a P-Value = 24.453, and income had a P-Value = 21.514, which were significantly lowly related to attitude toward e-cigarettes at the .05 level. For the relationship between perception and attitude toward e-cigarettes, it was found that the relationship between perception of e-cigarettes had a P-Value = 21.514, which has a significant relationship with attitudes towards e-cigarettes at the .05 level. And when considering each item It was found that the issue with the most

[1] พ.บ. โรงพยาบาลสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

positive relationship of the perception of e-cigarettes was the issue that e-cigarettes are considered a new type of drug and have more dangerous toxins than regular cigarettes (r = 0.244, P = 0.001), followed by the issue that smoking e-cigarettes once is equivalent to smoking 15 regular cigarettes and has more nicotine than regular cigarettes (r = -0.200, P = 0.000), the issue that e-cigarettes are as dangerous as heroin and cocaine, and e-cigarettes are as dangerous as heroin and cocaine (r = -0.191, P = 0.005) with statistical significance at 0.05, respectively.

Keywords: Perception, Attitude, E-cigarettes, Public

บทนำ

ปัจจุบันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยมและแพร่หลายอย่างรวดเร็ว ในกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน และอีกทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่มวนหันมาใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น เนื่องจากผู้ใช้ส่วนใหญ่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัย และเชื่อว่าสามารถใช้บุหรี่ไฟฟ้าในการช่วยเลิกบุหรี่ธรรมดาได้ จากการออกแบบบุหรี่ไฟฟ้ารูปลักษณ์ สี และกลิ่น เป็นสิ่งดึงดูดวัยรุ่นให้มีมุมมองที่ดีต่อสินค้า และการเข้าถึงแหล่งซื้อขายในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น[1]

สำหรับสถานการณ์การบริโภคยาสูบของอำเภอสุคิริน ในปีพุทธศักราช 2562, 2563 , 2564 และ 2565 พบ อัตราการสูบบุหรี่ ในกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรอง ร้อยละ 33.27, 26.27 , 14.89 และ 9.05 ตามลำดับ โดยในปีพุทธศักราช 2566 อำเภอสุคิริน ได้รับการ คัดกรองจำนวน 7,851 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.34 ได้รับการบำบัด 1,115 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.63 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2566ก) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าผู้สูบบุหรี่มีจำนวนมากกว่าผู้ที่ต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้คนส่วนมากมักล้มเหลวกับการเลิกสูบบุหรี่ โดยสังเกตเห็นได้จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ หากลองวิเคราะห์จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้คนจำนวนมากไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เมื่อไม่สามารถหยุดพฤติกรรมการติดบุหรี่ของผู้สูบได้ ดังนั้น การบำบัดเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีต่างๆ จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยเลิกบุหรี่ และวิธีการหนึ่งที่พบได้บ่อยคือ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy, NRT) ทั้งในรูปแบบหมากฝรั่งเคี้ยว (nicotine chewing gum) แผ่นปิดผิวหนัง (nicotine patch) สเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray) ยาพ่น(nicotine inhaler) และยาเม็ดอม (Lozenges) อันเป็นที่ยอมรับจากสังคมได้ว่ามีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค ถึงแม้วิธีการใช้งานอาจแตกต่างจากการสูบบุหรี่ปกติอย่างสิ้นเชิง และยังมีนิโคตินทดแทนอีกประเภทหนึ่งกำลังเป็นที่นิยมอย่างสูงในปัจจุบัน คือ "บุหรี่ไฟฟ้า" หรือ "E-Cigarette" บุหรี่ไฟฟ้ามีชื่อเรียกทางเทคโนโลยีอีกชื่อหนึ่งว่า Electronic Nicotine Delivery System (ENDS) คือผลิตภัณฑ์ที่ออกแบบมาเพื่อเลียนแบบผลิตภัณฑ์ประเภทยาสูบจำพวกบุหรี่ มีรูปลักษณ์เลียนแบบมวนบุหรี่หรือ ซิการ์ โดยการใช้พลังงานจากแบตเตอร์รี่ในการทำให้เกิดไอความร้อน (Atomizer) และทำปฏิกิริยากับน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า (Electronic liquid หรือ E-liquid) ที่เก็บไว้ในส่วนเก็บน้ำยาในเครื่อง(Cartridge) เมื่อเกิดความร้อนจนน้ำยากลายเป็นไอ ตัวไอจะส่งผ่านนิโคตินไปยังผู้สูบโดยการสูบและพ่นเช่นเดียวกับวิธีการสูบบุหรี่ปกติ โดยผู้สูบสามารถเลือกระดับนิโคติน กลิ่น และรสของน้ำยาได้ตามความต้องการ แต่นิโคตินทดแทนประเภทนี้ ต้องใช้ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ จึงจะเกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้บริโภค[2]

เพื่อรณรงค์ ให้มีการลดการสูบบุหรี่ของประชาชนในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาสจึงได้จัดทำวิจัยในหัวข้อ การรับรู้ และทัศนคติ ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าของประชาชนในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส ซึ่งการศึกษานี้ มุ่งศึกษาว่าประชาชนมีการได้รับรู้ และมีทัศนคติ ต่อบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้ง นำผลวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อหรือรูปแบบการสื่อสาร จากทางภาครัฐไปสู่ภาคประชาชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการควบคุมการบริโภคบุหรี่

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1 เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และทัศนคติ ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา สถานภาพการอยู่อาศัย มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ การรับรู้ และทัศนคติ ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีขอบเขตประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส จำนวน 15,001 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2566๗)โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G Power ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรม G*Power โดยการเลือก Goodness-of-fit tests: Contingency และกำหนด effect size = 0.30,error prob. = 0.05 และ power (1-B error prob.) = 0.95 ได้ตัวอย่างจำนวน 207 คน เพื่อให้เก็บข้อมูลมีการกระจายประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในอำเภอสุคิริน มีประชากรทั้งหมด 15,001คน ตัวอย่างจำนวน 207 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Sratified random sampling) โดยใช้สถานภาพของผู้ตอบแบบถามเป็นชั้น (Strata) จากนั้นสุ่มแบบง่าย (Simple Ramdom Sampling) ตามสัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 207 คน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยศึกษาจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา แล้วนำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้อง ในการศึกษาผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้โปรแกรม Google Forms แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า และรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ "บุหรี่ไฟฟ้า"

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า แบ่งเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย

ด้านสุขภาพและด้านกฎหมาย

เครื่องมือแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดระดับมาตราส่วนของแบบสอบถาม ที่เป็นข้อความให้เป็นค่าน้ำหนักตัวเลขเพื่อประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การกำหนดค่าน้ำหนักและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2553)

5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 หมายถึง เห็นด้วย
3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยกำหนดเกณฑ์การใช้ค่าเฉลี่ยแปลความหมาย (วัฒนา สุรทรชัย, 2551) ดังนี้

คะแนน	แปลผล
4.21 – 5.00	ระดับมากที่สุด
3.41 - 4.20	ระดับมาก
2.61 - 3.40	ระดับปานกลาง
1.81 - 2.60	ระดับน้อย
1.00 - 1.80	ระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาได้ติดต่อประสานงานกับ ผู้รับผิดชอบงานบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และโรงพยาบาล ในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส เพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูล จำนวน 207 ตัวอย่าง ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

2. ผู้ศึกษานำแบบสอบถามมาให้กับประชาชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผ่านช่องทางออนไลน์สำหรับผู้ที่มีเครื่องมือสื่อสาร และแจกแบบสอบถามรวมทั้งอธิบายทำความเข้าใจข้อคำถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบผ่านช่องทางออนไลน์ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติและใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square)และสถิติ correlation (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการได้รับการพิจารณาอนุมัติกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 28/2566 ลงวันที่ 21 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่าครึ่ง เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.20 มีช่วงอายุ 15 - 23 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.90 ศึกษาระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90.80 มีสถานภาพสมรสของโดยมี กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 51.20 มีอาชีพมากสุดเป็นอาชีพอื่นๆ (อาชีพอิสระ) คิดเป็นร้อยละ 32.90 มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 64.30 และมีรายได้มากกว่าครึ่งไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 57.00

2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ "บุหรี่ไฟฟ้า"

1) ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ "บุหรี่ไฟฟ้า" พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 84.50 มีการรับรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ คิดเป้นร้อยละ 58.50 รองลงมามีการรับรู้จากบุคคล เช่น ครอบครัว/เพื่อน/คนใกล้ชิด/ที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 44.00 มีน้อยที่รับรู้จากสื่อโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 34.30 มีการรับรู้จากสื่อเว็บไซต์ ร้อยละ 32.40 ยังมีการรับรู้จากหนังสือพิมพ์/สื่อนิตยสาร คิดเป็นร้อยละ 15.90 และมีที่รับรู้จากโปสเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 10.10 ตามลำดับ

2) ผลการวิเคราะห์การรับรู้และความเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ถึงผลเสียของบุหรี่ไฟฟ้าโดยมีประเด็นการรับรู้มากที่สุด คือ บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดโรคร้ายแรงได้ เช่น มะเร็ง ถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 98.6 รองลงมา คือ บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชน คิดเป็นร้อยละ 96.6 บุหรี่ไฟฟ้าถือว่าเป็นยาเสพติดชนิดใหม่และมีสารพิษที่อันตรายมากกว่าบุหรี่มวน คิดเป็นร้อยละ 95.2 ควันของบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อผู้คนรอบข้าง ทำให้เกิดโรคหัวใจ และความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 90.3 บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายเทียบเท่าเฮโรอีน และโคเคน

คิดเป็นร้อยละ 87.9 และที่รับรู้น้อยกว่าประเด็นอื่นๆ คือ การสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 ครั้งจะเท่ากับ สูบบุหรี่ทั่วไปถึง 15 มวน และมีปริมาณนิโคตินมากกว่าบุหรี่มวนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 87.4 ตามลำดับ

3 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.65, S.D = 1.01) ทัศนคติด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.85, S.D = 1.04) และทัศนคติด้านกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.45, S.D = 1.20)

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าด้านสุขภาพ พบว่า โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้าด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.85, S.D = 1.04) และส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง และประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ประเด็นการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้ดูดีมีรสนิยมมากกว่าการสูบบุหรี่มวน ($\bar{X}$ = 2.93, S.D = 1.23) รองลงมา คือ ประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าไม่ทำให้เกิดโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง ($\bar{X}$ = 2.83, S.D = 1.28) มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า สามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มวนได้ ($\bar{X}$ = 2.83, S.D = 1.29) ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน ($\bar{X}$ = 2.83 , S.D = 1.21) และลำดับสุดท้าย คือ บุหรี่ไฟฟ้าสามารถควบคุมปริมาณความเข้มข้นของนิโคตินได้ ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.79, S.D = 1.14) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าด้านกฎหมาย พบว่า โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าด้านกฎหมาย มีระดับทัศนคติน้อย ($\bar{X}$ = 2.45, S.D = 1.20) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ประเด็นรัฐบาลควรจัดให้มีพื้นที่เฉพาะสำหรับสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสถานที่สาธารณได้อย่างถูกกฎหมาย ($\bar{X}$ = 2.60, S.D = 1.37) รองลงมา คือ รัฐควรอนุญาตให้มีสิทธิ์ในการซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเสรี ($\bar{X}$ = 2.53, S.D = 1.33) ความรู้สึกพอใจ ถ้าสามารถสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างถูกกฎหมายเหมือนอย่างเช่นในประเทศอังกฤษ ($\bar{X}$ = 2.43, S.D = 1.34) รัฐบาลควรอนุญาตให้มีการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า ($\bar{X}$ = 2.36, S.D = 1.26) และลำดับสุดท้าย คือ รัฐบาลควรสนับสนุนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแทนการสูบบุหรี่มวน ($\bar{X}$ = 2.32, S.D = 1.31) ตามลำดับ

4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ากับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า

1) สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า รายได้ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ มีค่า P-Value = 24.453 อายุ มีค่า P-Value = 49.413 สถานภาพสมรส มีค่า P-Value = 60.908 อาชีพ มีค่า P-Value = 101.453 มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีค่า P-Value = 24.453 และรายได้ มีค่า P-Value = 21.514 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ำต่อทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนั้นเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า และรายได้ มีความสำคัญต่อประชาชน ที่จะนำพาสู่ สู่การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคตได้ ถึงแม้อาจจะไม่ได้สูบบุหรี่มาก่อนหรือเคยสูบบุหรี่ ในส่วนปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามระดับการศึกษา มีค่า P-Value = 3.444 ไม่มีความสัมพันธ์กันกับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า

2) สมมติฐานที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีค่า P-Value = 21.514 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าประเด็นที่การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกมากที่สุด คือประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าถือว่าเป็นยาเสพติดชนิดใหม่และมีสารพิษที่อันตรายมากกว่าบุหรี่มวน (r = 0.244,P=0.001) รองลงมา คือ ประเด็น การสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 ครั้งจะเท่ากับ สูบบุหรี่ทั่วไปถึง 15 มวน และมีปริมาณนิโคตินมากกว่าบุหรี่มวนทั่วไป (r = -0.200,P=0.000) ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายเทียบเท่าเฮโรอีน และโคเคน (r = -

0.191,P=0.005) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ และในส่วนการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ในประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชน และควันของบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อผู้คนรอบข้าง ทำให้เกิดโรคหัวใจ และความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์ ต่อทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้ และทัศนคติ ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส สามารถอภิปรายผลที่ได้ดังนี้

1. การวิจัยลักษณะตัวแปร

จากผลการศึกษาการรับรู้ และทัศนคติ ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ของประชาชนอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส พบว่า เคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 84.50 มีการรับรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ คิดเป้นร้อยละ 58.50 รองลงมามีการรับรู้จากบุคคล เช่น ครอบครัว/เพื่อน/คนใกล้ชิด/ที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 44.00 เห็นได้ชัดว่ายุคปัจจุบันสื่อออนไลน์ สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ข้อมูลจึงถูกเผยแพร่และกระจายไปอย่างรวดเร็วผ่านโซเชียลมีเดียและแพลตฟอร์มต่าง ๆ ทำให้ผู้คนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าแบบเรียลไทม์ ไม่ว่าจะเป็นการออกกฎหมายใหม่ ผลกระทบต่อสุขภาพ หรือข่าวเกี่ยวกับอันตรายต่าง ๆจากบุหรี่ไฟฟ้า เกิดเป็นกระแสและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเป็นอย่างมาก ซึ่งข้อมูลที่ถูกเผยแพร่นั้น อาจมีทั้งข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ดังนั้นการกระจายข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในรูปแบบนี้ทำให้เกิดความเข้าใจผิดหรือสร้างความเข้าใจผิด ทั้งนี้สื่อใหม่ๆ นั้น เป็นสื่อที่สามารถแพร่กระจ่ายข้อมูลทำให้การรับรู้และความเข้าใจ ไปยังผู้รับสารแบบไม่จำกัดสถานที่และเวลา และนักเรียนที่เราศึกษามีการรับรู้ถึงโทษของบุหรี่และมีทัศนคติเชิงลบกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปริมประภา ก้อนแก้ว และ กู้เกียรติ ก้อนแก้ว[3] ศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในระบบการศึกษา ภาคเหนือ ประเทศไทย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.0 ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ โดยมีข้อเสนอแนะ ให้ผู้ปกครองควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเยาวชน สถานศึกษา ครู/อาจารย์ควรพูดคุยกับเยาวชนในสถานศึกษาถึงพิษภัยของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หน่วยงานปราบปรามที่มีหน้าที่ควบคุมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ควรปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

2 การทดสอบสมมุติฐาน

สมมุติฐานการวิจัยที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า รายได้ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าจากงานวิจัยหลายชิ้นพบว่าผู้ชายมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้หญิง เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพอาจน้อยกว่า และผู้ชายอาจเห็นบุหรี่ไฟฟ้าเป็นทางเลือกที่ทันสมัยหรือสัญลักษณ์ทางสังคม ทั้งนี้ ผู้หญิงมักมีทัศนคติที่ระมัดระวังมากกว่าเกี่ยวกับสุขภาพและผลกระทบระยะยาวของบุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้ ผู้หญิงบางคนอาจมองว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีผลต่อภาพลักษณ์ทางสังคมและไม่เหมาะสมในบางสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยนิยม จันทร์นวล และพลากร สืบสำราญ[4] ศึกษาวิจัยเรื่องสถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี: ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปลอดบุหรี่ พบว่า 1) ส่วนนักศึกษาสูบบุหรี่ร้อยละ 11.5 (95% CI =8.5-15.0) สูบบุหรี่ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 16.6 ปี สูบบุ หรี่เฉลี่ยวันละ 7 มวน และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การสูบบุหรี่คือ เพศ โดยสัดส่วนการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ในส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ วัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวมักมีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากมองว่าเป็นสินค้าที่ทันสมัยและเท่ อีกทั้งยังเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยมากกว่าบุหรี่มวน ความสนใจในเทคโนโลยีใหม่ ๆ และการเข้าสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มอายุนี้ยอมรับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายขึ้น ในส่วนวัยกลางคนและผู้สูงอายุ มักมีทัศนคติที่ระมัดระวังและเป็นลบต่อบุหรี่

ไฟฟ้า เนื่องจากมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่า และมักหลีกเลี่ยงพฤติกรรมต่างๆที่อาจทำให้สุขภาพแย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ เสาวลักษณ์ มะเหศวร, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศสรีสุริยเวศน์[5] ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิงจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า อายุต่ำสุดที่เริ่มทดลอง เท่ากับ 12 ปี อายุสูงสุดที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่เท่ากับ 20 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่เท่ากับ 15.6 ปี (SD = 2.3 ซึ่งสอดคล้องกับวิจัย พรรณปพร ลีวิโรจน์, อรวรรณ คุณสนอง และเกสร ศรีอุทิศ[6] ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้ข้อมูลการสูบบุหรี่ผ่านสื่อโฆษณา และบรรทัดฐานทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ กล่าวคือ ถ้าครอบครัวมีความสัมพันธ์กันมาก ก็จะส่งผลให้วัยรุ่นมีการสูบบุหรี่น้อยลง แต่ถ้าวัยรุ่นได้รับรู้ข้อมูลการสูบบุหรี่ผ่านสื่อโฆษณามาก และบรรทัดฐานทางสังคมที่มีการยอมรับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมาก จะมีผลต่อการสูบบุหรี่มากเช่นกัน ในส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อาชีพ การมีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ไฟฟ้า และรายได้ ล้วนมีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ผู้ที่มีรายได้สูงและผู้ที่มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามักมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ผู้ที่มีรายได้น้อยมักมีทัศนคติที่ระมัดระวังหรือเป็นลบ ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยกิติพงษ์ เรือนเพ็ชร[7] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 59.3 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ 15.6 ปี (SD - 1.56 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับโรงเรียน (AOR = 2.17, 95% CI = 1.257-3.768) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ (AOR = 2.92 95% CI = 1.712-5.007) การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน CAOR = 2.49, 9S%CI = 1.411-4.423) การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน (AOR = 2.69, 95% CI = 1. 546-4.698) และการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า (AOR = 1.74, 95% CI - 1.011-3.085)

สมมุติฐานการวิจัยที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกมากที่สุด คือประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าถือว่าเป็นยาเสพติดชนิดใหม่และมีสารพิษที่อันตรายมากกว่าบุหรี่ รองลงมา คือ ประเด็น การสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 ครั้งจะเท่ากับ สูบบุหรี่ทั่วไปถึง 15 มวน และมีปริมาณนิโคตินมากกว่าบุหรี่มวนทั่วไป ประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายเทียบเท่าเฮโรอีน และโคเคน บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายเทียบเท่าเฮโรอีน และโคเคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ และในส่วนการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ในประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชน และควันของบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อผู้คนรอบข้าง ทำให้เกิดโรคหัวใจ และความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์ ต่อทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า โดยแหล่งที่มาของข้อมูล ความน่าเชื่อถือ ปริมาณข้อมูล และการเน้นย้ำข้อมูล ล้วนมีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติ หากข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อเท็จจริงที่รอบด้านและน่าเชื่อถือ ผู้คนจะมีแนวโน้มพัฒนาทัศนคติที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงมากขึ้น ขณะที่การรับข้อมูลที่ขัดแย้งหรือไม่ชัดเจนอาจทำให้ทัศนคติเกิดความไม่แน่นอนสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปริมประภา ก้อนแก้ว และ กู้เกียรติ ก้อนแก้ว[3] ศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้ ทัศนคติการเข้าถึงบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในระบบการศึกษา ภาคเหนือ ประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

ของเยาวชนในระบบการศึกษา ภาคเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,328 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ โดยมีข้อเสนอแนะ ให้ผู้ปกครองควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเยาวชน สถานศึกษา ครู/อาจารย์ควรพูดคุยกับเยาวชนในสถานศึกษาถึงพิษภัยของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หน่วยงานปราบปรามที่มีหน้าที่ควบคุมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ควรปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีการจัดทำแคมเปญให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบที่แท้จริงของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น โรงเรียน ศูนย์ชุมชน หรือสื่อท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน เพื่อส่งผลให้มีทัศนคติที่ดี

2. การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพมีการรณรงค์ในเรื่องการเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้าและการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ โดยเน้นประโยชน์ที่ชัดเจน เช่น การลดความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรณรงค์สามารถทำผ่านสื่อในชุมชนที่เข้าถึงง่าย เช่น การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในท้องถิ่น และการสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้การจัดตั้งโปรแกรมหรือศูนย์ช่วยเหลือในการเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่มวน ของโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. อาจเป็นทางเลือกที่สำคัญ โดยใช้วิธีการให้คำปรึกษาหรือกิจกรรมสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูบเลิกได้ง่ายขึ้น พร้อมให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจสำหรับผู้ที่เลิกสูบสำเร็จ

3. การควบคุมและดูแลการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน เป็นการกำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมาย: ควรมีมาตรการที่เข้มงวดในการควบคุมการขายและการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน เช่น การตรวจสอบร้านค้าหรือแหล่งขายที่ผิดกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดการเข้าถึงของบุคคลที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ และการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยสนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลและป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งในการให้ความรู้และสร้างแรงกดดันทางสังคมต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในที่สาธารณะ รวมถึงการช่วยเหลือกันในกลุ่มผู้ที่ต้องการเลิกสูบ

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบของการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการจับกลุ่มสัมภาษณ์ (Focus Group) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับเรื่องของบุหรี่ไฟฟ้าของประชาชน

2 ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยบุคคลแวดล้อมใกล้ชิดไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวรวมถึงเพื่อนสนิทที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการจัดการชุมชนต่อไป

2.4 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าของประชาชนอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวางแผนกำหนดนโยบายลงสู่การปฏิบัติและการบังคับใช้กฎหมายการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้ครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ปัณณทัต บนขุนทด, ถาวรีย์ แสงงาม, ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ และศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์. (2564). บทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น. วารสารศูนย์ อนามัยที่ 9, 15(38), 619-631.

2. สำนักงานสาธารณสุขนราธิวาส. (2566). Health Data Center (HDC). สืบค้น 5 กันยายน 2566.จาก https://nwt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.
3. ปริมประภา ก้อนแก้ว และ กู้เกียรติ ก้อนแก้ว. (2565). การรับรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในระบบการศึกษาภาคเหนือ ประเทศไทย.วารสารควบคุมโรค ปีที่ 48 ฉบับที่ 3, น.551-562.
4. นิยม จันทร์นวล และพลากร สืบสำราญ.(2559). สถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี: ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.วารสารสาธารณสุขล้านนาปีที่19 ฉบับที่1 น.76 – 88.
5. เสาวลักษณ์ มะเหศวร, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์.(2561). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิงจังหวัดฉะเชิงเทรา.วารสารพยาบาลสาธารณสุข , 32(1), 29-44.
6. พรรณปพร ลีวิโรจน์, อรวรรณ คุณสนอง, และเกสร ศรีอุทิศ. (2559).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
7. กิติพงษ์ เรือนเพชร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี CKD3 Corner ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

The development of CKD3 Corner case management model for diabetic patients with renal failure stage 3 at Kaset Wisai Hospital, Roi Et Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

พนารักษ์ คูณศิริปัญญา[1] สุทธิกานต์ สุทธิประภา[1] กำทร ดานา[2] อนุชา ไทยวงษ์[3]
Panaruk koonsiripunya[1] Suttikan suttiprapa[1] Kamthorn Dana[2] Anucha Taiwong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี และศึกษาผลลัพธ์ด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจากการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี CKD3 Corner โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยและพัฒนาระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 กลุ่มผู้ร่วมวิจัย คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกและคลินิคโรคเรื้อรัง จำนวน 10 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ที่มารับบริการช่วงดำเนินการพัฒนา จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลังดำเนินการเกิดแนวทางการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองอย่างเหมาะสม และการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าหลังดำเนินการ ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน ได้แก่ ระดับ HbA1c ลดลง ($p=0.048$), อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ($p<0.001$), ความดันโลหิตลดลง ($p<0.001$), ดัชนีมวลกายลดลง ($p=0.031$), การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำลดลง ($p=0.042$) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ($p<0.001$) และหลังดำเนินการผู้ป่วยไม่มีอุบัติการณ์ณ์ของการเกิดแผลที่เท้า

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3, การจัดการรายกรณี

Abstract

This research and development (R&D) aims to study the situation and problems of diabetic patients with advanced renal failure, develop a case management model, and research nursing outcomes and clinical outcomes of patients from developing the CKD3 Corner case management model, Kaset Wisai Hospital, Roi Et Province. The research and development will be conducted between October 2022 and September 2023. The research group was comprised of ten personnel working in outpatient and chronic disease clinics and 20 diabetic patients with stage 3 kidney failure and was selected according to the selection criteria. The research tools included in-depth interviews and focus group discussion guidelines, general information questionnaires, and clinical data recording forms from medical records. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-tests, and content analysis.

The results of the study found that after the implementation, there was a guideline for appropriate self-management and the development of a case management model for diabetic patients with stage 3 kidney failure, which positively affected clinical outcomes in patients and the satisfaction of stakeholders. The results of the study found that after the implementation, patients had significantly better health outcomes in several aspects, including

[1] โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: kamthorn@smnc.ac.th
[3] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

reduced HbA1c levels (p = 0.048), increased glomerular filtration rate (p < 0.001), reduced blood pressure (p < 0.001), reduced body mass index (p = 0.031), reduced incidence of hypoglycemia (p = 0.042), and reduced hospital admissions (p < 0.001). After the implementation, patients had no incidence of foot ulcers.
Keywords: Diabetic patients with stage 3 renal failure, Case management

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมถึงในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2021 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 783 ล้านคนในปี 2045[1] สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 4.8 ล้านคนในปี 2022 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะไตเสื่อม ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 20-40[2,3] ภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ลดลง เนื่องจากส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการปลูกถ่ายไต ส่งผลให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุขของประเทศ

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมจึงเป็นความท้าทายสำคัญสำหรับระบบสาธารณสุข เนื่องจากต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง รวมถึงการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์เฉพาะทางด้านต่อมไร้ท่อ แพทย์เฉพาะทางด้านโรคไต พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ[1] นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย[4] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือด รวมถึงการชะลอการเสื่อมของไตเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรงพยาบาลเกษตรวิสัยเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก รวมถึงผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย ที่ผ่านมาอำเภอเกษตรวิสัย มีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการ ในปี 2561-2565 มีจำนวน 4,561 4,903 4,981 5,058 และ5,425 ราย มีแนวโน้มสูงมากขึ้นทุกปี และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่เข้ารับบริการใน CKD Clinic จำนวน 324 345 385 318 และ 366 ตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) ยอดสะสม มีจำนวน 90 ราย และมีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง(CAPD) ยอดสะสม มีจำนวน 98 ราย ผู้รับบริการเฉลี่ย 150-250 รายต่อวัน โดยแยกเป็นผู้ป่วยรับยาที่ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และ NCDs Mobile โดยทีมสหวิชาชีพ ที่ รพ.สต.ทั้ง 15 แห่ง ความสำคัญคือการตรวจเลือดประจำปี เพื่อประเมินอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยแต่ละราย ในปี 2561-2565 ตรวจพบ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีจำนวน 1,073 1,025 1,180 1,071 และ1,067 ราย ตามลำดับ แนวโน้มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ต้องมีการให้ความหมายเพื่อว่าผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD ได้เร็วขึ้นและการคัดแยกผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีระบบติดตามค่าการทำงานของไต อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกพบยังไม่มีรูปแบบการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่เห็นผลชัดเจนและมีความต่อเนื่อง การจัดการรายกรณีเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ซึ่งต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง หลักการสำคัญของการจัดการรายกรณีประกอบด้วยการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ การให้ความรู้และการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และการวางแผนการดูแล

เฉพาะราย[5] นอกจากนี้ ยังเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการรักษา การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีที่เหมาะสมจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมทั้งในด้านการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานและมีการประเมินพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง[7] การนำรูปแบบนี้มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว การพัฒนารูปแบบดังกล่าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และอาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ในอนาคต

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มงานที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีมที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาไตเสื่อม จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี CKD3 Corner ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ทั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการที่เหมาะสมและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการพยาบาลผู้ป่วยของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ของอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี CKD3 Cornerของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย จากการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี CKD3 Corner

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 3 ระยะ และดำเนินการศึกษาและพัฒนาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 จำนวน 12 เดือน

ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาไตเสื่อม ระยะเวลา 3 เดือน (ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่งานและเกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปี และคัดผู้ที่ติดภาระงานหรือเรียนต่อ และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยออกจากการศึกษา

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการและตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ (1) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน (2) อายุระหว่าง 35-70 ปี (3) ตรวจการทำงานของไตมีระดับ 3 GFR ที่ 30-59 ml/min. และได้รับการวินิจฉัยว่าไตเสื่อมระยะที่ 3 ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (4) มีผู้ดูแลที่บ้านและหรือสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ (5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

- แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก บุคลากรที่ปฏิบัติงานคลินิกโรคเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก ในด้านสถานการณ์ผู้ป่วย การจัดบริการ ประเด็นปัญหาความต้องการการแก้ไขปัญหา

- แนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 2 ครั้ง เกี่ยวกับประเด็นสถานการณ์ผู้ป่วย การจัดบริการ ประเด็นปัญหาความต้องการการแก้ไขปัญหา บทบาทหน้าที่ ปัญหา

อุปสรรคในการปฏิบัติงานและสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม

- เครื่องมือการรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ทั้งแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) ที่ 0.89 และ 0.94

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 (เดือน มกราคม - เมษายน 2566)

กลุ่มเป้าหมาย เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 10 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ที่มารับบริการช่วงดำเนินการพัฒนา จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้ครอบคลุม

เครื่องมือในรวบรวมข้อมูล คือ แนวทางการสนทนากลุ่มและการระดมสมอง

กิจกรรมการพัฒนา ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. โครงสร้างของจุดบริการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ดำเนินการโดย จัดและออกแบบพื้นที่บริการให้เอื้อต่อการดูแล การบริการ การให้คำปรึกษา ให้ความรู้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และจัดให้มีอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มเติมที่ยังมีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพาและใช้งานอ่านผลง่าย เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

2. ออกแบบกระบวนการบริการพยาบาล โดยเพิ่มกระบวนการพยาบาล ดังนี้ (1) การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมควบคุมโรคและการจัดการเบาหวาน (2) การประเมินสภาวะสุขภาพรายบุคคล ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (3) การวางแผนการดูแล โดยกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว วางแผนการรักษาและการติดตามเฉพาะราย (4) การให้บริการและการติดตาม โดยจัดตารางนัดหมายพบแพทย์และพยาบาล ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านที่สำคัญ เช่น จัดการอาหารในชีวิตประจำวัน จัดการด้านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ และวางแผนติดตามผลการรักษาและปรับแผนการดูแล

หลังดำเนินการผู้วิจัยและทีมฯ ที่ร่วมให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย ได้ลองประเมินผลการปฏิบัติ และให้ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนผล พบประเด็น ดังนี้ (1) การทบทวนกระบวนการบริการ (Process Review) โดยประสิทธิภาพของการคัดกรองความถูกต้องของการคัดกรองตามเกณฑ์มาตรฐานยังพบว่ายังคัดกรองได้มีเป็นไปตามเป้าหมาย ทีมฯยังมีข้อจำกัดในการระบุปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเนื่องจากบางคนขาดความชำนาญเฉพาะด้าน เช่น พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถประเมินภาวะโภชนาการและแบบแผนการทานอาหารผู้ป่วยได้ตรงและแม่นยำ และมีข้อจำกัดในการประเมินการใช้ยาที่ได้คุณภาพ (2) การระบุปัญหาและอุปสรรค (Identification of Challenges) ปัญหาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบริการพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านจำนวนของบุคลากรทางการพยาบาล เช่น ช่วงที่มีการประชุมหรือโครงการพิเศษที่ต้องดำเนินการร่วมกับบริการพยาบาลประจำ ส่งผลให้บุคลากรขาด และไม่เพียงพอต่อการบริการผู้ป่วยจากมุมมองของผู้รับบริการ ผู้ต้องการความกระชับด้านระยะเวลาให้บริการ บางคนมีปัญหาการเดินทางมาพบแพทย์ และมีข้อจำกัดด้านการจัดการชีวิตประจำวัน เช่น อาหารและเวลาในการจัดการตนเอง (3) จากประเด็นที่พบทีมวิจัยจึงดำเนินการระดมความคิดเพื่อแก้ไขและพัฒนา (Brainstorming for Solutions) โดยจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อสะท้อนข้อมูลที่ได้ และหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบต่อเนื่องและศึกษาผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 (เดือน พฤษภาคม - กันยายน 2566) ประกอบด้วย

กระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง และการวัดผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีรายละเอียด ดังนี้

กระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง โดย

ประเด็น	รายละเอียด
ช่องทางการสื่อสาร	-เพิ่มรายละเอียดของการสื่อสารร่วมกันระหว่างทีมบริการสุขภาพ ทั้งในระดับจุดบริการ โรงพยาบาล และในชุมชน -ออกแบบ ชื่อเรียกเฉพาะ คือ “CKD3 Corner”
ทีมที่ให้บริการ	-สนับสนุนการมีส่วนร่วมและการมอบหมายบริการที่เฉพาะทางเพิ่มขึ้นในการร่วมกันบริการผู้ป่วยที่คลินิกไต ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และทีมพยาบาลผู้ดูแลต่อเนื่องในชุมชน
การส่งเสริมด้านความรู้และการจัดการตนเองของผู้ป่วย	-จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะไตเสื่อมในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล -สอนทักษะการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย -จัดกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วย (support group)
การประสานงานและส่งต่อ	-โดยพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างแผนกในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลแม่ข่าย -ประสานงานกับชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

กระบวนการประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย (2) แบบสอบถามความรู้และทักษะการจัดการตนเอง มีองค์ประกอบ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะไตเสื่อม (คะแนน 0-10) 2) ความสามารถในการจัดการอาหาร (คะแนน 0-5) 3) ความสามารถในการจัดการกิจกรรมทางกาย (คะแนน 0-5) 4) ความสามารถในการใช้ยาอย่างถูกต้อง (คะแนน 0-5) (3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 1) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม (ใช้แบบประเมิน SF-36) 2) ระดับความเครียด (คะแนน 0-10) (4) แบบวัดความพึงพอใจต่อบริการ คือ 1) ความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมพยาบาล (คะแนน 0-10) 2) ความพึงพอใจต่อระบบการนัดหมายและติดตาม (คะแนน 0-10) (3) แบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ระดับ HbA1c (%) 2) อัตราการกรองของไต (eGFR) (mL/min/1.73 m^2) 3) ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (mmHg) 4) ดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m^2) 5) ระดับฮีมาโตคริต (%) และ 6) ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (จำนวนครั้งต่อเดือน) การเกิดแผลที่เท้า (มี/ไม่มี) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานหรือภาวะไตเสื่อม โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรง (CVI) ช่วง 0.90-0.94 และแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบระดับความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.677

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและคำนึงถึงหลักการเคารพสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานและกระบวนการหรือคุณภาพของการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และรับรองว่าข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 20 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) มีอายุเฉลี่ย 65.72 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 55 ปีและสูงสุด 76 ปี ด้านการศึกษาส่วนมากจบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 75) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 15.73 ปี โดยผู้ที่เจ็บป่วยนานที่สุดคือ 33 ปี และน้อยที่สุดคือ 7 ปี

ผลลัพธ์ด้านการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี หลังพัฒนาเกิดแนวทางการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เกิดการบริการอย่างเป็นระบบ มีการติดตามตนเอง การประเมินตนเองร่วมการเสริมแรงตนเอง การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยเกิดการมีส่วนร่วมและวางแผนการดูแลตนเอง มีระบบการติดตามช่วยเหลือและแก้ปัญหาระหว่างการจัดการตนเองที่บ้าน การติดตามให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวผ่านการเยี่ยมบ้าน ทางโทรศัพท์และกระตุ้นเตือนผ่านกลุ่มไลน์เป็นระยะ

ตาราง 1 แสดงข้อมูลแนวทางการดูแลและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและผลการดำเนินงาน

หัวข้อ	ประเด็น	ผลการดำเนินการ
1	แนวทางการดูแลและส่งเสริมการจัดการตนเอง	- ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 90.00 (จำนวน 18 คน จาก 20 คน) - จัดทำคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย จำนวน 30 เล่ม ให้ผู้ป่วยทุกรายและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2	การบริการอย่างเป็นระบบ	- จัดตั้งคลินิก CKD3 Corner เฉพาะสำหรับผู้ป่วย โดยให้บริการ 2 วันต่อสัปดาห์ - ระยะเวลารอคอยการรับบริการลดลงจาก เฉลี่ย 120 นาที เหลือ 45 นาที (ลดลงร้อยละ 62.50)
3	การมีส่วนร่วมและวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนสำหรับการดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ ร้อยละ 85 (17 คน) - การจัดทำแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน (Individual Care Plan) สำหรับผู้ป่วยทุกราย 20 คน
4	การติดตามและประเมินตนเอง	- ผู้ป่วยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอร้อยละ 80 (16 คน)
5	การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ	- ประชุมทีมสหวิชาชีพทุก 2 สัปดาห์ - ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน

ผลการศึกษาด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าหลังดำเนินการ ผู้ป่วยมีผลลพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน ได้แก่ ระดับ HbA1c ลดลง ($p=0.048$), อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ($p<0.001$), ความดันโลหิตลดลง ($p<0.001$), ดัชนีมวลกายลดลง ($p=0.031$), การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำลดลง ($p=0.042$) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ($p<0.001$) และหลังดำเนินการผู้ป่วยไม่มีอุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้า อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาระดับฮีมาโตคริตไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยก่อนและหลังดำเนินการ

ผลลัพธ์	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
ผลลัพธ์ทางคลินิก					
1. ระดับ HbA1c ลดลงอย่างน้อย 0.5%	8.42	0.42	7.16	0.84	0.048
2. อัตราการกรองของไต (eGFR)	31.42	4.58	34.71	2.16	<0.001
3. ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (mmHg)	137.41/ 87.65	4.61/ 3.71	117.54/ 78.45	3.24/ 2.19	<0.001
4. ดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m²)	26.91	3.77	24.36	2.41	0.031
5. ระดับฮีมาโตคริต (%)	33.72	6.31	33.26	4.13	0.072
6. การเกิดภาวะแทรกซ้อน					
6.1 การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (จำนวนครั้งต่อเดือน)	3.14	0.37	1.65	0.11	0.042
6.2 การเกิดแผลที่เท้า (มี/ไม่มี)	2 คน	-	-	-	-
6.3 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานหรือภาวะไตเสื่อม (จำนวนครั้งต่อเดือน)	2.41	0.62	1.03	0.07	<0.001

ในด้านความพึงพอใจ พบว่าทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลใหม่ในระดับมากที่สุด โดยรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.71 และบุคลากรที่ร่วมให้บริการ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 98.95

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาจากการพัฒนาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและมีไตเสื่อม ระยะ 3 ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย การศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90 สามารถปฏิบัติตามแผนการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่มีการกำเนินการจัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย (Ahmad & Joshi, 2023) นอกจากนี้ การจัดตั้งคลินิก CKD3 Corner เฉพาะสำหรับผู้ป่วย โดยให้บริการ 2 วันต่อสัปดาห์ ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยการรับบริการลดลงจากเฉลี่ย 120 นาที เหลือเพียง 45 นาที คิดเป็นการลดลงถึงร้อยละ 62.50 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเวลาและทรัพยากรที่ดีขึ้น[8]

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการดูแลตนเองเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 85 มีส่วนร่วมในการวางแผนสำหรับการดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ และมีการจัดทำแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน (Individual Care Plan) สำหรับผู้ป่วยทุกราย นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 80 สามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความตระหนักและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองที่เพิ่มขึ้น[9] การมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินตนเองนี้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[10]

การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วย[11] การจัดให้มีการประชุมทีมสหวิชาชีพทุก 2 สัปดาห์ โดยมีทีมที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการบูรณาการความรู้และทักษะจากหลากหลาย

สาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพนี้ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์[8] ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โดยพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายด้านของผู้ป่วย คือ ด้านการควบคุมเบาหวานและการทำงานของไต พบว่าระดับ HbA1c ลดลง แสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ขณะที่อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น บ่งชี้ถึงการชะลอการเสื่อมของไตอย่างมีประสิทธิภาพ[12] นอกจากนี้ ความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด[13] ส่วนดัชนีมวลกายที่ลดลงสะท้อนถึงการควบคุมน้ำหนักที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อการจัดการเบาหวานและชะลอการเสื่อมของไต

ส่วนประเด็นการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำลดลง ช่วยลดความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น[14] การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานหรือภาวะไตเสื่อมก็ลดลงเช่นกัน สะท้อนถึงการจัดการโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและช่วยลดภาระทางการแพทย์[15] ที่น่าสนใจคือไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าหลังการดำเนินการ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยเบาหวานอย่างไรก็ตาม ระดับฮีมาโตคริตของผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นอย่างชัดเจน ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุและแนวทางการพัฒนาในการบริการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรเพิ่มเติมการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองและจัดตั้งคลินิก CKD3 Corner ไปยังหน่วยบริการอื่นๆ เนื่องจากพบว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้

2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลตนเอง โดยเน้นการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) และการบันทึกข้อมูลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและรับผิดชอบต่อสุขภาพมากขึ้น

3. ควรพัฒนาระบบการประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้มีการประชุมทุก 2 สัปดาห์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Al-Chalabi, S., Sinha, S., & Kalra, P. A. (2024). Enhancing clinical service design for multimorbidity management: A comprehensive approach to joined-up care for diabetes, chronic kidney disease, and heart failure. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, e15403. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/dme.15403
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ศศิธร ตั้งสวัสด, นิพา ศรีช้าง. (2020). การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน: ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561. วารสารวิชาการสาธารณสุข, *29*(6): 967-975.
3. Wongsaroj, K. (2020). The Development of a Disease Is Not Contagious in Thailand. *International Journal of Science and Society*, *2*(4), 180-193. https://doi.org/10.54783/ijsoc.v2i4.203
4. Levengood, T. W., Peng, Y., Xiong, K. Z., Song, Z., Elder, R., Ali, M. K., Chin, M. H., Allweiss, P., Hunter, C. M., Becenti, A., & Community Preventive Services Task Force (2019). Team- Based Care to Improve Diabetes Management: A Community Guide Meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, *57*(1), e17–e26. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.005

5. Timpel, P., Lang, C., Wens, J., Contel, J. C., Schwarz, P. E. H., & MANAGE CARE Study Group (2020). The Manage Care Model - Developing an Evidence-Based and Expert-Driven Chronic Care Management Model for Patients with Diabetes. *International journal of integrated care*, *20*(2), 2. https://doi.org/10.5334/ijic.4646
7. Gatlin, B., Miller, J., & Chang, S. (2024). Optimizing Collaborative Care of Patients with Chronic Kidney Disease Associated with Type 2 Diabetes: An Example Practice Model at a Health Care Practice in Kentucky, United States. *Diabetes therapy : research, treatment and education of diabetes and related disorders*, *15*(1), 1–11. https://doi.org/10.1007/s13300-023-01500-7
8. Lin, C. C., & Hwang, S. J. (2020). Patient-Centered Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease: Challenges and Implications. *International journal of environmental research and public health*, *17*(24), 9443. https://doi.org/10.3390/ijerph17249443
9. Krist, A. H., Tong, S. T., Aycock, R. A., & Longo, D. R. (2017). Engaging Patients in Decision-Making and Behavior Change to Promote Prevention. *Studies in health technology and informatics*, *240*, 284–302.
10. Bourbeau, J. (2020). Defining Patient Engagement, Health Behavior Change, and Disease Self-Management. In: Moy, M., Blackstock, F., Nici, L. (eds) Enhancing Patient Engagement in Pulmonary Healthcare. Respiratory Medicine. Humana, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-44889-9_1
11. Papermaster, A. E., Whitney, M., & Vinas, E. K. (2023). Interprofessional Case Conference Enhances Group Learning and the Quality, Safety, Value, and Equity of Team-Based Care. *The Journal of continuing education in the health professions*, *43*(1), 4–11. https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000485
12. Goh, L. H., Siah, C. J. R., Tam, W. W. S., Tai, E. S., & Young, D. Y. L. (2022). Effectiveness of the chronic care model for adults with type 2 diabetes in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*, *11*(1), 273. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02117-w
13. Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2012). An integrative review of case management for diabetes. *Professional case management*, *17*(2), 72–85. https://doi.org/10.1097/NCM.0b013e318243d473
14. Mattathil R. (2023). Hypoglycemia Management Using a Bundled Care Approach: A Quality Improvement Project. *Journal of nursing care quality*, *38*(2), 141–145. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000670
15. Hyun, M. K., Lee, J. W., & Ko, S. H. (2023). Chronic disease management program applied to type 2 diabetes patients and prevention of diabetic complications: a retrospective cohort study using nationwide data. *BMC public health*, *23*(1), 928. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15763-z

การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Study of efficacy and safety of Thai traditional medical cannabis formula for solving wind and muscle pain in patients at Thai traditional medicine clinic, Suvarnabhumi Hospital.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

พิศมัย ยุ้งกระโทก[1]
Phisamai Yungkratok[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยของตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ทำการศึกษาในช่วงเดือน สิงหาคม 2565-กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอาการปวดที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมความปลอดภัย, แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินความปลอดภัย แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเพศหญิง ร้อยละ 73.33 ช่วงอายุส่วนมาก อยู่ในช่วง 41-50 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.67 เท่ากัน สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 56.67 การศึกษาส่วนมากประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 ส่วนมากมีอาการปวดขาและปวดเอว ร้อยละ 26.67 ประเภทตำรับกัญชาที่ใช้ร่วมคือตำรับลายพระสุเมรุ ร้อยละ 20.00 อาการที่ใช้รักษาร่วมคือนอนไม่หลับ ร้อยละ 26.67 ภายหลังการใช้ผลของโปรแกรมส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ระดับประสิทธิผลความปลอดภัย และ ความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (t = 6.28, 6.09)

คำสำคัญ: ความปลอดภัย, ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย, การลดอาการปวด

Abstract

This research was quasi-experimental research. Aim to compare results of safety promotion program of Thai traditional medical cannabis formula, Kaelom Kaesen formula, reducing muscle pain. The study was conducted during August 2022-July 2023, a total of 12 months. Sample group was 30 people with pain who came to receive Thai traditional medicine services. Research tools included safety promotion program, general information questionnaire, safety assessment form, and satisfaction assessment form. Data were analyzed by descriptive statistics. And compare the mean scores before and after using inferential statistics paired t-test.

The results of the study found that the majority of the sample group was female, 73.33 percent. The majority of the age range was 41-50 years and 60 years and over, 26.67 percent. Married status was 56.67 percent. Most of the education was primary school, 53.33 percent. Most of them had leg pain and back pain, 26.67 percent. The type of cannabis formula used was the Phra Sumeru formula, 20.00 percent. The symptom used for treatment was insomnia, 26.67 percent. After using the results of the program to promote the effectiveness and safety of using cannabis formulas in Thai traditional medicine, the formula to relieve wind and muscle pain, the effectiveness, safety, and satisfaction levels increased significantly at a statistical level of .05 (t = 6.28, 6.09).

Keywords: Safety Cannabis, Thai traditional medical cannabis recipe, pain relief by cannabis

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

บทนำ

กัญชาเป็นพืชที่มนุษย์ใช้กันทั่วโลกมามากกว่า 5,000 ปี ตั้งแต่ยุคสมัยโรมันตอนต้นที่นำมารักษาโรคและความเจ็บปวดต่างๆ และในแถบประเทศจีน ก็มีการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคมานานประมาณ 2500 ปี สำหรับทางการแพทย์แผนไทยมีการใช้กัญชานานกว่า 300 ปี กัญชาจัดเป็นพืชตระกูล Cannabis family มีทั้งสิ้น 3 สายพันธุ์ ได้แก่ Cannabis sativa, Cannabis indica และ Cannabis ruderallis[1] สายพันธุ์กัญชาที่นามาใช้ในทางการแพทย์มากที่สุดคือสายพันธุ์ Cannabis sativa ซึ่งสายพันธุ์นี้สามารถสกัดได้สารออกฤทธิ์ มากกว่า 100 ชนิด และที่ใช้ประโยชน์และพบมากที่สุด คือ Delta-9 tetrahydrocannabinol: THC และ Cannabidiol: CBD) สาร 2 ตัวนี้มีฤทธิ์ ยับยั้ง กระตุ้น ระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน ผ่านระบบ Endocannabinoid และสามารถใช้ในการรักษาอาการปวด อาการของโรคพาร์กินสัน มะเร็ง ลมชัก บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่เนื่องจากกัญชามีฤทธิ์ทำให้เสพติด จึงถูกจัดอยู่ในสารเสพติดประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ หลังจากมีการศึกษาและวิจัยว่ากัญชาสามารถใช้รักษาบรรเทาอาการปวดต่างๆได้[2] ทั่วโลกจึงเริ่มมีการใช้เพื่อทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย โดยประเทศไทยได้ประกาศให้กัญชาสามารถใช้เพื่อทางการแพทย์ตามกฎหมายได้เมื่อปี 2562

การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยเริ่มมีการใช้เพิ่มมากขึ้นในหลายโรงพยาบาล แต่ยังพบปัญหาในทางปฏิบัติ จากการศึกษาระบบกัญชาในประเทศไทยมี 3 ระบบ ประกอบด้วยระบบกัญชาทางการแพทย์ ระบบกัญชาแพทย์แผนไทย และระบบกัญชาแผนโบราณ จากการทำงานพบว่ามีปัญหาในด้าน ผู้ป่วยต้องการใช้ตามความต้องการของตนเองไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของแพทย์ผู้รักษา ในขณะที่แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยจะจ่ายกัญชารักษาก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ชัดเจนเท่านั้น และระบบปัจจุบันยังขาดการแนะนำการจัดการระบบส่งต่อการปิดบังข้อมูลการใช้ยาระหว่างการแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย โดยมีผู้ใช้ยาทั้ง 2 แขนงโดยไม่แจ้งแพทย์ผู้รักษาทำให้การพยากรณ์รักษาโรคยากยิ่งขึ้น[3]

การกัญชาเพื่อการรักษาความปวด มีการนำกัญชามาใช้อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดเรื้อรัง และมีแนวโน้มการใช้เพิ่มมากขึ้น มีการนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ปวดกล้ามเนื้อแรงงานในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาแต่ยังพบปัญหาการใช้กัญชาเพื่อการแก้ปวดเกินขนาดทำให้เสียชีวิตในกลุ่มนี้ด้วย และพบว่าการใช้กัญชาเป็นทางเลือกใหม่ในกลุ่มที่ใช้ยา Opioid[4] เป็นประจำซึ่งอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตในผู้ป่วยที่ใช้ Opioid เป็นจำนวนมากและต่อเนื่อง กลไกของกัญชาที่ใช้เพื่อจัดการความเจ็บปวดพบว่าสารจากกัญชาทำให้ระดับของสาร Serotonin เพิ่มมากขึ้นซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบยับยั้งความรู้สึกปวด ที่ส่งสัญญาณกลับมาจากสมองให้ปรับสัญญาน Modulation ซึ่งเกิดผลดีในการบรรเทาความปวด Neuropathic pain ทำให้มีการใช้กัญชามากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งและมะเร็ง และกัญชาได้รับการแนะนาให้ใช้เพื่อลดอันตรายแทนการใช้ Opioid ที่เพิ่มมากขึ้นอีกทั้ง ลดการติดยากลุ่ม Opioid และผ่อนคลายอาการปวดลงได้

คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ[5] เป็นหน่วยบริการที่เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยตารับยาแผนไทยที่มีกัญชาผสมอยู่ ตามแนวทางการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีหลักเกณฑ์การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โดยมีบุคลากรที่ผู้ให้บริการได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 และเป็นแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ปฏิบัติตามแนวทางการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการตามกลุ่มอาการโรคที่สามารถรักษาได้ด้วยตารับยาแผนไทยที่มีกัญชาตำรับแก้ลมแก้เส้น

ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยต้องดำเนินการไปอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ตามรับยาแผนไทยตำรับแก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อให้บริการแก่คนในชุมชน

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ตำรับแก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสภาการแพทย์แผนไทย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิผลและความปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไปผู้มารับบริการที่ใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อจากอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลความปลอดภัยในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ก่อน-หลัง เข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยในผู้มารับบริการจากอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ ก่อน-หลัง เข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยในผู้มารับบริการจากอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วิธีการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ภายหลังการอบรมให้ความรู้ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565-กรกฎาคม 2566 ในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ จำนวน 628 คน ที่ใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อโดยมาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้ของตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยมาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนสิงหาคม 2565-กรกฎาคม 2566 คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจให้เข้ารับกระบวนการอบรมตามโปรแกรมส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

3. แบบประเมินระดับประสิทธิผลและความปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประสิทธิผลความปลอดภัย และ ความพึงพอใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับคะแนนประสิทธิผลและความปลอดภัย และคะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ส่วนมากเพศหญิง จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33 และเพศชาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 ช่วงอายุส่วนมาก อยู่ในช่วง 41-50 ปี และ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 เท่ากัน และ 51-60 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.67 รองลงมาหม้าย จำนวน 9 คน 30.00 และ โสด จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 รองลงมามัธยมต้น จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และปริญญาตรี จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ จุดที่รักษาอาการปวดด้วยตำรับกัญชา ส่วนมากมีอาการปวดขาและปวดเอว จำนวน 8 คน เท่ากัน ร้อยละ 26.67 รองลงมาอาการปวดไหล่ จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 และ อาการปวดแขน และ ปวดเข่า จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ประเภทตำรับกัญชาที่ใช้ร่วม ส่วนมากใช้ตำรับเดียว จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมาทำใช้ตำรับลายพระสุเมรุ จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 และ น้ำมันกัญชาหมอเดชา จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ โรคที่ใช้รักษาร่วมส่วนมากนอนไม่หลับ จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 รองลงมาปวดกล้ามเนื้อร่างกาย จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.33 และ โรคมะเร็ง จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

2. กระบวนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย 8 กระบวนการ 1) การส่งเสริมความปลอดภัยด้านการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์ 2) ส่งเสริมการใช้ตำรับยากัญชาแก้ปวดให้เป็นไปตามความจำเป็นใช้อย่างถูกต้อง การใช้ปริมาณที่ถูกต้องเหมาะสม 3) กำหนดคุณสมบัติผู้สั่งใช้กัญชาต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะและผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของกระทรวงสาธารณสุข 4) จัดทำโครงการเชิงรุกในชุมชนออกให้ความรู้แก่กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ 5) นำร่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยให้บริการ ทั้งหมด 4 แห่ง 6) จัดกิจกรรมร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนออกให้บริการ ตรวจคัดกรองวินิจฉัย และสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำร่อง 7) จัดทำโปสเตอร์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องกัญชากัญชาแก้ปวด 8) พัฒนาคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการให้ได้มาตรฐาน

3. ผลของโปรแกรมส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

3.1 การเปรียบเทียบระดับประสิทธิผลความปลอดภัย ก่อน-หลัง การเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยที่ใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาล

สุวรรณภูมิ ก่อนเข้ารับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยระดับประสิทธิผลความปลอดภัย มีค่า 3.34 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยระดับประสิทธิผลความปลอดภัยสูงขึ้น มีค่า 4.93 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับประสิทธิผลความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.28)

3.2 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยที่ใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ก่อนเข้ารับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจมีค่า 3.49 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ มีค่า 4.12 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับประสิทธิผลความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.09) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบประสิทธิผลความปลอดภัย และระดับความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยที่ใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ (n=30)

รายการ	Mean	S.D.	t	p-value
ระดับประสิทธิผลและความปลอดภัย				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.34	1.27	6.28	<.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.37	1.54		
ระดับความพึงพอใจ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.49	1.24	6.09	<.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.12	1.49		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่ใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน ระดับการศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จุดที่รักษาอาการปวดด้วยตำรับกัญชาส่วนมากมีอาการปวดขาและปวดเอว ปวดไหล่ และ ปวดแขน ประเภทตำรับกัญชาที่ใช้ร่วม ส่วนมากใช้ตำรับเดียว รองลงมาทำใช้ตำรับลายพระสุเมรุ และ น้ำมันกัญชาหมอเดชา โรคที่ใช้รักษาร่วมส่วนมากนอนไม่หลับ รองลงมาปวดกล้ามเนื้อร่างกาย และ โรคมะเร็ง ตามลำดับ เนื่องจากการปวดเมื่อยจากการทำงาน และมีโรคประจำตัว ทำให้เพิ่มปัญหา และกัญชาเป็นทางเลือกสำคัญในการระงับอาการปวด สอดคล้องกับ นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ[6]

กระบวนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ เน้นกระบวนการส่งเสริมความปลอดภัย การใช้ปริมาณที่ถูกต้อง ใช้แพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยที่เป็นผู้จ่ายยาเท่านั้น ให้ความรู้เชิงรุกในชุนชน ส่งเสริมนำร่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ทำให้ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ[7]

ผลของโปรแกรมส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ที่มาบำบัดรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยระดับประสิทธิผลความปลอดภัย และความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการดำเนินงาน

และการทำงานร่วมกันอย่างจริงจังในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัยแบบเป็นระบบ สอดคล้องกับ ดุษฎี ศรีธาตุ และคณะ[8]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการความปลอดภัยในการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อควรสนับสนุนความรู้และความพึงใจของผู้มารับบริการเป็นสำคัญ

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้เรื่องกัญชาลดปวดในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาโดยการใช้โปรแกรมความปลอดภัยในการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตำรับ แก้ลมแก้เส้น ลดอาการปวด ไปประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่และ พัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 2 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยคลินิกแพทย์แผนไทยในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Lake, S., Walsh, Z., Kerr, T., Cooper, Z.D., Buxton, J., Wood, E. Frequency of cannabis and illicit opioid use among people who use drugs and report chronic pain: A longitudinal analysis. PLOS Med 2019; 16(11):2967-73.
2. สุขุม กาญจนพิมาย. กระทรวงสาธารณสุข เตรียมเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล สร้างโอกาสการรักษา ประชาชนเข้าถึงการรักษาด้วยยากัญชาอย่างปลอดภัย. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม 2565]. จาก:https://pr.moph.go.th
3. Parka JY, Wua LT. Prevalence, reasons, perceived effects, and correlates of medical marijuana use. Drug and Alcohol Dependence 2017; 177:1-13.
4. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี. เวทีจุฬาฯ เสวนา ครั้งที่ 19 เรื่อง “กัญชา เพื่อเยียวยาสุขภาพ?”. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2565]. จาก: https://www.chula.ac.th.
5. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. รายงานสถานการณ์คลินิกการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2566.
6. นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ. กัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด:บทบาทพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.2564; 5(1): 1-10.
7. ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ. ประสิทธิผลของสารสกัดกัญชาคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.2564; 19(1): 19-33.
8. ดุษฎี ศรีธาตุ และคณะ. การให้บริการตารับยาที่มีกัญชาปรุงผสมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร. วารสารวิชาการ กัญชา กัญชง และสมุนไพร มทร.อีสาน วข.สกลนคร 2565; 1(1): 1-8.

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย

Effects of Self-Management Program Application for Behavior Blood Sugar Control of Type 2 Diabetic Patients in Phon Phisai Hospital

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

ภัคทิพา จันบุตรดี[1], พันธ์ทิพย์ ศรีตะบุตร[1]
Phakthipha Junbutdee[1], Panthip Sritabut[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 22 คน ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2566-พฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือจัดกิจกรรมตามโปรแกรม, แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบทดสอบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการการตนเอง สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 63.6 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 55.04 ปี (S.D.=8.2) สถานภาพสมรส ร้อยละ 86.4 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 59.10 เกษตรกร ร้อยละ 50.00 โปรแกรมประยุกต์ มี 5 แนวทาง ดังนี้ 1) มีรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2) ให้ความรู้ผู้ป่วยแบบกลุ่มรวมกัน 3) บูรณาการทีมดูแลต่อเนื่องชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) บูรณาการทีมพยาบาล NCD ร่วมกับ IT เพื่อใช้เทคโนโลยีดูแลผู้ป่วย 5) ติดตามประเมินผลรายบุคคลทาง Telemedicine, Application line และทางโทรศัพท์ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังการใช้โปรแกรมทำให้ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=5.69, 5.12, 6.68 ตามลำดับ)
คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, การจัดการตนเอง, การประยุกต์ใช้โปรแกรม

Abstract

This research was quasi-experimental research. Aim to study the effect of applying a self-management program to control blood sugar levels in type 2 diabetes patients at Phonphisai Hospital. Sample group was 22 type 2 diabetes patients. Study was during October 2023-May 2024 total of 8 months. Research tools included program activity organizing tools, general data collection forms, knowledge, attitude and self-management behavior tests. The statistics used were descriptive statistics and before-after comparison using the paired t-test.

The results of the study found that the sample group Most of them were women (63.6 percent), had an average age of 55.04 years (S.D. = 8.2), were married (86.4 percent), had primary education (59.10 percent), and were farmers (50.00 percent). The application had 5 approaches as follows: 1) Having a health education model that was in the same direction 2) Providing knowledge to patients in groups 3) Integrating the community continuous care team to care for patients at home 4) Integrating the NCD nursing team with IT to use technology to care for patients 5) Follow-up and evaluate each individual via Telemedicine, Application line, and by phone. Within 1 week after using the program, knowledge, attitude, and self-management behaviors, the average scores increased in all areas with statistical significance at the .05 level (t = 5.69, 5.12, 6.68, respectively). In conclusion, the program should be adapted to the local context, emphasizing continuous care in the community, using technology, and promoting self-management in diabetic patients, which will be most successful.
Keywords: Type 2 diabetes, self-management, program application

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน ของร่างกายทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง องค์กรอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากถึง 436 ล้านคนจากประชากรโลก[1] เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาสูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต ชาปลายมือปลายเท้า รวมถึงเป็นแผลหายยาก บางรายอาจจำเป็นต้องตัดขา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีสามารถป้องกัน ลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus, T2DM) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนทั่วโลก พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มจะนวนอย่างต่อเนื่องทุกปี จากข้อมูล IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน[1] สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน[1] ซึ่งผลกระทบตามมาพบว่าส่งผลให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[2] การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง ระหว่าง 80-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและไม่เกิน 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายเป็นสิ่งที่ยากในการจัดการตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานแนะนำให้รักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมาย ซึ่งการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยการรับประทานอาหารที่สมดุลกับการมีกิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ การผ่อนคลายความเครียดและการสนับสนุนจากครอบครัวสังคม จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การจัดการตนเองเป็นการส่งเสริมสุขภาพภายในตัวบุคคลให้สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ โดยมีองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพ 9 ด้าน คือ การประเมินแบบแผนสุขภาพ การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย ด้านอาหาร พฤติกรรมเสี่ยง ความเครียด สุขภาพในมิติจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพและการประเมินวิถีชีวิต ซึ่งงานวิจัยในอดีตได้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มาจากการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จัดการความเครียดไม่เหมาะสม แนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการกำกับดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเกิดจากหลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าหลายการศึกษาให้ความเห็นในทิศทางเดียวกันว่าหากผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีการการปฏิบัติ

ตัวที่ถูกต้องจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพนพิสัยมีปัญหาในลักษณะเดียวกัน ซึ่งยังไม่เคยศึกษาวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศอันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งหากมีการศึกษาผู้วิจัยคาดหวังว่า จะสามารถสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และนำไปสู่การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้[5]

โรงพยาบาลโพนพิสัย[6] ให้บริการ คลินิกเบาหวาน ทุกวันอังคารและวันพุธ (เฉพาะวันเวลาราชการ) และให้บริการเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 1แห่ง โดยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันโดยมีแพทย์ออกตรวจเชิงรุกเดือนละครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพนพิสัย ปีงบประมาณ 2564-2566 เฉลี่ย 150–220 รายต่อวัน มีจำนวนป่วยเบาหวานในปี พ.ศ 2564-2566 จำนวน 5,160, 5,256 และ 5,492 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเบาหวานเท่ากับ 540.28, 709.36 และ 793.80 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[4] นอกจากนี้มีจำนวนนี้มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 2,468 ,2,881 และ 1,115 คิดเป็นร้อยละ 47.83, 54.81 และ 20.30 ตามลำดับ พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (> 40%) อยู่ที่ร้อยละ 20.30 แนวโน้มผู้ป่วยแนวโน้มของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานขาดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในระยะยาว เนื่องจากยังไม่มีอาการของโรคแทรกซ้อน ขาดการจัดการตนเองไม่เหมาะสม การควบคุมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเองได้ไม่ดี นอกจากนี้พบว่ายังขาดการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติตัวยังเป็นไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบดั้งเดิมที่เคยปฏิบัติมา เช่น การรับประทานข้าวเหนียว รับประทานอาหารตามงานบุญ งานเลี้ยงสังสรรค์หลังสถานการณ์โควิดผ่อนคลาย รับประทานผลไม้ตามฤดูกาล ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม สุรา หลังทำงานหนัก อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าว ยังปรากฏให้เห็นอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว พบว่ายังมีผู้ศึกษาการดูแลตนเองตามประเพณีภาคตะวันออกเฉียงเหนือในผู้ป่วยเบาหวานน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย โดยใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง[5] เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาความสามารถตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้อกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องและควบคุมระดับน้ำตาลได้และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย
3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย

วิธีการวิจัย

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One

group pretest – posttest design) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2567 รวม 8 เดือน โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมี ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอดอาหารเช้า Capillary Plasma Glucose (CPG) มากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยที่รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพนพิสัย ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพนพิสัย ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรของดังนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาดตัวอย่าง จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน ของ Lwanga SK & Lemeshow ดังนี้[29]

$$n = \frac{N Z^2_{\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}{d^2(N-1) + Z^2_{\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}$$

แทนค่า

โดย N คือขนาดประชากร จำนวน 250

P เป็นค่าสัดส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้[11] เท่ากับ 0.69

d เป็นค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้น เท่ากับ 0.05 และ Z เท่ากับ 1.96

ผลการคำนวณ 21.73 คน ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างรวม 22 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากจากทะเบียนรายชื่อ จนครบตามจำนวน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 รวม 8 เดือน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการจัดกิจกรรม คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) รวมจำนวน 9 ข้อ

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นแบบ ผิดถูก จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ประเมินตามเกณฑ์ของบลูมการแปลความหมาย (Bloom) ของคะแนนรวม คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

2.3 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคเบาหวาน ในการปฏิบัติ 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ประเมินตามเกณฑ์ของบลูมการแปลความหมาย (Bloom) ของคะแนนรวม คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติ 5 ระดับ โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมิน ตามเกณฑ์ของบลูมการแปลความหมาย (Bloom) ของคะแนนรวม คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการรักษาพยาบาล, ข้อมูลผลการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบในคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย จังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง และปัญหาในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย การวิเคราะห์ปัญหา พบว่า โรงพยาบาลโพนพิสัยมีผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในช่วงที่เข้าร่วมกิจกรรม อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบ HosXp.ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในปี พ.ศ.2564 ถึง พ.ศ. 2566 จำนวน 1,574, 1,739 และ 3,015 ราย ตามลำดับ นับว่าเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง จึงมีการออกเชิงรุกเก็บข้อมูลในพื้นที่ โรงพยาบาลมีแพทย์ทั่วไปออกตรวจ 3 คน และอายุรแพทย์ 1 คน นอกจากนี้ยังมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนากร และนักวิชาการเชี่ยวชาญด้านเลิกบุหรี่ร่วมให้การดูแลผู้ป่วย การจัดบริการเป็น One Stop Service ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยจัดกลุ่มจัดกิจกรรมระหว่างรอตรวจ ให้สุขศึกษาให้ข้อมูลสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลตนเองในระดับบุคคลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน (Case Manager) นอกจากนี้ยังการจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การปรึกษาโภชนากร เภสัชกร กายภาพตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กรณีพบปัญหาในการดูแลในแต่ละรายมีการนำมาทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า จึงเห็นได้ว่าแม้มีการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ยังพบปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งเป็นปัญหาที่ทีมสหวิชาชีพเห็นว่าควรมีการพัฒนาค้นหารูปแบบการดูแลเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีการจัดการตนเองจะสามารถทำให้มีความรู้ความเข้าใจนำไปสู่การปฏิบัติตัวและกำกับตนเองเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพนพิสัยมีปัญหาในลักษณะเดียวกัน ซึ่งยังไม่เคยศึกษาวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศอันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ การดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และนำไปสู่การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่อไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 22 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 63.6 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 55.04 ปี (S.D.=8.2) ต่ำสุด 40 ปี และสูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 86.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในประถมศึกษา ร้อยละ 59.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 50.00 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 36.46 เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8 ปี (S.D.=5.5) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 23 ปี มีโรคอื่นร่วม ร้อยละ 81.82 ได้แก่ HT และ HT, DLP ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

2. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ ในการส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จึงเป็นงานที่ต้องคิดค้นองค์ความรู้ และใช้เทคโนโลยีใหม่ๆไปสู่การพัฒนายกระดับ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยยกระดับการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง กลุ่มโรคเบาหวาน จากเดิมที่ไม่มีแนวทางให้ความรู้ที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกันของพยาบาลผู้ให้

ความรู้ จนมีแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมไปในทางเดียวกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย โดยวางแผนร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ สนับสนุนและติดตาม กำกับให้มีการปฏิบัติต่อเนื่องในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัย ได้ดำเนินการร่วมกับทีมผู้ให้บริการโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 10คน ประกอบด้วย โดยมีผลการดำเนินการจากการศึกษาระยะ

จึงได้โปรแกรมการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย และเพื่อที่จะนำเอาผลของการศึกษามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย มีดังนี้ 1) มีรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2) จัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้ 3) ประสานทีม COC เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) ทีมพยาบาล NCD ร่วมกับ IT จัดทำLine official โดยกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งาน Application Line ได้ หรือ ผู้ป่วยวัยชราที่มี Care giver ที่มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งาน Application Lineได้ โดยจัดทำ QR code Scan เพื่อเข้าร่วมกลุ่ม (5) ติดตามประเมินผลรายบุคคลทาง Telemedicine ,Application line และทางโทรศัพท์ภายใน 1 สัปดาห์หลังเข้ากลุ่ม ตามการวิเคราะห์ดังนี้

3. ผลการใช้การประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

3.1 ผลการประเมินระดับความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความรู้ผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5 คะแนนเฉลี่ย 10.0 คะแนน (S.D.=2.0) ต่ำสุด 5 คะแนน และสูงสุด 12 คะแนน และหลังใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 27.3 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 12.8 คะแนน (S.D.=1.7) ต่ำสุด 9 คะแนน และสูงสุด 15 คะแนน

3.2 ระดับเจคติต่อโรคเบาหวาน ก่อน-หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับเจตคคติ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.5 คะแนนเฉลี่ย 5.8 คะแนน (S.D.=1.9) ต่ำสุด 3 คะแนน และสูงสุด 9 คะแนน และหลังทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 22.7 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 7.9 คะแนน (S.D.=1.9) ต่ำสุด 3 คะแนน และสูงสุด 10 คะแนน

3.3 ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.46 คะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน (S.D.=1.4) ต่ำสุด 1 คะแนน และสูงสุด 6 คะแนน และหลังใช้โปรแกรมระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.42 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 5.76 คะแนน (S.D.=1.8) ต่ำสุด 3 คะแนน และสูงสุด 9 คะแนน

3.4 ระดับน้ำตาล DTX ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับค่าน้ำตาล DTX สูงเกินเกณฑ์ทุกคน ค่าเฉลี่ย 225.54 (S.D.=37.55) ต่ำสุด 180 และสูงสุด 326 และหลังการใช้โปรแกรม พบว่ามีระดับน้ำตาล DTX ที่รับได้ตามเกณฑ์ของโรงพยาบาล ร้อยละ 81.8 และมีค่า

ระดับน้ำตาล DTX สูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 18.23 ค่าเฉลี่ย 157.76 (S.D.=46.0) ต่ำสุด 91 และสูงสุด 267

3.5 ระดับน้ำตาล HbA1c ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า ระดับค่า HbA1c สูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 95.5 ค่าเฉลี่ย 9.3 (S.D.=1.5) ต่ำสุด 6.1 และสูงสุด 12.7 และหลังใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล มีระดับค่า HbA1c สูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 95.5 ค่าเฉลี่ย 6.6 (S.D.=1.2) ต่ำสุด 6.6 และสูงสุด 11.7

3.6 การเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล การเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภายหลังการใช้การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=5.69, 5.12, 6.68) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล (n=22)

รายการ	Mean	S.D.	t	p-value
ระดับความรู้ต่อโรคเบาหวาน				
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	10.02	2.01	5.69	0.043*
หลังใช้โปรแกรมฯ	12.82	1.73		
ระดับเจตคติต่อโรคเบาหวาน				
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	5.82	1.93	5.12	0.032*
หลังใช้โปรแกรมฯ	7.92	1.94		
ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง				
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	3.21	1.42	6.68	0.002*
หลังใช้โปรแกรมฯ	5.76	1.82		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ปัญหาที่พบในพื้นที่สาเหตุเกิดจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานจัดการตนเองไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานขาดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในระยะยาว เนื่องจากยังไม่มีอาการของโรคแทรกซ้อน ขาดการจัดการตนเองที่เหมาะสม การควบคุมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเองได้ไม่ดี แบบแผนการดำเนินชีวิตแบบดั้งเดิมที่เคยปฏิบัติมา เช่น การรับประทานข้าวเหนียว รับประทานอาหารตามงานบุญ งานเลี้ยงสังสรรค์หลังสถานการณ์โควิดผ่อนคลาย รับประทานผลไม้ตามฤดูกาล ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม สุรา หลังทำงานหนัก การดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายขาดการนำมาทบทวน ขาดการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ขาดรูปแบบการดูแลเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพนพิสัยมีปัญหาในลักษณะเดียวกัน ซึ่ง

ยังไม่เคยศึกษาวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศอันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกับสภาพปัญหา และนำไปสู่การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ อภิชัย สิรกุลจิรา[7]

โปรแกรม มี 5 แนวทาง ดังนี้ 1) มีรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2) จัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้ 3) ประสานทีม COC เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) ทีมพยาบาล NCD ร่วมกับ IT จัดทำ Line official โดยกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งาน Application Line ได้ หรือ ผู้ป่วยวัยชราที่มี Care giver ที่มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งาน Application Lineได้ โดยจัดทำ QR code Scan เพื่อเข้าร่วมกลุ่ม 5) ติดตามประเมินผลรายบุคคลทาง Telemedicine ,Application line และทางโทรศัพท์ ภายใน 1 สัปดาห์ เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการกำกับดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเกิดจากหลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าหลายการศึกษาให้ความเห็นในทิศทางเดียวกันว่าหากผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีการการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพนพิสัยมีปัญหาในลักษณะเดียวกัน ซึ่งยังไม่เคยศึกษาวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศอันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งหากมีการศึกษาผู้วิจัยคาดหวังว่า จะสามารถสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และนำไปสู่การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ สอดคล้องกับ ดวงใจ พันธ์อารีวัฒนา[8] และสอดคล้องกับ ธีร์ธวัช บรรลือคุณ[9]

ผลการใช้โปรแกรมทำให้ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภายหลังการใช้ การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เนื่องจาก ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ทบทวนเคสการให้สุขศึกษาหรือการให้คำแนะนำผู้ป่วย การใช้แนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทันสมัย สอดคล้องกับ จงรัก สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาใสโสภณ[10] และสอดคล้องกับ สุรีย์พร ปัญญาเลิศ และคณะ[11]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษา ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในคลินิกเบาหวานที่หลากหลายเพื่อจะได้ออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ครอบคลุมทุกมิติมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการสนับสนุนทีมพยาบาล NCD ร่วมกับ IT จัดทำ Line official ให้มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

3. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งาน Application Line ได้ หรือ ผู้ป่วยวัยชราที่มี Care giver ที่มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งาน Application Line ได้ โดยจัดทำ QR code Scan เพื่อเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งใช้เทคโนโลยีไม่ค่อยได้ และต้องดูแลเป็นพิเศษ

4. ควรมีการบูรณาการร่วมกันกับทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC) เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

5. ควรมีการทดลองรูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วย เพื่อจะได้ทราบผลของประสิทธิของแนวทางการปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวาน และบุคลากรคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพนพิสัย ภาคีเครือข่าย

สุขภาพอำเภอโพนพิสัย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนพิสัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Diabetes. [Internet].2022. [cited 2022 October 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/diabetes.

2.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2558.

3.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2565. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2565.

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ:สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ;2560.

5.กรรณิกา สายแดง. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่, วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2559.

6.กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโพนพิสัย. รายงานผู้ป่วยเบาหวานจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 2567.

7.อภิชัย สิรกุลจิรา.ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับการเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.วารสารกรมการแพทย์. 2560; 42(1): 112-117.

8.ดวงใจ พันธ์อารีวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี. ว.แพทย์เขต 4-5 2561;37(4):294-305

9.ธีร์ธวัช บรรลือคุณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีษเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;37(1):53-64.

10. จงรัก สุวรรณรัตน์ และ ธณกร ปัญญาใสโสภณ. การพัฒนารูปแบบระบบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565; 40(2): 95-104.

11.สุรีย์พร ปัญญาเลิศ, นิรัตน์ อิมามี และวรากร เกรียงไกรศักดา. การกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขศึกษา 2560; 40(1):69-81.

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

Model of health behavior changing in new patients with type 2 diabetes at Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

บรรจง เมตตา[1]
Banjong Metta[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ และศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน สิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 2567 จำนวน 2 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด จำนวน 28 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงาน ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด โดยรวมละรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมากและความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่

Abstract

This study was action research. The objectives are to study the health status and health literacy of new type 2 diabetic patients and to study the health behavior modification model of new type 2 diabetic patients at Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District. Study period between August and October 2024, a total of 2 months. The sample group includes 28 new type 2 diabetic patients at Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that after the implementation, the understanding of new type 2 diabetic patients at Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, overall and in each item was at the highest level. The health behavior of new type 2 diabetic patients at Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, after the implementation, overall and in each aspect, was at a very appropriate level. The understanding and health behavior of new type 2 diabetic patients at Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, was significantly different at the .05 level. The understanding and health behavior of new type 2 diabetic patients at Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Yang Talat District, after the implementation had a higher mean score than before the implementation.

Keywords: Health behavior modification, New type 2 diabetic patients

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย จากข้อมูล IDF Diabetes Atlas พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดการณ์ว่าภายในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มขึ้นมากถึง 783 ล้านคน [1] สำหรับประเทศไทย 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]

โรคเบาหวาน เกิดจากการที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรค ได้แก่ 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM)เกิดจากเซลล์ตับอ่อนถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ขาดอินซูลิน มักพบในเด็ก 2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T1DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน มักพบในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนร่วมด้วย 3) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM)เป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ มักเกิดเมื่อไตรมาส 2-3 ของการตั้งครรภ์ และ 4) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes) มีได้หลายสาเหตุ เช่น โรคทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน โรคทางต่อมไร้ท่อ ยาบางชนิด เป็นต้น ประเทศชาติ[3]

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกายทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ [3] เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากเบาหวาน ทำได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาล ในปัจจุบันระดับน้ำตาลที่เป็นเป้าหมายจะมีค่าที่เหมาะในผู้ป่วยแต่ละรายโดยขึ้นกับอายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อน ความเจ็บป่วยและโรคร่วม รวมถึงประวัติการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าเป็นเบาหวานมาไม่นานไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงค่าปกติ หรือระดับ A1C < 6.5% (ถ้าเป็นไปได้) หรือ < 7% ในขณะผู้ที่เป็นเบาหวานมานานและมีภาวะแทรกซ้อน หรือโรคร่วมหลายโรคที่รุนแรง เป้าหมายของระดับ A1C ประมาณ 7-8% ส่วนในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี ถ้าไม่มีโรคร่วม ควรควบคุมให้เป้าหมายของ A1C < 7% ถ้ามีโรคร่วมแต่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ เป้าหมายของ A1C ควรอยู่ที่ 7-7.5% ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มีเปราะบาง อาจให้เป้าหมาย A1C สูงได้ถึง 8.5% ดังนั้นการตั้งเป้าหมาย A1C หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งภาระทางเศรษกิจประเทศ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการให้ประชาชน ได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

และมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทของตนเอง[1]

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการหนึ่งในการควบคุมปัจจัยและวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องทำครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพการไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังสุขภาพ โดยกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) ซึ่งเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนและความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่เจ็บป่วยและกลุ่มที่พิการ โดยมุ่งพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน[4] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละรายบุคคล โดยการสนับสนุนของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ ในการวางแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้เป็นเบาหวานแต่ละบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค คาดหวังให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ มีเครือรอด. (2563)[5] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .18 3) ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสราวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์.(2564) [6]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการประยุกต์ใช้แนวคิด 3 self กับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรูปแบบอื่น และควรขยายผลโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปยังกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายอื่นในพื้นที่ โดยศึกษาผลการดำเนินงานระยะยาว

สถานการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขาม พบว่า จากศึกษาอัตราการควบคุมได้ของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA!C น้อยกว่า 7 ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ตระหนักเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพราะระยะการดำเนินของโรคต้องใช้เวลาถึงจะแสดงอาการรุนแรง ขาดความรู้ไม่มีทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน จึงทำให้ส่วนใหญ่

หลังจากได้รับคำแนะนำและข้อมูลต่าง ๆ แล้วไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ หรือปรับได้แต่เพียงระยะเวลาหนึ่ง และส่วนหนึ่งผู้ป่วยไม่มาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่ายังไม่เป็นโรคหรือยังไม่อยากรับประทานยา

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด เพื่อเป็นแนวทางในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ในพื้นที่ ให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทของตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

2. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

วิธีการศึกษา

การศึกษา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึง เดือน พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด จำนวน 28 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด 2) มีระดับน้ำตาล ไม่เกิน 180 mg% 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [7]

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

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ(ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

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

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

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

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [7]

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม

2.61 – 3.40 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้

1.81 – 2.60 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

1.00 - 1.80 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) โดยแบบสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ มีค่า เท่ากับ .906 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่มีค่า เท่ากับ .907

2.3 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม

2. การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

3. การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด พบว่า ก่อนดำเนินงาน โดยรวมละรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมละรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ได้แก่ หลักการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง การจัดการกับอารมณ์และความเครียด หลักการและวิธีการออกกำลังกาย เคล็ดลับในการเลิกบุหรี่และวิธีหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

4. การเปรียบเทียบความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	3.19	0.35	4.35	0.30	27	-10.888	.000	-1.38652	-.94681
พฤติกรรม	3.18	0.32	4.36	0.17	27	-14.122	.000	-1.35288	-1.00962

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ก่อนดำเนินงาน โดยรวมละรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกันกับการศึกษา

ของพัชรินทร์ ทัพวิเศษ (2566)[8] ได้ศึกษา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินงานค่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 20.90 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 29.12 ปี 2566 Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 50.68 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 55.01 และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนการดำเนินงานอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิดา คำมะภา (2565)[9] ได้ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า 1) ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเอง 4 ด้านคือ 1. ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.12, S.D.=0.40) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม 2. ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.26, S.D.=0.66) ออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับวัยและโรค 3. ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.75, S.D.=0.38) โดยรับประทานยาตามแผนการรักษา 4. ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.26, S.D.=0.59) 2) ผู้ดูแลหลักขาดความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม 3) ผู้นำชุมชนไม่รู้บทบาทที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วมในการดูแล 4) กลุ่มผู้ให้บริการขาดแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ดังนั้น จึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ได้แก่ หลักการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง การจัดการกับอารมณ์และความเครียด หลักการและวิธีการออกกำลังกาย เคล็ดลับในการเลิกบุหรี่และวิธีหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ [10] และการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกรมอนามัย[11-14] และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[1] ส่งผลให้ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด หลังการดำเนินงาน โดยรวมละรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด หลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และ ความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของวิชาญ มีเครือรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .18 3) ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยควรมีการขยายผลไปสู่บุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสราวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์.(2564)[6] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วน

ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการประยุกต์ใช้แนวคิด 3 self กับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรูปแบบอื่น และควรขยายผลโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปยังกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายอื่นในพื้นที่ โดยศึกษาผลการดำเนินงานระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ ทัพวิเศษ.(2566)[8] ได้ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ลดลงจากก่อนการดำเนินการและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนดำเนินการและ ปี 2566 หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการส่งเสริมความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ ควรนำเอารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด มาใช้ในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ ในระยะยาว เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ.
2. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2566). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2561) ออนไลน์ [สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2567 https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhl-thawpi/health-information-and-articles/health-information-and-articles-2561/2018-diabates-31
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
5. วิชาญ มีเครือรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563 70-85
6. ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์.(2564) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 5 เดือนพฤษภาคม 2564 148-61
7. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.

8. พัชรินทร์ ทัพวิเศษ.(2566). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 893-99
9. สุทธิดา คำมะภา.(2565). สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565 1-15
10. ประกาย จิโรจน์กุล.(2556). แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพและการนำไปใช้.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
11. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). อิ่มอร่อยได้สุขภาพ สไตล์เบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
12. สิทธา พงษ์พิบูลย์. (2556). การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สมเกียรติ โพธิสัตย์, วรรณี นิธิยานันท์, อัมพา สุทธิจำรูญ และยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์ (บรรณาธิการ). การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (พิมพ์ครั้งที่ 5, น. 57-66). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
13. กระทรวงสาธารณสุข.(2556) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2556: 9-20. Available from URL: http://www.hed.go.th.
14. กระทรวงสาธารณสุข. (2556) แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (DM, HT, COPD, STROKE). กรุงเทพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ผลการพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

Results of the Self-regulation development of Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients in Mueang District, Yasothon Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

จินัฐตา พงประเสริฐ[1],ยุพิน เสาร์ทอง[1],นวธัญย์พร ศรีจันทร์[1]
Jinatta Pongpraser[1]yupin saothong[1]Nawatanpron Srichan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ศึกษาในกลุ่มทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยโสธร และทีมสุขภาพชุมชน 15 คน และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 32 คน ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ การทดลองใช้ และการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสนทนา และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample T-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.30 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 64.4 ปี (S.D.=10.17) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 12 ปี ร้อยละ 56.30 มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.90 รูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินสุขภาพ ให้ความรู้ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2) เยี่ยมบ้าน พัฒนาทักษะทบทวนปัญหาและปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกัน 3) อสม. ติดตามเจาะน้ำตาลอาทิตย์ละ 1 ครั้ง 4) ติดตามประเมินคู่มือการกำกับตนเอง และ 5) ประเมินผลการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังได้รับการพัฒนารูปแบบส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ส่วนน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

คำสำคัญ : รูปแบบการกำกับดูแลตนเอง, เบาหวานชนิดที่ 2, ผลลัพธ์ทางคลินิก, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้

Abstract

This research and development (R&D) aimed to study the results of the Self-regulation development of Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients in Mueang District, Yasothon Province.The study was conducted by the multi-disciplinary team of Yasothon Province and the community health team, totaling 15 people, and uncontrolled type 2 diabetes patients, totaling 32 people. The process involved 4 phases, including 1) analyzing the problem situation, 2) developing a model of self-regulation, 3) trialing the model, and 4) data evaluation. The data were collected using a conversational form and questionnaire on perceptions of self-regulatory ability, health behaviors and clinical outcomes, with a reliability of 0.87 The descriptive statistics and the inferential statistics were used with Paired Sample T-test and content analysis.

The study found that most of the uncontrolled type 2 diabetes patients were female (81.3%), aged 60 years and older (75.0%), had an average age of 64.4 years (S.D.= 10.17), had a duration of diabetes less than 12 years (56.30%), and had a history of direct relatives with diabetes (71.9%). The self-regulation skill enhancement model in the community consists of 1) health assessment, providing knowledge, and setting goals together 2) home visit to develop skills, review problems, and change goals together 3) Village Health Volunteers (VHVs) follow up on sugar drilling once a week 4) follow up and evaluate self-regulation manual, and 5) evaluate self-efficacy, behavior

[1] Corresponding Author: พยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลยโสธร Email: Jinatta.pui@gmail.com

and clinical outcomes. After the trial, the patients had significantly increased perceptions of self-regulatory ability and health behaviors (p-value<.001). While weight, body mass index, waist circumference, and blood sugar levels decreased significantly (p-value<.001).

Keyword : Self-regulation, Type 2 diabetes mellitus, Clinical results, Uncontrol DM

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 425 ล้านคน แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 98 ล้านคน และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน โดยจากปัจจัยหนึ่งมาจากทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ[1] ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทยจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบประชากรในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวานสูงถึง 4.8 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583[2] จากสถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ 472.19, 470.19, และ 490.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดเป็นอันดับ 1 โดยมีอัตราป่วยสูงถึง 535.11, 546.35, และ 550.82 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3] ส่งผลต่อทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับชาติเพราะผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ต้องการ การรักษามากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะเครียดในครอบครัว ซึ่งโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนหากดูแลได้ไม่ดีจะนำไปสู่การนอนโรงพยาบาลถี่ขึ้นและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ค่ารักษาพยาบาลสำหรับการดูแลรักษาโรคเบาหวานของทั่วโลกสูงถึง 760 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกาต่อปี สำหรับทั่วโลก ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานของประเทศไทยเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี [2] แต่ข้อมูลสถิติในจังหวัดยโสธร ใน พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 19.91,23.06 และ 24.28 ตามลำดับ ซึ่งอำเภอเมืองยโสธร มีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่ำกว่าระดับจังหวัดและเกณฑ์เป้าหมาย พบร้อยละ 22.59, 23.45 และ 22.66 ตามลำดับ[4] ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดยโสธร

จากแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่ยังมีแนวโน้มสูง แม้จะมีความพยายามดูแลตามมาตรฐานคลินิกโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ การกำกับตนเองเป็นวิธีการที่สามารถสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้มีผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำมาพัฒนาใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังและศึกษาผลของรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

เพื่อศึกษาผลรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการควบคุม

โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ จำแนกประชากรศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยโสธร และทีมสุขภาพชุมชน 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 250 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

1) ทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม และทีมสุขภาพชุมชน รวม 15 คน ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน 2) ตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4) บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือ พี่เลี้ยงในชุมชน 5) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในชุมชน 6) แพทย์อายุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 7) พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี และ 8) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อาศัยอยู่ในตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ **เกณฑ์คัดเข้า** (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือด 126-182 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรติดต่อกัน 3 ครั้ง และ 2) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 3) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ **เกณฑ์คัดออก** (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ 2) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือมีปัญหาการสื่อสาร

ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้statistical test แบบ means: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ effect size จากงานวิจัยของ จันจิรา ภู่รัตน์ ที่มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน คือเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 38.55 (SD = 7.1) และ 32.93 (SD = 4.4) ตามลำดับ คำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.95 และค่าแอลฟ่า (alpha) ที่ .05[4] ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 25 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงเพิ่มเป็นจำนวน 32 คน

3. ขั้นตอนการดำเนินวิจัย การดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เป็นการดำเนินงานเพื่อเตรียมทีม เตรียมพื้นที่ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก และรูปแบบเดิมที่ให้บริการและติดตามในชุมชน

1) ประสานกลุ่มตัวอย่างกลุ่มสหวิชาชีพและทีมสุขภาพชุมชน เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้

2) ทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ผู้ป่วยมารับบริการใน 3 ปีย้อนหลัง ตัวชี้วัดทางคลินิก

3) สำรวจทรัพยากร สภาพปัญหาและบริบทการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยการศึกษาเอกสาร การทบทวนข้อมูลที่มีอยู่ระบบ

4) จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มในกลุ่มสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน ก่อนพัฒนารูปแบบฯ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย เชิงสนทนาแบบกลุ่มเดี่ยว ตามข้อคำถามหลัก 10 ข้อ ที่ผู้นำกลุ่มกำหนดและผู้ร่วมสนทนาอภิปรายเชิงโต้ตอบในประเด็นที่กำหนดเวลาในการทำกิจกรรมไม่ เกิน 2 ชั่วโมง หลังจบการสนทนาผู้นำกลุ่มทำการสรุปผลและทำการนัดหมายกิจกรรมสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

5) วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษาในขั้นการศึกษาสภาพปัญหา และการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ขนาดปัญหาหรือปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมโรคไม่ได้ ต้นทุนทรัพยากร สภาพปัญหาหรือบริบทการดำเนินงานรูปแบบเดิมที่ให้บริการและติดตามในชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้

ทำการคัดเลือกพื้นที่นำร่อง จำนวน 1 ตำบล (1 รพ.สต./ศสช.) ในการพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองของแบนดูรา (1991) คู่มือกำกับติดตามรายกรณี clinical path way และความรู้ทางการพยาบาล ร่วมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ และทำการประเมินผลและปรับปรุงระบบที่พัฒนาขึ้น ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ทั้งอำเภอโดยใช้กระบวนการประชุมกลุ่มและการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ โดยการนำรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้เต็มพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินสุขภาพ 2) วางแผนการดูแล 3) ประสานงาน 4) ปฏิบัติการพยาบาลรายกรณีเพื่อให้ผู้ป่วยกำกับตนเอง และ 5) จัดการผลลัพธ์ประเมินผลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การประเมินผล โดยดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินผล ได้แก่ กลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินผลรูปแบบการกำกับติดตามในชุมชน กลุ่มผู้ป่วย เพื่อประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ทักษะการกำกับตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ชุด มีดังนี้

1) **แบบเก็บข้อมูลสำหรับทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพชุมชน** เป็นแนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม เพื่อสอบถามประเด็นความคิดเห็นบริบทการดำเนินงาน และความต้องการระบบติดตามและเยี่ยมบ้านในชุมชน ของทีมสหวิชาชีพต่อระบบบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ในประเด็น ความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และปัญหาการดำเนินงานในบุคลากรสุขภาพ ด้านการบริการและด้านผู้ป่วย การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตามรูปแบบปัจจุบัน และคัดเลือกประเด็นเพื่อมาดำเนินการตามความต้องการ/ความคิดเห็นเพื่อพัฒนาระบบบริการฯ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ในชุมชน

2) **แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน** ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบและเติมข้อมูลที่ตรงกับข้อเท็จจริงของกลุ่มตัวอย่าง อาทิ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า

(rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนน้อยที่สุดหมายถึงผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย คะแนนมากที่สุดหมายถึงผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และค่าน้ำตาลในเลือด (DTX) ในการติดตามกำกับในชุมชนครั้งนี้ ประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม

การแปลผล ส่วนที่ 2 และ 3 จัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าสูงสุด ลบด้วยค่าต่ำสุด หารด้วยอันตรภาคชั้น จำแนกเป็นกลุ่ม ดังนี้

5.00 – 3.67 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

3.66 – 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

2.32 - 1.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

5. **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานที่ คือ คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม เครือข่ายโรงพยาบาลยโสธร โดยผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลยโสธร ในระยะเวลาช่วงเดือนมีนาคม 2566-กันยายน 2566 หลังจากอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยงานวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในระยะที่ 3 ของการดำเนินงานวิจัยเป็นระยะของการทดลองพัฒนารูปแบบฯโดยทำการเก็บข้อมูลก่อนหลังทดลองพัฒนารูปแบบฯ ก่อนการนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSSpc

2) การสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย: ใช้การสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-face interview) ระหว่าง จนท.พี่เลี้ยงในชุมชน ด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้น คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ซึ่งต้องเน้นความสมัครใจ ความพร้อม และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก

3) การสนทนากลุ่ม/ประชุมกลุ่ม: หัวหน้าและทีมวิจัย เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ตามประเด็นในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ พร้อมกับบันทึกเทปอย่างละเอียด บันทึกภาพบรรยากาศการสนทนากลุ่ม โดยทีมวิจัยขออนุญาตกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้ง

6. การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การจัดการข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ: ภายหลังเก็บข้อมูล (การคัดกรองและสัมภาษณ์) ทีมวิจัยดำเนินการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ ทำทะเบียนรายการและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนที่นำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพทีมวิจัย นำข้อมูลการสนทนากลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนกัน และทำการถอดเทป สรุปเป็นประเด็นตามหัวข้อสนทนา

2 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (contend analysis) แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบฯ

2) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSSpc ดังนี้

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลต่อเนื่อง (continuous) ด้วยสถิติ Paired Sample T-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้จะดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยโรงพยาบาลยโสธร เลขที่ YST 2023-18 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2566 -30 กันยายน 2566 และการเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จะมีการขอคำยินยอมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจแสดงความจำนงด้วยการยินยอมด้วยวาจาหรือลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.30 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 64.4 ปี (S.D.=10.17) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.10 ประกอบอาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 31.30 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 12 ปี ร้อยละ 56.30 มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.90 ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 62.50 ใช้แรงงานระดับปานกลางในการทำกิจวัตรประจำวันและงานที่เป็นอาชีพ ร้อยละ 37.50 ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ใบจาก ยาเส้น ร้อยละ 90.60 ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 1-3 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 53.10 รูปร่างสมส่วนร้อยละ 59.40 และ สาเหตุที่ดัชนีมวลกายเกิน คือรับประทานอาหารเยอะ ร้อยละ 61.54

2.รูปแบบการกำกับติดตามตนเองในชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการกำกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูราร่วมกับคู่มือกำกับติดตามรายกรณี ความรู้ทางการพยาบาลและบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ ได้แนวคิดสำคัญคือ

1. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีมากขึ้น โดยการนำข้อมูลที่บันทึกไว้มาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ จนทำให้เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเมื่อทำได้สำเร็จก็ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

2. การให้รางวัลแก่ตนเอง ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ และทักษะการกำกับตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น

3. การสนับสนุนการสังเกตตนเอง ให้ข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนการตัดสินใจ และองค์ประกอบที่ต้องปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละคนหรือแต่ละบริบท

ตามแนวคิดดังกล่าว จึงกำหนดเป็นขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการกำกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ ดังภาพที่ 4

1. ประเมินสุขภาพ โดยการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ข้อมูลทางคลินิก ในสัปดาห์ที่ 1

2. วางแผนการดูแล ในสัปดาห์ที่ 1 บรรยายให้ความรู้ และตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการควบคุมโรคเบาหวาน วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย และกำหนดให้ อสม.ติดตามเจาะเลือดที่บ้าน ทุกสัปดาห์

3. ประสานงานกับ อสม. เพื่อติดตามผลการเจาะน้ำตาลในเลือดผ่านไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง และรับฟังปัญหา ข้อคิดเห็นของ อสม. ต่อการดูแลรายกรณี

4. ปฏิบัติการพยาบาลรายกรณี โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามประเมินคู่มือการกำกับตนเอง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ฝึกทักษะทบทวนการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการนัดออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน การคำนวณพลังงานอาหาร เพื่อพัฒนาทักษะทบทวนปัญหาและปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกัน ตามข้อมูลพฤติกรรม และข้อมูลทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 2, 4, 7 และ 11

5. จัดการผลลัพธ์ ประเมินผลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมโรคของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ และการให้รางวัลและกิตติกรรมประกาศติดบอร์ด ที่คลินิก ในสัปดาห์ที่ 12

3.ผลของรูปแบบการกำกับติดตามตนเองในชุมชนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน

3.1 ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน รายด้านและภาพรวม เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองภาพรวม พบว่า มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง (Mean=3.14 (S.D.=0.63)) ภายหลังการทดลองเพิ่มเป็นระดับสูง (Mean=4.24 (S.D.=0.27)) เมื่อพิจารณารายด้าน ก่อนการทดลอง พบว่า มีเพียงด้านการรับประทานยาที่มีระดับการรับรู้ในระดับสูง (Mean=4.17 (S.D.=0.77)) ส่วนด้านการรับประทานอาหาร (Mean=3.15 (S.D.=0.68)) และด้านการออกกำลังกาย (Mean=2.43 (S.D.=1.40)) มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับสูง ทุกด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง รายด้าน (n=32)

การรับรู้ความสามารถของตน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	3.15	0.68	ปานกลาง	4.24	0.26	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	2.43	1.40	ปานกลาง	4.16	0.44	สูง
ด้านการรับประทานยา	4.17	0.77	สูง	4.41	0.49	สูง
ภาพรวม	3.14	0.63	ปานกลาง	4.24	0.27	สูง

3.2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า ภาพรวมการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) เมื่อพิจารณารายด้าน ภายหลังการทดลอง พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็นระดับสูง โดยมีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (p-value<.001) ด้านการออกกำลังกาย (p-value<.001) และด้านการรับประทานยา (p-value=.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

การรับรู้ความสามารถของตน	Mean Difference	S.D.	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร	1.09	0.50	12.22	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	1.72	1.22	7.95	<.001
ด้านการรับประทานยา	0.24	0.36	3.78	0.001
ภาพรวม	1.10	0.41	14.94	<.001

3.3 พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและภาพรวม พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้เบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่า ภาพรวม ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.92 (S.D.=0.53) หลังการทดลองเท่ากับ 4.07 (S.D.=0.24) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีสองด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงภายหลังการทดลอง คือ ด้านการรับประทานอาหาร Mean=2.78 (S.D.=0.52) เป็น Mean=3.99 (S.D.=0.24) และ ด้านการออกกำลังกาย Mean=2.49 (S.D.=1.43) เป็น Mean=3.95 (S.D.=0.52) ซึ่งด้านการรับประทานยามีพฤติกรรมระดับสูง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	2.78	0.52	ปานกลาง	3.99	0.24	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	2.49	1.43	ปานกลาง	3.95	0.52	สูง
ด้านการรับประทานยา	4.31	0.75	สูง	4.68	0.28	สูง
ภาพรวม	2.92	0.53	ปานกลาง	4.07	0.24	สูง

3.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังการได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (p-value<.001) ด้านการออกกำลังกาย (p-value<.001) ด้านการรับประทานยา (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (n=32)

พฤติกรรม	Mean Difference	S.D.	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร	1.21	0.42	16.02	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	1.45	0.96	8.50	<.001
ด้านการรับประทานยา	0.37	0.51	4.08	<.001
ภาพรวม	1.15	0.37	17.31	<.001

4 ผลของรูปแบบการกำกับติดตามตนเองในชุมชนต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า น้ำหนักก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.33 (S.D.=2.34) ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 65.67 (S.D.=2.32) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.93 (S.D.=5.18) ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 26.67 (S.D.=5.14) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ส่วนรอบเอว ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.19 (S.D.=9.86)

ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 95.61 (9.40) และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง เท่ากับ 176.68 (S.D.=42.03) ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 133.93 (S.D.=14.94) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย น้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	Mean (S.D.)		t	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
น้ำหนัก	66.33 (13.27)	65.67 (13.14)	5.11	<.001
ดัชนีมวลกาย	26.93 (5.18)	26.67 (5.14)	5.07	<.001
รอบเอว	98.19 (9.86)	95.61 (9.40)	4.84	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	176.68 (42.03)	133.93 (14.94)	7.48	<.001

สรุปและอภิปรายผล

1) รูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การวางแผนการดูแล การประสานงาน การปฏิบัติการพยาบาลรายกรณี และการจัดการผลลัพธ์ ประเมินผลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยการจัดการรายกรณีที่บ้านเป็นการจัดการที่สอดคล้องกับการประเมินสุขภาพตนเอง วางเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ผ่านการกำกับตนเอง โดยมี อสม. ทำหน้าที่สนับสนุนการติดตามตรวจน้ำตาลที่บ้านทุกสัปดาห์ จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน และผลลัพธ์ทางคลินิก สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากการได้รับการรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชม มาเป็นกรอบในการส่งเสริมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์พร พานนท์, ชัยยงค์ ขามรัตน์ และอติพร ทองหล่อ ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วน ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ กระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสิน การฝึกออกกำลังกาย การให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05[6] การศึกษาธัญญารัตน์ นวลประเสริฐ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มอายุ 35-60 ปี ในตำบลโนนค่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura) นำมาจัดเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดน้ำหนัก ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การประเมินภาวะอ้วนลงพุงของตนเอง การร่วมกันวางแผนปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก การฝึกบันทึกกิจกรรมเพื่อลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน และการให้คำแนะนำเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก มีเส้นรอบเอวลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ[7] การศึกษาของภาฤดี พันธุ์พรม, ยุวดี รอดจากภัย และกมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองต่อดัชนีมวลกายของประชาชนที่มีน้ำหนักเกินในอำเภอบางบ่อ จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกิจกรรม 9 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ลักษณะเป็นแบบจัดชั้นเรียน โดยให้ตั้งเป้าหมายการควบคุมน้ำหนัก ให้ความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การวางแผนการ

บริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงเหลือน้อยกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01[8] และการศึกษาของ สุภาพร ทิพย์กระโทก และธนิดา ผาติเสนะ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย การให้ความรู้การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก โดยการออกกำลังกายร่วมกันในทุกสัปดาห์ ๆ ละ 5 วัน ออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับฮูลาฮูป และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05[9]

2) การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ภายหลักการได้รับการส่งเสริมรูปแบบการกำกับตนเองในชุมชน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคได้ มีระดับการรับรู้ความสารถของตนในระดับสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.30) และมีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 71.90) ซึ่งอาจส่งผลให้มีความใส่ใจในการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ในการจัดการสุขภาพอยู่เป็นทุนเดิม ส่งผลให้มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิรา เรียงคำ และคณะ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ทุกด้านภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามรถของตน ระดับสูง มีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงเดช ยศจำรัส และปาริชา นิพานนทน์ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขอนามัยและเท้า การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานและการพบแพทย์ตามนัด แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)[11] อาจสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาในระดับสูง เมื่อภายหลังการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นเมื่อได้รับการส่งเสริมรูปแบบการกำกับตนเองในชุมชน

3) พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการได้รับรู้แบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชนมีระดับพฤติกรรมควบคุมโรคด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การับประทานยา อยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงเดช ยศจำรัส และปาริชา นิพพานนทน์ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง[11] สอดคล้องกับการศึกษาของยุคลธร เธียรวรรณ และคณะ พบว่า เมื่อสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)[12] การที่พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานสูงขึ้นเมื่อภายหลังการทดลองอาจเนื่องจากได้รับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวานตามรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน สอดคล้องตาม

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่ว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ในระดับสูง อย่างจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่สูงขึ้นเช่นกัน[12] อาจกล่าวได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง เป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สูงขึ้น อันเกิดจากการได้รับรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ผ่านกระบวนการประเมินสุขภาพ การวางแผนการดูแล การได้รับการประสานความร่วมมือในการดูแลจากชุมชน การจัดการปฏิบัติการพยาบาลรายกรณีอย่างเหมาะสม และมีการจัดการผลลัพธ์ ประเมินผลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้นจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของSarah Ruiz และคณะ การที่มีกลยุทธ์ในการจัดการตนเองที่ดีมีผลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้[13]

4) ผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังการได้รับรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน พบว่าทุกผลลัพธ์ทางคลินิกทุกด้าน มีความแตกต่างจาก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ น้ำหนัก (p-value<.001) รอบเอว (p-value<.001) ระดับน้ำตาลในเลือด (p-value<.001) สอดคล้องกับการศึกษาของปัฐยาวัชร ปรากฏผล และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมและคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันซีสโตลิคความดันไดแอสโตลิคค่าน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลในเลือดสะสม ค่า Blood Urea Nitrogen ค่าCreatinine ลดลงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01[15] ค่าดัชนีมวลกาย ภายหลังการทดลองมีระดับที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ วิสารพันธ์ และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และค่าดัชนีมวลกาย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05)[16]

สรุปได้ว่ารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน และผลลัพธ์ทางคลินิกสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ จึงสามารถเป็นข้อยืนยันได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถกำกับตนเอง และสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอเพื่อการนำไปใช้

ควรนำรูปแบบการกำกับดูแลตนเองตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ไปขยายผลในเขตการให้บริการโรงพยาบาลระดับอำเภอ ระดับตำบล และภายในชุมชนต่อไป

สามารถนำรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ประยุกต์ใช้ในประชาชนกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

ต่อยอดการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้

ศึกษารูปแบบการสร้างทักษะการกำกับดูแลตนเองชุมชน เพื่อนำไปออกแบบคู่มือหรือพัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เอกสารอ้างอิง

1 . International Diabetes Federation. (2019). *IDF DiabetesI ATLAS Ninth edition 2019*. Retrieved from https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_ IDFATLAS9e-final-web.pdf

2.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.

3.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติการป่วยและตายด้วยโรคเรื้อรัง*. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/2016/mission3

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.รายงานสรุปผลการดำเนินงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงประจำปี 2565.ยโสธร:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร;2565

5.จันจิรา ภู่รัตน์, ปาหนัน พิชยภิญโญ, สุนีย์ ละกำปั่น. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเกื้อการุณย์,* 27(1), 20-33.

6.สุรีย์พร พานนท์, ชัยยงค์ ขามรัตน์, อติพร ทองหล่อ. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วน ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน, 7(1), 24-36.

7.ธัญญารัตน์ นวลประเสริฐ. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน,* 1(2), 8-18.

8.ภาฤดี พันธุ์พรม, ยุวดี รอดจากภัย, กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน. (2560). ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองต่อดัชนีมวลกายของประชาชนที่มีน้ำหนักเกินในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี . *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 46-59.

9.สุภาพร ทิพย์กระโทก, และธนิดา ผาติเสนะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 210-223.

10.ชลธิรา เรียงคำ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อัครเดช เกตุฉ่ำ, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล. (2016). ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อายุ และความสามารถในการมองเห็น ในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์, 34(4), 35-46.

11.ทรงเดช ยศจำรัส, ปาริชา นิพพานนท์. (2556). ผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(3), 21-30.

12.ยุคลธร เธียรวรรณ, มยุรี นิรัตธราดร, ชดช้อย วัฒนะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. พยาบาลสาร. 2555;39(2):132-142.

13.Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review, 84(1), 191-215.

14.Ruiz, S., Brady, T. J., Glasgow, R. E., Birkel, R., & Spafford, M. (2014). Chronic conditionself-management surveillance: What is and what should be measured? Preventing Chronic Disease, 11(19), 1-14.

15.ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, อรุณี ไชยฤทธิ์, อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, กนกพร เทียนคำศรี, ขนิษฐา แสงทอง, สมจิตต์ สินธุชัย. (2565). ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 4. วารสารพยาบาลตำรวจ, 14(2), 289-301.

16.ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์, จิตร มงคลมะไฟ, นิบพร แสนโท, วราทิพย์ แก่นการ. (2563). ประสิทธิผลของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(4), 102-111.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี

Development of Nursing practice Guidelines for Rehabilitation Stroke Patients for Subdistrict Health Promoting Hospital, Muang Ubon Ratchathani Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

กันย์วิตรา หิรัญเชวงศักดิ์[1] กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์[1]
Kanwitra Hiranchawengsak[1] Kanyarat Kanyakan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 25 คน ผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบ 7 คน กลุ่มตัวอย่างในการนำแนวไปปฏิบัติไปทดลองใช้ 1) พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. รวม 20 คน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แบบประเมินความรู้ฯ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แบบประเมิน ADL และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired sample t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า : 1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น 2) แนวทางการตรวจทางระบบประสาท 4) แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ 5) การรายงานแพทย์ 6) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 7) หุ้นส่วนในการดูแล 8) การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ 9) การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล และ 10) การประเมินเพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการ 2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีความเหมาะสมและเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.64, S.D.=0.28) 3. หลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ 3.1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้น (p<.001) 3.2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น (p<.001)

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

The action research project focused on creating nursing practice guidelines for caring for stroke patients during the ongoing home care phase, specifically for sub-district health promotion hospitals in Mueang Ubon Ratchathani District. The target group for developing these guidelines included 25 participants, with 7 experts involved in evaluating the model. The implementation phase involved two sample groups: 1) 20 professional nurses from sub-district health promotion hospitals, and 2) 20 stroke patients receiving continuous care at home. The research tools included group discussion records, assessment forms for the appropriateness of nursing practice guidelines, knowledge and skill evaluation forms for caring for stroke patients in the continuous home care phase, ADL (Activities of Daily Living) assessment forms, and self-management behavior measures for stroke patients. These instruments had reliability coefficients of 0.82, 0.86, 0.88, and 0.82, respectively. Data analysis was conducted using descriptive statistics, paired sample t-tests, and content analysis.

The study results indicated the following: 1. The nursing practice guidelines for caring for stroke patients during the continuous home care phase comprised 10 steps: 1) Assessment and initial patient care, 2) Neurological examination, 3) Laboratory/special examination, 4) Reporting to doctors, 5) Providing information to patients and their families, 6) Collaborative care, 7) Resource utilization, Integration of telemedicine systems, and 9) Monitoring and follow-up. The application of these guidelines significantly improved outcomes compared to pre-implementation (p-

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

value<0.01). 2. The nursing practice guidelines were rated as highly appropriate and feasible, with a mean score of 4.64 (S.D.=0.28). 3. Following the implementation. 3.1) There was a significant increase in the mean scores of nurses' knowledge and skills for caring for stroke patients at home (p<.001). 3.2) Stroke patients in the continuous care phase showed significant improvement in daily living activities and self-management behaviors (p<.001).
Keywords: Nursing practice Guidelines, Stroke Patients, Continuity of care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Diseases or CVD หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงจากหลอดเลือดสมองที่ตีบ ตัน หรือแตก ส่งผลให้เซลล์สมองตาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2565) พบว่า มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 38.6 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้พบอัตราการตาย ปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 45.62,46.48 และ 42.94 ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นับถือเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบประสาทอย่างกะทันหัน ส่งผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายให้เกิดความผิดปกติและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตภายใน 1 เดือน และอีก 2 ใน 3 รอดชีวิตแต่เกิดความพิการอย่างถาวรหรือชั่วคราว ซึ่งต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดปัญหาการจัดการการดูแลสุขภาพที่ต้องการความต่อเนื่องและการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน[2] จากความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวและระบบการบริหารจัดการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี

3. เพื่อประเมินผลพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา (เดือนที่ 1) ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ใน รพ.สต. สังกัด อ.เมืองอุบลราชธานี ระยะที่ 4 การประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 25 คน ผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบ 7 คน กลุ่มตัวอย่างในการนำแนวไปฏิบัติไปทดลองใช้ 1) พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. รวม 30 คน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะฟื้นฟู จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 7 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบบประเมินความรู้ฯ และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก มีค่าคะแนน 0 กับ 1 แบบประเมิน ADL จำนวน 20 ข้อ และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มได้รับตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ด้านการวิจัยทางการพยาบาล การพัฒนาเครื่องมือวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำจนผลการประเมินดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence [IOC]) ได้เท่ากับ .67 หรือ 1.00 แล้วจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในเขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 1) แบบประเมินความรู้ฯ และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก มีค่าคะแนน 0 กับ 1 ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการของ Kuder-Richardson 20 : KR-20 มีค่า KR20 เท่ากับ 0.82 2) แบบประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ 3) แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient: α) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงาน ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลไปยังสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้องทุกแห่ง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่แล้วดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired sample t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความยินยอมด้วยวาจาจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อจริงในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมมาตรการรองรับหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และให้ข้อมูลติดต่อแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อสอบถามหรือแจ้งข้อกังวลได้ตลอดเวลา การเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และได้รับการตรวจสอบและให้คำแนะนำจากนักวิจัยที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยที่เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น 2) แนวทางการ

ตรวจทางระบบประสาท 4) แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ 5) การรายงานแพทย์ 6) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 7) หุ้นส่วนในการดูแล 8) การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ 9) การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล และ 10) การประเมินเพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการ

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีความเหมาะสมและเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.64, S.D.=0.28)

3. ประเมินคุณภาพการพยาบาลตาม หลักการ 7 Aspects of care หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในการนำมาใช้ในการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหลักการ 7 aspect of care มีรายละเอียดดังนี้

3.1) Assessment คือ มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อสอดคล้องกับการรักษา

3.2) Symptom distress management คือมีการจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความปวด

3.3) Safety คือ มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และมีอุปกรณ์เพียงพอต่อการใช้งาน

3.4) Disease specific clinical risk คือ มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค

3.5) Continuing of care คือ มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน

3.6) Empowerment คือ มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้

3.7) Satisfaction คือ มีความพึงพอใจสัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย

4. หลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

4.1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูเพิ่มขึ้น (p<.001) ดังตารางที่ 1

4.2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น (p<.001) ดังตารางที่ 2

4.3) คะแนน ADL ดีขึ้นก่อนก่อนการพัฒนารูปแบบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบฯ (n=30)

คะแนนความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ		หลังการพัฒนารูปแบบฯ		95%CI	t	P value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
	8.03	1.55	13.17	1.30	4.30-5.97	12.67	<.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบฯ (n=30)

ความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ		หลังการพัฒนารูปแบบฯ		95%CI	t	P value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
	2.90	.71	4.32	.74	1.84-2.40	15.26	<.001

สรุปและอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น 2) แนวทางการตรวจทางระบบประสาท 4) แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ 5) การรายงานแพทย์ 6) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 7) หุ้นส่วนในการดูแล 8) การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ 9) การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล และ 10) การประเมินเพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการมีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ สอดคล้องตามหลัก 7 Aspect Care เมื่อนำไปใช้พบว่ามีประสิทธิผลทำให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพัฒนาขึ้นจากการศึกษาและวิเคราะห์บริบทการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู พัฒนาร่างแนวปฏิบัติผ่านการประเมินความเหมาะสมและเป็นประโยชน์โดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน เมื่อนำไปใช้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้จริง[3,4] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปัญจนา พรายอินทร์, บุญญรัตน์ เพิกเดช และพิมพร ลีละวัฒนากุล[5] ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูตามแนวคิด การจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูนี้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาปฏิบัติการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูกลุ่มโรคอื่นๆ เกิดความเข้าใจสถานการณ์และปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดสุขภาพที่ดีเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การพัฒนางานวิจัยในการออกแบบรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถทำให้ประชาชนกลุ่มโรคอื่นๆ มีภาวะสุขภาพที่ดี พึ่งพาตนเองได้ และพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสำหรับพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2023). Stroke, Cerebrovascular Accident Retrieved. Retrieved September 7 , 2023, from http://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports
2. ณฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 51-57.
3. นลินี พสุคันธภัค, สายสมร บริสุทธิ์ และ วันเพ็ญภิญโญภาสกุล. (2562). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
4. ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสุขศึกษา, 41(1), 62-75.
5. ปัญจนา พรายอินทร์, บุญญรัตน์ เพิกเดช และพิมพร ลีละวัฒนากุล. (2565). ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูตามแนวคิด การจัดการตนเอง. วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(4) 73-94.

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดการ การติดตาม และการส่งต่อข้อมูลหลังเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาสารคามสู่โรงพยาบาลเครือข่าย

Development of a Pharmaceutical Care for Management, Monitoring and Referral Following Metformin-induced Lactic Acidosis in Diabetic Patients at Mahasarakham Hospital to Network Hospitals.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

ภัทราพร อรรคฮาตสี[1]
PattarapornAkkahadsee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีรูปแบบงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ และเก็บข้อมูลย้อนหลัง เพื่อหาความชุก ผลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการสั่งใช้ยา และศึกษาผลการพัฒนาระบบการติดตาม เก็บข้อมูล และส่งต่อผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแลคติคคั่งในยาเมทฟอร์มิน ที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ระหว่าง พ.ศ.2562-2567

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 168 ราย จากฐานข้อมูลการใช้บริการสาธารณสุข(HDC Service) มีรายงานผู้ป่วยเบาหวานจากทุกเขตพื้นที่ในจังหวัดมหาสารคาม พบความชุกในการเกิด MALA เท่ากับ 46.7 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี จำนวนการรายงานผู้ป่วยที่เกิด MALA ที่เข้ามานอนรักษาตัวโรงพยาบาลพบว่ามีจำนวนสูงขึ้นหลังจากที่มีการพัฒนาระบบการติดตาม จากจำนวน 47 ราย เป็น 121 รายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบปัจจัยมีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยง MALA ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์พบมากที่สุด รองลงมาคือ ใช้ยา NSAIDs และใช้สมุนไพรร่วมด้วย ผลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนพัฒนาระบบมีจำนวนการรายงาน 104 ครั้ง โดยสามลำดับแรกคือ สั่งยาในขนาดสูงเกินไปคำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน และสั่งยาที่มีข้อห้ามใช้ หลังการพัฒนาระบบพบว่ามีจำนวนความเคลื่อนทางยามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นจำนวน 130 ครั้ง

คำสำคัญ : ภาวะเลือดเป็นกรดจากแลคติคคั่ง อาการไม่พึงประสงค์จากยา ความคลาดเคลื่อนทางยา

Abstract

This study employed an action research design with retrospective data collection to investigate the prevalence and outcomes of medication errors and adverse drug reactions. It compared pre- and post-implementation of an enhanced medication ordering system and examined the effects of developing a monitoring, data collection, and patient referral system for metformin-associated lactic acidosis (MALA) in patients admitted to Mahasarakham Hospital. Data were extracted from the hospital's electronic health records between 2019 to 2024.

The study identified 168 patients who experienced adverse drug reactions from the Health Data Center (HDC) Service database, encompassing diabetic patients from all districts in Mahasarakham Province. The prevalence of MALA was found to be 46.7 cases per 100,000 population per year. Following the implementation of the enhanced monitoring system, there was a statistically significant increase in reported MALA cases requiring hospitalization, from 47 to 121 cases. The primary risk factors for MALA were identified as alcohol consumption,

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

followed by concomitant use of NSAIDs and herbal supplements. Pre-implementation medication error reports totaled 104 incidents, with the top three categories being supratherapeutic dosing, ambiguous medication orders, and contraindicated prescriptions. Post-implementation, there was a statistically significant increase in reported medication errors to 130 incidents.

Keyword: metformin-associated lactic acidosis, Adverse drug reaction, Medication error

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non comunication disease, NCD) ที่พบบ่อย และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศทั่วโลก แต่ละปีพบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานปีละ 2 ถึง 3 แสนราย การดูแลรักษายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร[1] ประชากรทั่วโลกเป็นเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน โดยเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุดเกือบ 90% ของเบาหวานทุกชนิด[2] เมทฟอร์มิน (Metformin) เป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่ม Biguanideที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นยาที่แนะนำให้ใช้เป็นตัวแรกในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยการลดการสร้างกลูโคสจากตับ เพิ่มการใช้กลูโคสกลับเข้าเซลล์จากการเพิ่มความไวของอินซูลิน อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา Metformin ได้แก่ อาการจากการรบกวนระบบ ทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และท้องเสีย ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่ใช่อาการที่รุนแรงและสามารถหายเป็นปกติได้ หากหยุดการใช้ยาหรือปรับลดขนาดยาลง แต่มีผลข้างเคียงอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรงถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้คือ Metformin-associated lactic acidosis (MALA) [3]

กลไกการเกิด MALAเกิดจาก Metformin ไปยับยั้ง Hepatic gluconeogenesis จากสาร Lactate, Pyruvate และ Alanine รวมทั้งยับยั้งการทำงานของ enzyme pyruvate carboxylase ที่ทำหน้าที่ในการสร้าง กลูโคสจากสาร Lactate จึงทำให้เกิดการคั่งของสาร Lactate ซึ่งสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการทำงานของไตและตับที่ลดลง ภาวะเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในร่างกายลดลงเช่น Dehydrate, Hypoxic state, Sepsis, Heart failure[4]และแม้ว่า MALA จะมีอุบัติการณ์ค่อนข้างต่ำประมาณ 2-10 รายต่อแสนประชากรต่อปี[5]อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังมีรายงานเพิ่มมากขึ้นเช่น 47-57 ราย ต่อ 100,000 ราย-ปีที่ได้รับยา[6]อุบัติการณ์ของภาวะนี้ ค่อนข้างต่ำ แต่หากเกิดขึ้นแล้วอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน การมีภาวะ Shock ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตร่วมด้วย ทำให้มีอัตราการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย

ในโรงพยาบาลมหาสารคามมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction: ADR) โดยมีการติดตาม ADR type B ทุกราย ในส่วนของการติดตาม ADR type A อาการที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยานั้นยังมีการรายงานไม่มากนัก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 ได้ทำการเก็บข้อมูล ADR type A จนพบว่า เริ่มมีการรายงานการเกิด MALAมากขึ้นทุกปี แต่ก็ยังพบว่าจำนวนตัวเลขที่รายงานน้อยกว่าความเป็นจริงของผู้ป่วยรวมถึงพบปัญหาของการเกิด MALA ซ้ำอีกในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา MALA มาแล้ว โดยสาเหตุเนื่องจากการส่งต่อข้อมูลให้ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัด เมื่อมาวิเคราะห์ถึงความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา พบว่าการเกิด MALA จัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ร้ายแรง (Serious Adverse Event/ Adverse Drug Reaction; AE/ADR) ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในระดับ E ขึ้นไป และเป็นอันตรายคุมคามต่อชีวิต ส่งผลให้

ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตได้[7]จึงได้มีการพัฒนาระบบการติดตาม และต่อส่งต่อผู้ป่วยที่เกิด MALA ทุกรายในโรงพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของอาการข้างเคียง และความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลมหาสารคามสู่โรงพยาบาลเครือข่าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) การเกิด Metformin-associated lactic acidosis (MALA) ในโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลเครือข่าย ระหว่าง พ.ศ.2562- 2567

2. เพื่อศึกษาผลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการสั่งใช้ยา Metformin ระหว่าง พ.ศ.2562- 2567

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการติดตาม เก็บข้อมูล และส่งต่อผู้ป่วยหลังการเกิด Metformin-associated lactic acidosis (MALA)

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สถานที่ทำวิจัยคือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาสารคาม การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษารายงานข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทฟอร์มินในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 คือการพัฒนาคู่มือแบบฟอร์มการติดตามผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกรดแลคติกในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา metformin และการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม และระยะที่ 3 เป็นการเก็บข้อมูลตามรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมและคู่มือที่ได้มาประยุกต์ใช้ และส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย

ระยะที่ 1 การศึกษารายงานข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทฟอร์มินในโรงพยาบาล

การศึกษารายงานข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทฟอร์มินในโรงพยาบาล การศึกษาในระยะนี้มุ่งสำรวจจำนวนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง (Serious Adverse drug reaction) และ ปัญหาทางยา (Drug related problems, DRPs) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงการป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ป้องกันไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง โดยเก็บข้อมูลจากการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564 จากจำนวนรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในโรงพยาบาลมหาสารคามทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 จากรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10) รหัส E 11จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลที่เกิดภาวะ (Metformin associated lactic acidosis: MALA) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับยาเมทฟอร์มินที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยด้วยภาวะเลือดเป็นกรดที่ไม่ได้รับยาเมทฟอร์มินร่วมด้วย หรือถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดเป็นกรดด้วยสาเหตุอื่น

การประเมินภาวะการเกิด Metformin-associated lactic acidosis (MALA)

โดยเก็บข้อมูลจาก ICD 10 จากการวินิจฉัยของแพทย์ วินิจฉัยจากประวัติการได้รับยา Metformin มีภาวะเลือดเป็นกรด, pH<7.35 และ plasma lactate >5.0 mmol/L ร่วมกับอาการแสดง คืออาจมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้องบางทีทำให้มีอาการเซื่องซึม หายใจหอบ หรือความดันโลหิตต่ำ ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม PharMskhเพื่อสืบค้นฐานข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาทั้งหมดในโรงพยาบาล ทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหา DRPs ประเภทต่าง ๆ โดยผลการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ถูกใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบกับปริมาณการรายงานเคสและ DRPs ที่พบ เพื่อเปรียบเทียบหลังการพัฒนาระบบการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในระยะที่ 3 ของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้

แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm), แบบรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ของโรงพยาบาลมหาสารคาม, แบบฟอร์มการรายงานและติดตามภาวะ metformin associated lactic acidosis (MALA) บันทึกข้อมูลรายละเอียด และแบบประเมิน DRPs

ระยะที่ 2 การพัฒนาคู่มือแบบฟอร์มการติดตามผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกรดแลคติกในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา Metforminและการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม

เป็นการพัฒนาคู่มือการปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง และการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย เริ่มโดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 มานำเสนอต่อประชุมคณะกรรมการอาการไม่พึงประสงค์จากยาโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยเภสัชกรที่เป็นคณะกรรมการ รวมไปถึงแพทย์ โดยเป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการสั่งใช้ยา Metformin บนหอผู้ป่วยอายุรกรรม และคลินิกเบาหวาน รายงานจำนวนอุบัติการณ์การเกิด MALA ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้ทราบถึงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงนำเสนอประเด็นความรุนแรงเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากคือผู้ป่วยไม่ได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ที่ประชุมประเมินและยืนยันความถูกต้องแต่ละ DRPs โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ที่ได้รับยาจากบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม คลินิกอายุกรรม คลินิกเบาหวาน หรือการได้รับยามาจากโรงพยาบาลชุมชน และมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อให้ที่ประชุมพิจารณาคู่มือแนวทางการปรับขนาดยาเมทฟอร์มินตามการทำงานของไต ทั้งในรูปแบบคู่มือและการแจ้งเตือนในโปรแกรมการสั่งยาและเช็คยาของเภสัชกร และพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ที่เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยาเมทฟอร์มิน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คู่มือการกำหนดขนาดยา

คู่มือการกำหนดขนาดยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป และผู้ป่วยเบาหวานที่มีการทำงานของไตลดลง โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องคือ แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน[1]และ The American Diabetes Association 2022 (ADA)[5]โดยคู่มือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยอายุรแพทย์เบาหวานในโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว โดยคู่มือการปรับขนาดยาดังกล่าวจะเชื่อมโยงไปถึงการแจ้งเตือน Trigger tool ในระบบการสั่งยาของแพทย์ และการเช็คยา จ่ายยาของเภสัชกร

คู่มือการติดตามและเก็บข้อมูล MALA

เนื่องจากการเกิดMALA สามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย และหลายสาเหตุ และเพื่อให้เภสัชกรผู้ติดตามได้มีแนวทางการประเมิน และเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียวกันผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบเก็บข้อมูลโดยอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานและ The American Diabetes Association (ADA) โดยคู่มือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยอายุรแพทย์เบาหวานในโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว

แนวทางการรายงานเคสที่เกิด MALA และพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม

หลังการประชุมโดยมติให้MALA เป็นอาการข้างเคียงที่รุนแรง สามารถเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยอ้างอิงจากแนวทางการประเมินของแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.)[9]จึงมีข้อกำหนดให้การเกิด MALA ต้องมีการแจ้ง Notify เภสัชกรเพื่อทำการประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ต่อไป

ระยะที่ 3 การบริบาลทางเภสัชกรรมและคู่มือที่ได้มาประยุกต์ใช้ และส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย

เป็นการนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมและคู่มือการปรับขนาดยา และคู่มือการเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ โดยมีการติดตามผลหลังการพัฒนาตั้งแต่ ตั้งแต่วันที่ 1ตุลาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2567

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม PharMskhเพื่อสืบค้นฐานข้อมูลรายงานภาวะเลือดเป็นกรดจากยาเมทฟอร์มินในโรงพยาบาลทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหา DRPs ประเภทต่าง ๆ โดยผู้วิจัย โดยใช้คู่มือแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล และแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบกับปริมาณการรายงานเคสผลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และ DRPs ที่พบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม เครื่องมือที่ใช้คือ แบบฟอร์มการรายงานภาวะMALAและแบบรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลมหาสารคาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนการเกิด MALAและผลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาแสดงผลด้วยความถี่ ร้อยละ โดยตัวแปรแบบต่อเนื่องแสดงด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา ได้แก่ ความชุก (Prevalence) และวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราความความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาเมทฟอร์มินและอุบัติการณ์เกิดMALA ก่อนและหลังการพัฒนาระบบโดยใช้สถิติ chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทดสอบทางสถิติสำเร็จรูปSTATA

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่การรับรอง MSKH_REC 67-01-055 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดการ การติดตาม และการส่งต่อข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ระยะเวลาในการทำการศึกษาอยู่ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2567 โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากการเกิด Metformin-associated lactic acidosis (MALA) ในโรงพยาบาลมหาสารคามรวมทั้งหมด 168 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 88 ราย (52.38%)อายุ

เฉลี่ย คือ 64.06 ปี มีช่วงอายุตั้งแต่ 38 ปี ถึง 90 ปี มีน้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 59.12 กิโลกรัม เมื่อประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เฉลี่ยอยู่ที่ 23.34 kg/m2 ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่พบมีโรคประจำตัวร่วมในสามลำดับแรกคือ ความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีจำนวน 112 ราย (59.57%)รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง 24 ราย (12.77%)และโรคไตเรื้อรังจำนวน 22 ราย (11.7%)เมื่อประเมินขนาดยาเมทฟอร์มินที่ได้รับตามช่วงขนาดการรักษา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการสั่งจ่ายยา Metformin (500) 2x2 oral pc มากถึง 79 ราย (47.02%)และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั้งหมดในเครือข่าย พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ โรงพยาบาลเมืองมหาสารคาม 33 ราย (19.64%)รองลงมาคือ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย 21 ราย และ โรงพยาบาลกันทรวิชัย 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 และ 10.71 ตามลำดับ

ประเมินค่าความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีค่าเฉลี่ยของ Serum creatinine, Scr 8.75±4.25 mg/dLซึ่งสูงกว่าค่าปกติ โดยเมื่อประเมินตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตวายเฉียบพลันโดยใช้ KDIGO criteria พบว่าส่วนมากอยู่ในระยะที่ 3 คือมีระดับครีเอตินีนในเลือดเพิ่มขึ้น≥3 เท่าของค่า Scrในเลือดเริ่มต้น หรือมี Scrในเลือด ≥4 mg/dL หรือผู้ป่วยต้องทำการบำบัดทดแทนไต และพบค่า GFR (Glomerular Filtration Rate) 6.93±6.81 mL/min/1.73m2, BUN (Blood Urea Nitrogen) 70.97±28.36 mg/dLต่ำกว่าค่าปกติ รวมไปถึงพบค่า HCO3 และ pH ที่ต่ำกว่าเกณฑ์คือ มีค่า HCO3<15 mmol/l หรือ pH<7.2 ซึ่งแสดงถึงภาวะเลือดเป็นกรด และค่าระดับLactate ในเลือดที่สูงขึ้นเท่ากับ 126.39±69.38 mmol/Lแสดงถึงการบาดเจ็บของเซลล์หรือหน้าที่ของอวัยวะเกิดการล้มเหลว ซึ่งสามารถเกิดได้ในกรณีที่เนื้อเยื่อขาดเลือดและเป็น marker ของสภาวะที่เซลล์ขาดออกซิเจนหรือมีการติดเชื้อสัมพันธ์กับค่าการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่สูงขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ คือ White Blood Count (WBC) เฉลี่ยคือ 16908.93±7862.35 cell/mlและ Neutrophil 81.38±9.52 % และค่า Lymphocyte ที่ต่ำ 11.32±6.52 %ที่บ่งบอกภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยและการติดเชื้อไวรัสต่างๆได้

ความชุกของการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแลคติกคั่งจากยาเมทฟอร์มิน(Prevalence)

พบว่าในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยาเมทฟอร์มินจำนวน 12 ราย, ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 15 ราย, ปี พ.ศ 2564 จำนวน 20 ราย, ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 21 ราย, ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 47 ราย และปี พ.ศ. 2567 จำนวน 53 ราย จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดแต่ละปี พบความชุกของการเกิด MALAเท่ากับร้อยละ 0.022, 0.027, 0.034, 0.034, 0.074, 0.082 เมื่อพิจารณาในช่วงปี พ.ศ.2562-2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดMALA ทั้งหมดจำนวน 168 ราย ทั้งนี้จากฐานข้อมูลการใช้บริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข (HDC Service) ได้มีรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจากทุกเขตพื้นที่ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 359,630 ราย ดังนั้นเมื่อพิจารณาในช่วงปีดังกล่าวจึงพบความชุกในการเกิด MALA เท่ากับ 46.7 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี

ผลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)

พบว่ามีจำนวนการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยามากขึ้น โดยก่อนพัฒนาระบบมีจำนวนการรายงาน 104 ครั้ง พบความคลาดเคลื่อนที่มากที่สุดสามลำดับแรกคือ สั่งยาเมทฟอร์มินในขนาดสูงเกินไปจำนวน 32 ครั้ง (30.77%)คำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน 26 ครั้ง (25%)และสั่งยาที่มีข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง 21 ครั้ง (20.19%)และหลังการพัฒนาระบบพบว่ามี

จำนวนความเคลื่อนทางยามากขึ้น130 ครั้ง โดยพบการสั่งให้ยาเมทฟอร์มินในขนาดสูงเกินไปนั้นยังเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาอันดับแรกมีจำนวน 48 ครั้ง (36.92%)ซึ่งสามารถดักจับการสั่งยาเกินขนาดของแพทย์ได้อย่างเห็นได้ชัด รองลงมาคือ คำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจนจำนวน 23 ครั้ง (17.69%)และไม่สั่งยาเมทฟอร์มินที่ผู้ป่วยเคยได้รับจำนวน 19 ครั้ง (14.62%)โดยแม้ว่าจำนวนการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยานั้นจะมีจำนวนการรายงานที่มากขึ้นหลังการพัฒนาระบบ แต่เป็นที่น่าสนใจว่าปริมาณการรายงานการสั่งยาที่มีข้อห้ามใช้ หรือข้อควรระวังของยาเมทฟอร์มินกลับลดลง โดยมีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนการพัฒนา 21 ครั้ง (20.19%)และลดลงหลังการพัฒนาที่มีรายงาน 13 ครั้ง (10%)และการรายงานความคลาดเคลื่อนของการสั่งยาที่มีอันตรกริยากับยาอื่น (Drug interaction) พบว่าหลังการพัฒนามีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวน 6 (4.62%)ซึ่งสามารถดักจับใบสั่งยาได้เพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา ที่ไม่สามารถดักจับคู่ยาที่เกิดอันตรกริยาต่อยาได้เลย

จำนวนรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางยาความรุนแรงและแนวทางการจัดการหลังจากเกิด MALA

จำนวนการรายงานผู้ป่วยที่เกิดMALA ในผู้ป่วยที่เข้ามานอนรักษาตัวโรงพยาบาลมหาสารคามนั้นพบว่ามีจำนวนสูงขึ้นในทุกๆ ปี โดยหลังจากที่มีการพัฒนาระบบการติดตาม และเครื่องมือการติดตาม ทำให้มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เกิด MALA ได้มากขึ้นในปี พ.ศ.2565 เป็นต้นมาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบก่อนพัฒนาระบบ

เมื่อประเมินการป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาพบ (1.อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่สามารถป้องกันได้ (Non-preventable ADR) ที่ไม่สามารถหาสาเหตุของการเกิดได้ พบมากที่สุดจำนวน 144 ราย (85.71%) (2.อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ที่ไม่มีความคลาดเคลื่อนทางยา (Preventable ADR without Medication error) จำนวน 22 ราย (13.1%)ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด MALA ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์พบมากที่สุดจำนวน 13 ราย (59.09%)รองลงมาคือ มีการใช้ยา NSAIDs และสมุนไพรร่วมด้วย จำนวน 4 ราย (18.18%)และพบผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องผิดขนาดจำนวน 1 ราย (4.55%) (3. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ที่มีความคลาดเคลื่อนทางยา (Preventable ADR with Medication error) จำนวน 2 ราย (1.19%)ซึ่งรายแรกเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และแพทย์มีคำสั่งหยุดยาเมทฟอร์มินเปลี่ยนเป็นยาฉีดอินซูลิน Mixtardแทน แต่ไม่มีการติดตามหรือออกบัตรเฝ้าระวังแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาเมทฟอร์มินอีกครั้งจากโรงพยาบาลชุมชนและกลับมาเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลมหาสารคามด้วยภาวะเลือดเป็นกรดจากยาเมทฟอร์มินซ้ำอีก ซึ่งจากเหตุการณ์นี้จึงได้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการติดตาม และออกบัตรเฝ้าระวังแพ้ยาให้กับผู้ป่วยต่อไป โดยรายที่ 2 ที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาสาเหตุจากไม่ได้ปรับขนาดยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง โดยรายนี้มีค่าทางห้องปฏิบัติการ Scr= 1.65 mg/dL, GFR= 32.34 mL/min/1.73m2 แพทย์สั่งยา Metformin (500) 2x2 oral pc ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับยาไม่เกิน 1,000 mg/day ระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งสองราย คือ ระดับ F หมายถึงเกิดความคลาดเคลื่อนที่เป็นอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วย ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้เวลาแก้ไขนานขึ้น โดยเมื่อประเมินอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ที่เกิดเลือดภาวะเลือดเป็น กรดจากยาเมทฟอร์มิน ทั้งหมด มีจำนวน 11 ราย จากทั้งหมด 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.55

แนวทางการจัดการหลังจากเกิด Metformin-associated lactic acidosis (MALA)

มีการให้การรักษาและบริบาลผู้ป่วยตามแนวทาง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดีขึ้นแล้ว มีการหยุด Metformin และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อปรับยาเบาหวานต่อมากที่สุด จำนวน 62 ราย(36.9%)รองลงมาคือ หยุด Metformin เปลี่ยนเป็นยาเบาหวานชนิดรับประทาน จำนวน 47 ราย (27.98%)หยุด Metformin เปลี่ยนเป็นยาเบาหวานชนิดฉีดจำนวน 35 ราย (20.83%)ผู้ป่วยกลับบ้าน Palliative care จำนวน 10 ราย (5.95%)ผู้ป่วย against advice ขอกลับบ้าน 3 ราย (1.79%)และเสียชีวิตจำนวน 11 ราย (6.55%)

ผลการพัฒนาระบบการติดตามเก็บข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วย

มีจำนวนการรายงาน MALA เพิ่มมากขึ้นทุกปี และหลังการพัฒนาระบบมีจำนวนการรายงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อแนวโน้มการรายงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาระบบการติดตามเคสที่เกิด MALA ทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 และคณะกรรมการอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้เห็นร่วมกันว่า การเกิด Drug induce lactic acidosis จากยา Metformin นั้นเป็นอาการข้างเคียงที่รุนแรง (Serious ADR Type A) ที่ต้องมีการรายงานจากแพทย์และพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรติดตามและประเมินผลทุกรายในโรงพยาบาล โดยมีแนวทางการออกบัตรเฝ้าระวังแพ้ยา มีการให้คำแนะนำการเฝ้าระวังการแพ้ยาแก่ผู้ป่วย มีการลงข้อมูลแพ้ยาในโปรแกรม PharMSKHรวมไปถึงการพัฒนาการส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายชุมชน โดยผ่านทางแอปพลิเคชั่นไลน์ในกลุ่มเภสัชกรในจังหวัด (line)อีกช่องทางหนึ่ง เพื่อลดช่องว่างในการส่งต่อป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำอันเนื่องมาจากการสื่อสารระหว่างตัวผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่สามารถสื่อสารข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ การทำบัตรแพ้ยาหาย หรือให้ข้อมูลที่สถานพยาบาลใหม่ได้ช้า ดังนั้นเภสัชกรผู้ออกบัตรจะทำการส่งข้อมูลการแพ้ยาไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายได้ทันทีก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตัวตามสิทธิที่โรงพยาบาลเครือข่ายเดิม รวมถึงส่งรายชื่อผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพื้นที่ทุกไตรมาสเพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนตรวจสอบและลงข้อมูลผู้ป่วยให้สมบูรณ์ ซึ่งการส่งข้อมูลเหล่านี้ยังมีประโยชน์ในเรื่องการสื่อสารถึงความคาดเคลื่อนทางยา กรณีที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลเครือข่ายเองหรือความคลาดเคลื่อนทางยาของตัวผู้ป่วยเอง เพื่อส่งต่อข้อมูลนำไปปรับปรุงพัฒนาระบบในโรงพยาบาล ทำให้เภสัชกรและบุคคลากรทางการแพทย์ได้ช่วยแก้ปัญหาได้ตรงจุด

สรุปและอภิปรายผล

การเกิด MALA สามารถเกิดได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินในทุกช่วงอายุ โดยปัจจัยสำคัญในการเกิดนั้นน่าจะมาจากค่าการทำงานของไต ซึ่งในการศึกษานี้ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ที่เกิด MALA มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับความบกพร่องของไต คือ ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของเฟื่องรักษ์ ร่วมเจริญ[10] ที่กล่าวว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและเป็นสาเหตุหนุนเสริมมากที่สุด คือผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงพบถึงร้อยละ 91.93 ซึ่งอธิบายได้จากการที่ยา metformin จะถูกขับน้อยลง ทำให้มีการคั่งของยามากขึ้น และการศึกษาของจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์และคณะ[11]ที่พบว่าภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ระยะ 2 และ 3 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญในการเกิด MALA

รวมถึงปัจจัยเสี่ยงจากการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ โดยในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมีค่า HCO3 และ pH ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ กรดในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น ค่า pH ในเลือดต่ำลง ทำให้อวัยวะต่างๆในร่างกายล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ [12]เมื่อประเมินความคลาดเคลื่อนทางยา พบการสั่งให้ยาเมทฟอร์มินในขนาดสูงเกินไปนั้นยังเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาอันดับแรก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเกิดความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Boucaud M. และคณะ[13]พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับยา Metformin ในเลือดน้อยกว่ามีอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เสียชีวิตที่มีระดับยา Metformin ในเลือดมากกว่า

พบความชุกของการเกิด MALA เท่ากับ 46.7 รายต่อประชากร 100,000 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของ Van L.และคณะ[14]รายงานความความชุก 47 รายต่อ 100,000 คนต่อปีโดยมีจำนวนการรายงานแตกต่างในแต่ละการศึกษา พบได้ตั้งแต่อุบัติการณ์ร้อยละ 0.03 ครั้งของการติดตาม (n=3) 115.56 ราย ต่อแสนรายต่อปีที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน[15] การศึกษาของวิกาวี รัศมีธรรม[16]รายงานความชุก 4.60 รายต่อ 100,000 คนต่อปีและการศึกษาของ Richy F. และคณะ[17] ที่ศึกษาย้อนหลังระหว่างคนไข้เบาหวานกลุ่มที่มีการทำงานของไตปกติและการทำงานของไตบกพร่อง พบความชุกในการเกิด MALA 10.37 รายต่อ 100,000 ประชากร และการศึกษาของสิริรัตน์ ภูมิรัตนประพิณ[18]ที่มีจำนวนการรายงานความชุกในการเกิด MALA สูงถึง 225.69 ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี ดังนั้นควรมีการผลักดันในแต่ละสถานพยาบาลส่งข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์มายังรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยามายังศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อเก็บรวมรวมจำนวนผู้ป่วยที่เกิด MALA จริง เพื่อนำไปใช้ในการหาแนวทางป้องกันและพัฒนาการรักษาต่อไป

ด้วยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนมากในประเทศ ดังนั้นจึงทำให้พบการสั่งจ่ายยา Metformin เป็นจำนวนมากและสามารถเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารถนา ปันทะ[19]ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งยา Metformin อย่างไม่สมเหตุสมผล พบว่าร้อยละ 8.6 ถูกจ่ายยา Metformin เกินระดับสูงสุด 2,550 มิลลิกรัมต่อวัน ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระดับ 3 พบว่าร้อยละ 46 ได้รับการจ่ายยาอย่างไม่สมเหตุสมผล เนื่องจากยา Metformin มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไต GFR <30 mL/min/1.73 m^2 และต้องมีการปรับลดขนาดยาตามช่วงค่าการทำงานของไต โดยหากได้ยาในขนาดสูงอาจเป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิด MALA ได้ และการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 9.1 เสียชีวิตจากการเกิดภาวะ MALA เนื่องจากได้รับยาเมทฟอร์มินเกินขนาด[20]

จำนวนการรายงานผู้ป่วยที่เกิด MALA มีจำนวนสูงขึ้นในทุกๆ ปี หลังจากที่มีการพัฒนาระบบและเครื่องมือการติดตาม ทำให้มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เกิด MALA ได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ส่วนมากไม่สามารถหาสาเหตุของการเกิด MALA ได้เนื่องมาจากการศึกษานี้ทำการศึกษาย้อนหลังทำให้มีข้อจำกัดด้านการเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงอื่นๆของคนไข้นอกโรงพยาบาล ในการศึกษานี้พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่พบมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Jamila A และคณะ[21]ที่กล่าวว่าผู้ป่วย MALA ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและทำให้นำไปสู่การเสียชีวิตได้และปัจจัยรองลงมาคือ การใช้ยา NSAIDs และใช้สมุนไพรร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ใช้NSAIDs มีโอกาสเกิด MALA 2.92 เท่าและควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา NSAIDs ร่วมกับยา metformin และมีจำนวน 2 รายที่เกิดความ

คลาดเคลื่อนทางยาระดับ F ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อเกิด MALA ในแต่ละครั้งแล้ว ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงระดับ F ขึ้นไป ซึ่งจัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลจนไปถึงการสูญเสียการทำงานของไต และเสียชีวิตได[22]

การพัฒนาระบบการติดตามและเก็บข้อมูลในการศึกษานี้มุ่งสำรวจจำนวนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรงและปัญหาทางยา เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงการป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ป้องกันไม่ให้เกิดอาการข้างเคียง MALA ที่รุนแรง ซึ่งหลังการพัฒนาระบบมีจำนวนการรายงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระบบการติดตามเคสที่เกิด MALA ทุกราย และ MALA ยังถูกจัดเป็นอาการข้างเคียงที่รุนแรงที่ต้องมีการรายงานจากแพทย์และพยาบาล เพื่อให้เภสัชกรติดตามและประเมินผลทุกรายในโรงพยาบาล การพัฒนาการส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายชุมชน ผ่านทางแอปพลิเคชั่นไลน์ของกลุ่มเภสัชกรในจังหวัดที่รับผิดชอบ ยังช่วยลดช่องว่างในการเกิดแพ้ยาซ้ำจากการสื่อสารระหว่างตัวผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่สามารถสื่อสารข้อมูล มีประโยชน์ในเรื่องการสื่อสารถึงความคาดเคลื่อนทางยา ทั้งในระบบโรงพยาบาลเอง หรือความคลาดเคลื่อนทางยาของตัวผู้ป่วยเอง ทำให้เภสัชกรและบุคคลากรทางการแพทย์ได้ช่วยแก้ปัญหาได้ตรงจุด

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาย้อนหลัง ดังนั้นการได้มาซึ่งข้อมูลผู้ป่วยอาจจะไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น ภาวะปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยส่งเสริมในการเกิด MALA หรือสมุนไพร แอลกอฮอล์ หรือยาชนิดอื่นๆ เนื่องจากไม่มีการซักประวัติการใช้สมุนไพรหรือชนิดของยาสมุนไพรที่ใช้ร่วม ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการได้รับปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งในบางรายไม่มีค่าการทำงานของไตก่อนเริ่มการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิด MALA ดังนั้นการรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เกิด MALA ที่ไม่ถูกรายงานก่อนการพัฒนาระบบ ส่งผลทำให้ความชุกในการเกิด MALA อาจจะน้อยกว่าความเป็นจริงได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2566
2. Ahmad E, Sargeant JA, Yates T, Webb DR, Davies MJ. Type 2 diabetes and impaired physical function: a growing problem. Diabetology. 2022;3(1):30-45.
3. Cryer DR, Nicholas SP, Henry DH, Mills DJ, Stadel BV. Comparative outcomes study of metformin intervention versus conventional approach the COSMIC Approach Study. Diabetes Care 2005;28(3):539-43.
4. รจนา จักรเมธากุล. บทความฟื้นวิชาการ: ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(1):147-151
5. Stang M, Wysowski DK, Butler-Jones D. Incidence of lactic acidosis in metformin users. Diabetes Care 1999; 22(6): 925-7.
6. Van Berlo-van de Laar IR, Vermeij CG, Doorenbos CJ. Metformin associated lactic acidosis: incidence and clinical correlation with metformin serum concentration measure ments. J Clin Pharm Ther 2011 Jun;36(3):376-82.
7. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: Definitions, diagnosis, and management. Lancet. 2000;356:1255–9.

8. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S1–S2 Available from: https://doi.org/10.2337/dc22-SINT
9. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[เข้าถึง เมื่อ 17 มิย. 2567]. เข้าถึงได้จาก http://hpvc.fda.moph.go.th/AEINFO/NewsPublishList.aspx?PID=10010media.php (moph.go.th)
10. Raumcharoen, F. (2015). Metformin-Induced Metabolic Acidosis in Diabetic Patients attending NakhonPhanom Hospital, 2010-2013-ภาวะ กรด ใน เลือด จาก ยา Metformin ใน ผู้ ป่วย โรค เบาหวาน ที รักษา ใน โรง พยาบาล นครพนม ปี 2553-2556. Journal of Health Science of Thailand, 337-346.
11. Kanjanasilp, J., Kuncharoenrut, N., Seehawong, A., &Jittayanan, B. Risk Factors of Metformin-associated Lactic Acidosis in Type 2 Diabetic Patients Using Metformin.
12. วิลาสินี เสียงตรง และคณะ. Risk Factors Related to Mortality of Metformin Associated Lactic Acidosis in Patients with type 2 Diabetes Mellitus of Buriram Hospital, Thailand. Journal of Health Science of Thailand. 2019;28(6):1066-76.
13. Boucaud‐Maitre, D., Ropers, J., Porokhov, B., Altman, J. J., Bouhanick, B., Doucet, J., &Emmerich, J. (2016). Lactic acidosis: relationship between metformin levels, lactate concentration and mortality. Diabetic Medicine, 33(11), 1536-1543.
14. Van Berlo‐van de Laar, I. R. F., Vermeij, C. G., &Doorenbos, C. J. (2011). Metformin associated lactic acidosis: incidence and clinical correlation with metformin serum concentration measurements. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 36(3), 376-382.
15. ปิยะวัฒน์รัตนพันธ์. การประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา metformin ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลอินทร์บุรี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4. 2023:13(2):1-12
16.วิกาวี รัศมีธรรม.การศึกษาการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่งจากยาเมทฟอร์มินโดยใช้ข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.2562
17. Richy, F., Sabidó-Espin, M., Guedes, S., Corvino, F. A., &Gottwald-Hostalek, U. Incidence of lactic acidosis in patients with type 2 diabetes with and without renal impairment treated with metformin: a retrospective cohort study. Diabetes care, 37(8), 2291-2295.
18. สิริรัตน์ ภูมิรัตนประพิณ. ผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่ง สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มินในโรงพยาบาลชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร. 2023
19. ปรารถนา ปันทะวิน.ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งยา Metformin อย่างไม่สมเหตุสมผลในโรง พยาบาลลำปาง. Region 11 Medical Journal, 33(1), 131-140.
20. Hsu CN, Chang CH, Lin JH and Tai YK. Outcome of Metformin-associated Lactic Acidosis in Type 2 Diabetic Patients.Journal of Internal Medicine.2012:23:360-6.
21. Benmoussa, J. A., Chaucer, B., &Chevenon, M. (2018). Metformin-associated lactic acidosis refractory to hemodialysis in the setting of concomitant alcohol intoxication. J Diabetes MetabDisord Control, 5(6), 204-206.
22. ปัญจพล กอบพึ่งตน และนลวัลท์ เชื้อเมืองพาน. อุบัติการณ์และ อัตราตายของการเกิดภาวะกรดแลกติกในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาmetforminและปัจจัยที่สัมพันธ์ในรพ.เชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร., 12(1): 44-46.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Development of nursing uncontrolled Type 2 Diabetes patients model, King Narai Hospital

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

อนัญญา มานิตย์[1] ,กุลชลี นาธงชัย[1]
Ananya Manit[1] ,Koonchalee Nathongchai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวนกลุ่มละ 75 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ 4) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 5) แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วย6) พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย 7) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย 8) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงบรรยาย สถิติทดสอบค่าที (Independent T-Test) และ Mann-Whitney U – Test

ผลการวิจัยพบว่า 1. รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ ประกอบด้วย 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบ และกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ 2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันแอล ดี แอล ครีอะตินิน ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ความพึงพอใจ หลังการทดลอง แตกต่างกัน ($p<.05$) ส่วนดัชนีมวลกาย บี ยูเอ็น และไม่แตกต่างกัน ($p<.05$)

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

Abstract

This study of research and development design aimed to develop Nursing model among patients with uncontrolled diabetes mellitus by using Evidence based practice concept of Soukup. The objectives were to development of Nursing model among patients with uncontrolled diabetes mellitus and to study effect of Nursing model among patients with uncontrolled diabetes mellitus, King Narai Hospital. The sample included 75 patients with uncontrolled diabetes mellitus in each group; control group was receiving routine nursing care and experimental group was receiving Nursing model among patients with uncontrolled diabetes mellitus. The instruments were Knowledge of Diabetes Mellitus, results of care. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistic, Independent T-Test and Mann-Whitney U – Test**.** The results showed that 1) Nursing model among patients with uncontrolled diabetes mellitus, King Narai

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Hospital that was developed comprising 6 components: directions and policies, information system, system adjustment and service process, self-management support system, decision support system, arranging linking service to the community, 2) results of Nursing service model among patients with uncontrolled diabetes mellitus showed that control and experimental groups of Knowledge of Diabetes Mellitus, fasting plasma glucose, LDL level, Creatinine, systolic and diastolic blood pressure, patients satisfaction were different significantly at the .05 level. In contrast, body mass index, and BUN were not different significantly at the .05 level.

Keywords: Nursing model, patients with uncontrolled diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ของ ร่างกายที่เป็นต้นเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเกิดอันตรายถึงชีวิตได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและไตวายเรื้อรัง[1] อีกทั้งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนในประเทศไทย ปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 4.4 ล้านคน คาดการณ์ว่าจะถึง 5.3 ล้าน คนในปี พ.ศ. 2583[2]

จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช[3] พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยอันดับ 1 ใน 5 ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองลพบุรีที่รับผิดชอบ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2563-2565 ตามลำดับ มีดังนี้ 11,845 12,584 13,052 คน อัตราการควบคุมโรคได้ดีเท่ากับ 31.03, 22.72, 25.83 เป้าหมายคือร้อยละ 40 ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสูงอายุขาดผู้ดูแล ระยะเวลาเป็นโรคนานทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาโรคเรื้อรังมาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีแนวทางปฏิบัติร่วมกับองค์การอนามัยโลก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งมุ่งเน้นที่ “การปรับปรุงระบบ” เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์เพื่อทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น[4] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพของคลินิก[5] โรคไม่ติดต่อด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพมาตั้งแต่ปี 2557-2559 และพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี 2560 ให้มีความครอบคลุมทั้งกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพ ในการให้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่ การลดอัตราป่วย อัตราตาย และภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงต่อไป[5] ซึ่งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้มีการนำแนวคิด NCD Clinic Plus มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยได้มีการนำแนวคิดดังกล่าว มาพัฒนาการรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชซึ่งมีผลลัพธ์ที่ดี[6] จึงสนใจที่จะขยายผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ร่วมกับการใช้แนวคิด ADCES7 Self-Care Behaviors[7]ซึ่งเป็นแนวคิดที่มาจากองค์การ American Diabetes Care and Education Specialist (ADCES) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีโรคเบาหวาน

โดยเฉพาะการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 ประการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยที่การเน้นพฤติกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีชีวิตที่ดีขึ้น ทั้ง 7 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1)การรับประทานอาหารที่ดี (Healthy Eating) 2) การออกกำลังกาย (Being Active) 3) การติดตามตรวจสอบ (Monitoring) 4) การรับประทานยา (Taking Medication) 5) การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) 6) การรับมือกับความเครียด (Healthy Coping) และ 7) การลดความเสี่ยง(Reducing Risks)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยใช้แนวคิด NCD Clinic Plus, ADCES7 Self-Care Behaviors และแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ[8] เพื่อสร้างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่เข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566-มิถุนายน 2567

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ[8]ใช้แนวคิด NCD Clinic Plus(5), ADCES7 Self-Care Behaviors(7) และแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ(8)เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติ เน้นการทำงานและการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 3) การนำรูปแบบไปทดลองใช้ และ 4) การนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อทำให้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่เข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างกรกฎาคม 2566-มิถุนายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่เข้ารับ

การรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566-มิถุนายน 2567 โดยมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง[9]โดยใช้ ค่าอำนาจทดสอบ (Power) ที่ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Estimated Effect) ที่ .50 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่. 05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มละ 63 คน และเพื่อป้องกันผู้ป่วยสูญหาย และไม่สามารถติดตามผู้ป่วยมาเข้าร่วมการวิจัยได้ จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 75 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเบาหวานโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C>9%) ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566-มิถุนายน 2567

2. สามารถอ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ และช่วยเหลือตนเองได้

3.ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้วิจัยพัฒนาจากคู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560[5]

2.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3.แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความถูกต้อง (CVI) เท่ากับ 0.85 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93

4.แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดีแอล การทำงานของไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

5. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ เป็นข้อคำถามพัฒนา โดย อุมาภรณ์ หาญรุ่งชโลธร (2554)[10] ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ โดยปรับข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก พอใช้ และน้อยที่สุด (4, 3, 2, และ 1 คะแนน ตามลำดับ) จำนวน 19 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.79 เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00-2.99 ถือว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 3.00-3.99 ถือว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 4.00-5.00 ถือว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

จริยธรรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยได้รับใบอนุมัติการศึกษาวิจัยในมนุษย์เลขที่ KNH 19-1/2566 ระหว่างวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 ถึง 3 กรกฎาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 30 ราย สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 14 ราย อายุรแพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดย Content analysis สรุปได้ Theme ดังนี้ 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดย 1) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้หลักฐานการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด ผู้วิจัย 2) กำหนดคำสำคัญและการสืบค้นงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมทั้งสรุปประเด็นของงานวิจัยที่สืบค้นตามกรอบ PICO format ได้คำสำคัญ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน/ แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย/ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ ผลลัพธ์การแลรักษาผู้ป่วย/ ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น 3) กำหนดแหล่งที่สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น PubMed, Proquest Nursing & Allied Health Source, Science direct, Lippincott ฯลฯ งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารตำรา หรือเอกสารจากการประชุมวิชาการ เป็นต้น แบ่งระดับความน่าเชื่อถือเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์[11] 4) ผู้วิจัยประเมินคุณภาพและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ 139 เรื่อง สามารถนำมาใช้ได้ จำนวน 28 เรื่อง ได้แก่ วิเคราะห์ อภิมาน 7 เรื่อง (ระดับ 1) หลักฐานงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง 10 เรื่อง (ระดับ 2) หลักฐานงานวิจัยเชิงพรรณนา 8 เรื่อง (ระดับ 3a=2, 3b=3, 3c=2) บทความทางวิชาการ 3 เรื่อง (ระดับ 4)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 30 ราย

ระยะที่ 4 นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หลังทดลองใช้ ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ

2. สร้างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content Analysis)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกาย ใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ระดับไขมันแอล ดีแอล การทำงานของไต และคะแนนความพึงพอใจ ใช้สถิติแมนวิทนีย์ ยูเทส (Mann-Whitney U – Test)

ผลการวิจัย

รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ[8] ประกอบด้วย 1) ทิศทางและนโยบาย โดยมีการกำหนดนโยบาย วางแผนปฏิบัติการ การจัดสรรบุคลากร สถานที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ การวางแผนจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน 2) ระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับ data center ของอำเภอ/จังหวัด เป็นปัจจุบันและมีการรายงานผลต่อผู้บริหารปีละ 3-4 ครั้ง 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ ครอบคลุมกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีทีมสหสาขาในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีระบบส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และมีสื่อดิจิทัล/เครื่องมือช่วยในการจัดการตนเองของผู้ป่วย 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่มีการนำแนวคิด ADCES7 Self-Care Behaviors[7] ที่ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่ดี การออกกำลังกาย การติดตาม ตรวจสอบ การรับประทานยา การแก้ไขปัญหา การรับมือกับความเครียด และการลดความเสี่ยง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ โดยการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ที่ลดเสี่ยง ลดโรค และจัดกิจกรรมต่างๆในชุมชนเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันแอล ดี แอล ครีอะตินิน ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ความพึงพอใจ หลังการทดลองแตกต่างกัน ($p<.05$) ส่วนดัชนีมวลกาย บี ยูเอ็น และไม่แตกต่างกัน ($p<.05$) (ดังตารางที่ 1)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 อายุเฉลี่ย 51.95 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 36.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.00 เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.70

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.70 มีอายุเฉลี่ย 52.31 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 88.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.00 อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 29.30 เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.30

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล การทำงานของไต และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=75) Mean ± S.D.	ระดับ	กลุ่มทดลอง (n=75) Mean ± S.D.	ระดับ	t	p-value
ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน**						
- ก่อนการทดลอง	3.81 ± 1.07	น้อย	3.59 ± .76	น้อย	1.50	.14
- หลังการทดลอง	4.43 ± 1.10	น้อย	7.76 ± 1.29	มาก	16.97	.00
ระดับน้ำตาลในเลือด**						
- ก่อนการทดลอง	138.47±31.59	ต้องปรับปรุง	163.83±54.49	ต้องปรับปรุง	1.04	.30
- หลังการทดลอง	163.80±54.49	ต้องปรับปรุง	135.84±48.53	ต้องปรับปรุง	3.50	.00
ความดันโลหิตตัวบน (SBP)**						
- ก่อนการทดลอง	136.19±34.00	ต้องปรับปรุง	138.16±17.51	ต้องปรับปรุง	.63	.53
- หลังการทดลอง	138.16±17.51	ต้องปรับปรุง	125.64±12.06	ดี	5.1	.00
ความดันโลหิตตัวล่าง(DBP)**						
- ก่อนการทดลอง	83.00±9.77	ดี	83.45± 9.70	ดี	1.16	.25
- หลังการทดลอง	80.97±11.64	ดี	78.03±8.95	ดี	3.56	.00
ดัชนีมวลกาย*						
- ก่อนการทดลอง	26.60±4.94	ต้องปรับปรุง	26.31±4.12	ต้องปรับปรุง	.39	.70
- หลังการทดลอง	26.48±4.75	ต้องปรับปรุง	25.99±4.29	ต้องปรับปรุง	.67	.51
ระดับไขมันแอล ดี แอล**						
- ก่อนการทดลอง	121.76±47.89	ต้องปรับปรุง	128.16±49.93	ต้องปรับปรุง	-.80	.42
- หลังการทดลอง	151.43 ±106.47	ต้องปรับปรุง	123.15± 50.24	ต้องปรับปรุง	2.08	.04

S.D: Standard deviation, p < .05, *Independent t-test, **Mann-Whitney U – Test

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล การทำงานของไต และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=75) Mean ± S.D.	ระดับ	กลุ่มทดลอง (n=75) Mean ± S.D.	ระดับ	t	p-value
การทำงานของไต						
BUN**						
- ก่อนการทดลอง	16.47±6.47	ดี	17.18±5.54	ดี	-1.35	.18
- หลังการทดลอง	17.62±5.65	ดี	15.99±4.80	ดี	1.91	.05
Cr**						
- ก่อนการทดลอง	1.08±.0.61	ดี	.93±.23	ดี	1.99	.05
- หลังการทดลอง	1.06±.35	ดี	.90±.23	ดี	3.24	.00
ความพึงพอใจ**						
- ก่อนการทดลอง	3.30 ±.08	ปานกลาง	3.32±.07	ปานกลาง	-.78	.44
- หลังการทดลอง	3.27±.08	ปานกลาง	3.64±.15	ปานกลาง	-20.07	.00

S.D: Standard deviation, p < .05, *Independent t-test, **Mann-Whitney U – Test

อภิปรายผลและสรุปผล

ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ[8] ประกอบด้วย 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ทำให้ครอบคลุมทุกกระบวนการบริการพยาบาล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน น่าเชื่อถือ ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาที่ดี นอกจากนั้นรูปแบบนี้ยังทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นไปในแนวทางเดียวกัน สะดวกในการปฏิบัติงาน และเกิดความพึงพอใจ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model)[12] ที่ประกอบด้วย การจัดระบบบริการสุขภาพ การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก แหล่งสนับสนุนจากชุมชน ทำให้เห็นถึงรูปแบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยโรคโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมทั้งสามารถเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมยั่งยืน โดยแต่

ละหุ้นส่วนมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน แม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นคือ

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ระดับไขมันแอล ดี แอล ครีอะตินิน และ ความพึงพอใจ หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่พัฒนาขึ้น มีแนวทางปฏิบัติ แนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างมีรูปแบบและมีแบบแผนโดยเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้จริง และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยร่วมให้การพยาบาลผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักการพยาบาลที่กล่าวไว้ว่า พยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) ทำหน้าที่ บริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ มีการบูรณาการผสมผสานทั้งส่วนของบริการที่จะต้องปรับปรุงออกแบบกระบวนการบริการ โดยเน้นการสนับสนุนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตาม แผนการดูแล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคได้ ในขณะเดียวกันก็สนับสนุน ให้ชุมชนและองค์กรภาคเอกชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมรับรู้ข้อมูลปัญหา สุขภาพ รวมถึงทำให้ผู้แทนองค์กรเหล่านี้ มองเห็นปัญหา และเข้ามาร่วมระดมทรัพยากร ความสามารถเพื่อช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ทำให้ประชาชนเข้าใจ และวางแผน การดำเนินชีวิตที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยพยาบาลผู้จัดการการดูแลจะนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังไปใช้ในการดูแลประชาชนในพื้นที่[13] นอกจากนั้นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่พัฒนาขึ้น ยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประเมินพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย ว่าดีขึ้นหรือไม่ และกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะพิจารณาหาสาเหตุแท้จริงโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคเบาหวาน เพื่อส่งปรึกษาทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ อนุชา วรหาญ[14] ได้ทำการศึกษาเรื่อง การ พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเลาขวัญ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบดังกล่าวกับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบหลังการ ทดลอง พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ รูปแบบ และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ มยุรี เที่ยงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ[(15)] ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ที่ได้พัฒนาขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$)

2.2 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และบี ยู เอ็น หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ระหว่าง 5-10 ปี อายุมากกว่า 50 ปี มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง ไม่ได้ประกอบอาชีพและเป็นแม่บ้าน/ พ่อบ้าน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเฉพาะในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก และให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปออกกำลังกายต่อที่บ้านเอง ถึงแม้จะมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน แต่ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายแบบเต็มรูปแบบ ยังคงรับประทานอาหารประเภทแป้งมากกว่าผักและผลไม้ จึงทำให้ผู้ป่วยยังมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ เมตร^2 จัดว่า อ้วน และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเพียง 6 เดือน อาจทำให้ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายได้[16]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรขยายผลการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดได้ ในพื้นที่อื่นๆ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

2.ควรใช้ระยะเวลาศึกษาวิจัยให้มากขึ้น และติดตามผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3.ควรส่งเสริมการใช้นวัตกรรมอื่นๆเพื่อจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 - ธันวาคม 2564. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2561.
2. สำนักข่าว Hfocus. โรคเบาหวานในวัยรุ่น 2562 [cited 2565 15 พฤษภาคม]; Available from: https://www.hfocus.org/content/2019/11/18031.
3. กลุ่มงานเวชสารสนเทศทางการแพทย์. รายงานสถิติการบริการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช2565.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 - ธันวาคม 2564. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561.
5. สุมนี วัชรสินธุ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, เมตตา คำพิบูลย์, อัจฉรา ภักดีพินิจ, ชาญยุทธ วิหกโต, ศกลวรรณ แก้วกลิ่น และคณะ. คู่มือการดำเนินงาน ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2559.
6. อนัญญา มานิตย์. การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(2):131-41.
7. American Diabetes Care and Education Specialist (ADCES). The ADCES7 Self-Care Behaviors. 2563 [cited 2565 17 พฤษภาคม]; Available from: www.ADCES website.
8. Soukup M. The center for advanced nursing practice evidence - based practice model Nurs Clin North America. 2543;35:301-9.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essential of Nursing research: Method, apprial, and utilization. Philadelphia: Lippincott.; 2544.
10. อุมาภรณ์ ห่านรุ่งชโรทร. ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
11. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2011 Edition. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2011.

12. Wagner EH, Austin BT. Improving outcomes in chronic illnessc. Managed Care Quarterly. 2544;9(3):7-11.
13. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเรื้อรัง. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.
14. อนุชา วรหาญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลาขวัญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2561;12(7):5-22.
15. มยุรี เที่ยงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(4):696-710.
16. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change Psychological Reviews. 2540;84(2):191-215.

ผลการผ่าตัดถุงน้ำดี และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิด ในโรงพยาบาลสระบุรี

Outcomes of Cholecystectomy and Factors Associated with Conversion from Laparoscopic to Open Surgery at Saraburi Hospital.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

โกลัญญา ต่างวิวัฒน์[1]
Kolanya Tangwiwat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดถุงน้ำดี และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิด ในโรงพยาบาลสระบุรี เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดี ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 195 คน รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และผลการผ่าตัด วิเคราะห์ปัจจัยด้วย logistic regression และ Multiple logistic regression ในการประเมิน odd ratio โดยค่า p<0.05

ผลการวิจัย: จากจำนวนผู้ป่วย 195 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 106 คน (54.3) เพศชายจำนวน 89 คน (45.7) อายุเฉลี่ย 51.23 ปี อายุเฉลี่ย 51.23 ปีประสบความสำเร็จในการผ่าตัดผ่านกล้องจำนวน 171 คน เปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดจำนวน 24 คน ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผ่าตัดในช่วง 6-10 สัปดาห์หลังอาการสงบ, โรคร่วมเบาหวาน, การรักษาถุงน้ำดีด้วยยาปฏิชีวนะมาก่อน, ประวัติการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน

คำสำคัญ: การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง, การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด

Abstract

This study aimed to study the outcomes of cholecystectomy and the factors associated with the conversion from laparoscopic to open cholecystectomy at Saraburi Hospital. This is a retrospective study involving patients who underwent cholecystectomy from October 2018 to September 2023, totaling 195 individuals. Data on patient demographics and surgical outcomes were collected. Factors were analyzed using logistic regression and multiple logistic regression to assess odds ratios, with p<0.05 considered significant.

Results: Among the 195 patients, there were females (54.3%) and males (45.7%). The mean age was 51.23 years. The laparoscopic procedure was successful in 171 cases, while 24 cases required conversion to open surgery. Statistically significant factors affecting the need for open surgery included undergoing surgery 6-10 weeks after symptoms subsided, the presence of comorbid diabetes, prior treatment of gallbladder disease with antibiotics, and a history of previous abdominal surgeries.

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy, open cholecystectomy.

บทนำ

การผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยการส่องกล้อง (laparoscopic cholecystectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้ในการรักษานิ่วในถุงน้ำดีในปัจจุบัน เนื่องจากมีความปลอดภัยสูง ใช้ระยะเวลาในการรักษาหลังผ่าตัดสั้นกว่า ความสวยงามของแผลและประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (open cholecystectomy) ปัจจุบันการพัฒนาการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยการส่องกล้องได้มีการพัฒนาตั้งแต่การผ่าตัดแบบมาตรฐาน 4 แผล (standard four-port laparoscopic cholecystectomy) เป็นการผ่าตัดแบบประยุกต์ 3 แผล (modified three-port laparoscopic cholecystectomy) แบบประยุกต์ 2 แผล (modified two- Incision laparoscopic

[1] โรงพยาบาลสระบุรี

cholecystectomy) แบบแผลเดียว(single incision modified laparoscopic cholecystectomy) แบบแผลเดียว 3 รู (one– incision three- port laparoscopic cholecystectomy)[1] เพื่อหาวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพให้เร็วที่สุดลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ให้แผลผ่าตัดเล็กลงหรือจำนวนแผลน้อยลง ประหยัดค่าใช้จ่ายรวมทั้งให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามการผ่าตัด LC ก็ยังคงมีความเสี่ยงในการเปลี่ยนแปลงเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง และการบาดเจ็บท่อน้ำดี อยู่ที่ร้อยละ 1-15 ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาต่างๆ ที่พบในขณะทำการผ่าตัด เช่น มีพังพืดบดบังหนาแน่นบริเวณ หรือท่อน้ำดีฉีกขาด และมีปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัดที่ต่างกัน เช่น ความอ้วน ถุงน้ำดีอักเสบ เป็นต้น[2]

โรงพยาบาลสระบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 700 เตียง มีการผ่าตัดถุงน้ำดีมานานกว่าทศวรรษ และเริ่มการผ่าตัดแบบผ่านกล้องมาตั้งแต่ปี 2543 อัตราเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดย้อนหลัง 6 ปี (2561-2566) ร้อยละ 7.08-9.41 แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงผลการผ่าตัดที่ผ่านมา รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการผ่าตัดถุงน้ำดีที่ผ่านมา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดในโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อนำมาปรับปรุงประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย

วิธดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งหมด 395 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยในมีอายุมากกว่า 15 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องยืนยัน วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในถุงน้ำดี และ/หรือมีการอักเสบของถุงน้ำดี และมีความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Robert V. Krejcie and W.Morgan ได้จำนวนประชากร 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด ASA Classification ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง การได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด Leukocytosis, abnormal liver function test

ส่วนที่ 2 ผลการผ่าตัด ประกอบด้วย ช่วงเวลาที่มาผ่าตัด (early, delay) ระยะเวลาในการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.78 และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-cofficient) ของครอนบาค เท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจงนับ (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) แต่ถ้าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (Asymmetrical distribution) จะนำเสนอโดยค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR)

การหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI แสดงอัตราปัจจัยคราวละปัจจัยด้วย Odds ratio (OR)

คราวละหลายปัจจัยด้วย Adjusted Odds ratio (OR_{adj})

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดี ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลสระบุรี จากจำนวนผู้ป่วย 195 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 106 คน (54.3) เพศชายจำนวน 89 คน (45.7) อายุเฉลี่ย 51.23 ปี ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดผ่านกล้องจำนวน 171 คน เปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดจำนวน 24 คน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้อง และการผ่าตัดแบบเปิด

ตัวแปร	การผ่าตัดผ่านกล้อง (N=171)		การผ่าตัดแบบเปิด (N=24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	79	46.1	10	41.7	0.087
หญิง	92	53.9	14	58.3	
อายุ (ปี) (mean±SD)	55.7±2.4		56.9±1.7		0.851
BMI (kg/m^2) (mean±SD)	27.3±3.4		27.8±2.6		0.743
เบาหวาน	42	24.7	8	33.3	0.005*
ความดันโลหิตสูง	94	54.9	4	16.7	0.001*
โรคไตวายเรื้อรัง	4	2.3	1	4.2	0.000*
โรคตับ	2	1.2	1	4.2	0.000*
การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด					
Symptomatic gall stone	131	76.6	9	37.5	0.043
Acute cholecystitis	26	15.2	8	33.3	
Gall stone pancreatitis	8	4.7	4	16.7	
Gall stone with CBD stone	6	3.5	3	12.5	
ASA Classification					
ASA class 1	54	31.6	6	25.0	0.236
ASA class 2	80	46.7	15	62.5	
ASA class 3	37	21.7	3	12.5	
ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง	34	19.9	5	20.9	0.411
การได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด	69	40.4	8	33.3	0.042*
Leukocytosis	48	28.1	13	54.1	0.001*
abnormal liver function test	74	43.2	9	37.5	0.007*
ช่วงเวลาที่มาผ่าตัด					
Early cholecystectomy	48	28.1	5	20.8	0.057
Delay cholecystectomy	123	71.9	19	79.2	
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)	74.8±3.4		58.7±2.3		0.008*
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	7.3±2.8		8.1±3.1		0.001*

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้อง และการผ่าตัดแบบเปิด มีความแตกต่างกันในเรื่องโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง การได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด Leukocytosis abnormal liver function test

ระยะเวลาในการผ่าตัด และ จำนวนวันนอน
โรงพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีตามช่วงเวลา

ตัวแปร	Early cholecystectomy (N=53)		Delay cholecystectomy (N=142)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่มีอาการก่อนการรักษา (ชั่วโมง)	29.7±2.8		48.4±2.8		0.003*
Conversion OC	5	9.4	19	13.4	0.002*
Complication					
CBD injury	0	0	1	0.7	0.784
Bile leakage	0	0	0	0	
Wound complication	1	1.9	1	0.7	

จากตารางที่ 2 พบว่า การผ่าตัด Early cholecystectomy และ Delay cholecystectomyระยะเวลาที่มีอาการก่อนการรักษาแตกต่างกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีตามระยะเวลาที่มีอาการก่อนการรักษา ระยะเวลาผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ตัวแปร	Early cholecystectomy (N=53)			Delay cholecystectomy (N=142)		
	OC	LC	p-value	OC	LC	p-value
ระยะเวลาที่มีอาการก่อนการรักษา						
<3วัน	1 (20.0)	31 (64.6)	0.04*	9 (47.4)	67 (54.5)	0.137
mean±SD	3.1±1.9	2.3±1.2		3.1±2.3	2.9±2.6	
>3วัน	4 (80.0)	17 (35.4)		10 (52.6)	56 (45.5)	
mean±SD	5.7±3.4	5.1±2.9		5.4±1.7	5.2±1.3	
ระยะเวลาผ่าตัด	58.7±1.2	63.4±1.7		59.1±1.4	69.4±1.8	0.239
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	7.4±7.8	4.2±6.8	0.01*	8.1±6.2	5.9±4.8	0.004*

จากตารางที่ 3 การผ่าตัด Early cholecystectomy ระยะเวลาที่มีอาการก่อนการรักษา <3วัน และ >3วัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 แสดงสาเหตุที่ทำให้เปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วย Early cholecystectomy และ Delay cholecystectomy

สาเหตุ	Early cholecystectomy (N=5)	Delay cholecystectomy (N=19)
การมีเนื้อเยื่อพังพืดมาก (เคยผ่าตัดช่องท้อง)	0	2 (10.5)
การมีเนื้อเยื่อพังพืดมาก (มองเห็น Cystic duct ไม่ชัดเจน)	2 (40.0)	15 (78.9)
ถุงน้ำดีบวมหนา มีน้ำดีหรือหนอง	1 (20.0)	1 (5.3)
ถุงน้ำดีอักเสบบวมมาก	2 (40.0)	1 (5.3)

จากตารางที่ 4 สาเหตุที่ทำให้เปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วย Early cholecystectomy และ Delay cholecystectomy ทั้งสองกลุ่มเกิดจากการมีเนื้อเยื่อพังพืดมาก (มองเห็น Cystic duct ไม่ชัดเจน) เป็นส่วนใหญ่

สรุปและอภิปรายผล

การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย ในการรักษานิ่วในถุงน้ำดีแทนการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีแบบเปิด (Open cholecystectomy) เนื่องจากช่วยลดระยะเวลา การนอนโรงพยาบาล การใช้ยาระงับปวด และเหตุผลทางด้านความสวยงามของบาดแผล แต่ยังคงมีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อท่อน้ำดีได้สูงกว่า ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง[4]

จากการศึกษานี้ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดี 195 คน พบอัตราเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องร้อยละ 12.3 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจาก Sustematic review ที่ร้อยละ 1-15 โดยการศึกษาของศิวดล ทัศนเมธี พบร้อยละ 108[5] ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อรรถพร ปฏิวงศ์ไพศาล[6] ที่พบเปลี่ยนการ ผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นแบบเปิดหน้าท้อง 41 ราย ร้อยละ 22.2

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษานี้ ได้แก่ ผ่าตัดในช่วง 6-10 สัปดาห์ หลังอาการสงบ (Delay cholecystectomy) โรคร่วมเบาหวาน การรักษาถุงน้ำดีด้วยยาปฏิชีวนะมาก่อน ประวัติการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย พูนแก้ว[7] พบว่าปัจจัยจากโรคร่วมเบาหวาน การรักษาถุงน้ำดีด้วยยาปฏิชีวนะมาก่อนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อรรถพร ปฏิวงศ์ไพศาล ที่พบว่าปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นแบบเปิดหน้าท้อง ได้แก่ อายุ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติเคยผ่าตัด และการตรวจจำนวนเม็ดเลือดขาว จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดในการศึกษานี้ มีจำนวนผู้ป่วยมาผ่าตัดในระยะ Early cholecystectomy 24 คน Delay cholecystectomy จำนวน 139 คน พบอัตราเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องร้อยละ 9.4, 13.4 ตามลำดับ ซึ่งจากสาเหตุส่วนใหญ่ที่ในระยะ Early cholecystectomy เปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง น่าจะเกิดจากพยาธิสภาพของถุงน้ำดีที่บวมหนา มีน้ำดีหรือหนองทำให้ใช้อุปกรณ์จับได้ยากทำให้เกิดอุปสรรคในระหว่างผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการมี Leukocytosis ส่วนในระยะ Delay cholecystectomy ระยะนี้มักจะเกิดพังผืดในบริเวณรอบๆ ถุงน้ำดี และ hepatocystic triangle ทำให้เลาะได้ยาก และมีประวัติการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา[7,8,9,10]

. ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นปัจจัยต่อการเปลี่ยนเป็น conversion LC to OC ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายๆ การศึกษา โดยอธิบายได้ด้วยพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยเบาหวาน คือระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้มีการอักเสบของถุงน้ำดีอยู่บ่อยครั้ง หรือมีการอักเสบแบบ subclinical อยู่ซึ่งมีผลต่อความหนาของผนังถุงน้ำดีและผังผืด และผู้ป่วยเบาหวาน อาจมีโรคร่วมอื่นนอกจากนี้ยังมีอธิบายเรื่องภาวะ atherosclerosis ของเส้นเลือดขนาดเล็ก และการมีภาวะเส้นประสาทรับความรู้สึกผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อโรคเป็นเยอะแล้ว[11] ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยปฏิชีวนะ อธิบายได้ว่า การอักเสบและพังผืดรอบถุงน้ำดี ซึ่งกลุ่มนี้จะเคยมีภาวะ Cholecystitis หรือ Pancreatitis มาก่อน นอกจากนี้จำนวนครั้งของการอักเสบจะส่งผลเรื่องการเปลี่ยนเป็นผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องได้สูง

และจากการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่มีอาการก่อนการรักษาไม่เกิน 3 วัน พบว่าการผ่าตัดแบบ Early cholecystectomy จะประหยัดเงินประหยัดเวลาภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติมากกว่า ซึ่งภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกันกับ Delay cholecystectomy ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ**ข้อเสนอแนะการวิจัย**

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ที่ต้องเปิดหน้าท้องระหว่างผ่าตัด เนื่องจากมีพังผืดมาก และไม่สามารถมองเห็น Cystic duct ได้ชัดเจน เพื่อลดโอกาสการเปลี่ยนการผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนควรพิจารณาในผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดมาก่อน และระยะเวลาที่เกิดอาการ สำหรับในผู้ป่วยที่ระยะเวลาที่มีอาการก่อนการรักษาไม่เกิน 3 วัน การผ่าตัดแบบ Early cholecystectomy น่าจะมีผลดีกว่า Delay cholecystectomy แต่ต้องขึ้นอยู่กับความชำนาญของศัลยแพทย์ รวมทั้งการคัดเลือกผู้ป่วย และทำการผ่าตัดในช่วงที่เหมาะสม ซึ่งการรู้ปัจจัยเสี่ยงจะช่วยในการตัดสินใจในการผ่าตัดและระมัดระวังในการผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น

การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy) ปัจจุบันนิยมนำมาใช้ในการรักษาเป็น วิธีที่ปลอดภัยและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยเหมาะสำหรับเวชปฏิบัติในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป ควรมีการสนับสนุน พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และรักษาได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาไปข้างหน้า หรือทดลอง และศึกษาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เพื่อให้เห็นผลการศึกษาชัดเจนยิ่งขึ้นทั้งด้านผลการรักษา และประสิทธิผลของแต่ละวิธี

เอกสารอ้างอิง

1. Prathanvanich P. Single Incision Laparoscopic Cholecystectomy : SILC. Healthy Bangkok. 2016;4(2):6-8.
2. Manositisak P. Comparative Study Between Modified Three–Port and Standard Four–Port Laparoscopic Cholecystectomy in Kalasin Hospital. Srinagarind MJ, 2010; 25(3) :228-32.
3. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โรคนิ่วในทางเดินน้ำดี. www.rcst.or.th/view.php?group=4&id=204, 2566.
4. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลสระบุรี. สถิติผู้ป่วย 2561-2566. โรงพยาบาลสระบุรี.
5. ศิวดล ทัศนเมธี. ปัจจัยเสี่ยงในการเปลี่ยนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดในโรงพยาบาลพุทธโสธร. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2563; 45(3): 182-189.
6. อรรถพร ปฏิวงศ์ไพศาล. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2562; 16(3): 176-182.
7. Lujan J, Parrilla P, RoblesbR, Marin P, Torralba J, Garcia-Ayllon J. Laparoscopic Cholecystectomy vs Open Cholecystectomy in the Treatment of Acute cholecystitis. Arch Surg 1998; 133(2):173-5.
8. Fried GM, Barkun JS, Sigman HH, Joseph L, Clas D, Garzon J, Hinchey EJ, Meakins JL. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy . Am J Surg. 1994;167(1):35-9.
9. ธวัชชัย พูนแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อความยากในการผ่าตัด นิ่วถุงน้ำดีผ่านกล้องในโรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 2559; 30:251-260.
10. Zhenfeng G, Peizhi L, Fangshang C, Dingyong T.The Clinical Analysis of Bile Duct Injury during Laparoscopic Cholecystectomy. InternationalJournal of Clinical Medicine. 2015;6:825-30.
11. Stanisic V, Milicevic M, KocevN, Stojanovic M, V;aovic D, Babic I, Vucetic N. Prediction of difficulties in laparoscopic cholecystectomy on the base of routinely available parameters in a smaller regional hospital.European Review of Medical and Pharmacological Scientces. 2014;18:1204-11.

รายงานผู้ป่วย Dengue encephalopathy ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Case report : Interesting case of Dengue encephalopathy in King Narai Hospital.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

นาวิน การะยะ[1] รัศมี ตั้งศิริ[1], พงศกร ฉ่ำพึ่ง[1]
Navin Garaya[1] Ratsamee Tangsiri[1], Pongsakorn Champueng[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้เป็นรายงานผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานผู้ป่วย Dengue encephalopathy ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ป่วยที่นำเสนอเป็น เด็กหญิงไทยอายุ 11 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ไข้สูง ปวดศีรษะ ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอาการสับสน ไม่ทำตามคำสั่ง ถามตอบไม่รู้เรื่อง

ผลการศึกษา พบว่า ตรวจเลือดพบภาวะโลหิตจาง ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่พบความผิดปกติ ผลตรวจน้ำไขสันหลังมีการติดเชื้อ ซึ่งการวินิจฉัยภาวะสมองอักเสบจากไวรัสเด็งกี่รายนี้ จากการติดเชื้อในน้ำไขสันหลัง พบชิ้นส่วนของไวรัสโดยตรงจากการตรวจ dengue PCR, viral culture, NS1Ag ให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ได้แก่ ดูแลทางเดินหายใจ ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ และเหมาะสมซึ่งเป็นการป้องกันความดันในสมองสูง ให้เลือดทดแทนแก้ไขค่าความเป็นกรด ด่าง เกลือแร่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สังเกตอาการทางระบบประสาท ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ไวรัสไข้เลือดออก, ความผิดปกติทางระบบประสาท

Abstract

This study was case report aimed to Interesting case of Dengue encephalopathy in King Narai Hospital case report. An 11 years old girl was hospitalized with fever and headache. During the admission, her symptoms was worsening with the sudden onset of confusion – inability to follow commands and disorientations.

Result: Her complete blood count only shows evident of anemia. The CT scan of her brain found no evidence of abnormalities. Cerebrospinal Fluid Examination was shown sign of infection with a positive result from dengue PCR with Dengue viral culture and Dengue NS1Ag, the diagnosis of Dengue encephalopathy was confirmed. With supportive treatments including airway management, adequate intravenous fluid to prevent the risk of increase intracranial pressure, blood transfusion, electrolyte replacement therapy, monitoring of blood sugar level and regular observation of neuro signs, the patient is safely discharged.

Keywords: Dengue virus, Dengue encephalopathy

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ทั้งในประเทศไทยและระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามากกว่า 100 ประเทศ มีการระบาดของไข้เลือดออกเด็งกี่ โดยมีประชากรมากกว่า 3,900 ล้านคนทั่วโลกเสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออกเด็งกี่ ในแต่ละปีมีผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกี่ประมาณ 390 ล้านคนทั่วโลก โดยในจำนวนนี้มีการเสียชีวิตมากกว่า 500,000 คน[1] อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกเด็งกี่เพิ่มขึ้น 30 เท่าในช่วง 50 ปีผ่านมา ในขณะที่ประชากรยุงแพร่ไปสู่ในหลายท้องถิ่น และดินแดนที่ไม่เคยมียุงลายมาก่อน ปัญหาเรื่องโรคร้อนอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชากรยุงเพิ่มขึ้นมาก อีกปัจจัยที่สำคัญคือ ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่ติดเชื้อเท่านั้นที่มีอาการ อีกร้อยละ 80 ไม่มีอาการ[2]

การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาได้มีการพัฒนาขึ้นมาโดยตลอด ซึ่งทำให้อัตราการตายในประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำคือร้อยละ 0.13 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าหลายๆประเทศ เมื่อมีจำนวนผู้ติดเชื้อมากขึ้นย่อมทำให้เกิดความสูญเสียจากความเจ็บป่วย

[1] กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

และเสียชีวิตได้สูงมาก ที่น่ากังวลคือไข้เลือดออกเด็งกี่เป็นโรคที่เกิดในเด็กและวัยรุ่นรวมทั้งผู้ป่วยวัยทำงานที่แข็งแรงดี และไม่มีโรคประจำตัวใดๆ และยังไม่มีวิธีพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยคนไหนจะมีอาการหนักการที่มีสุขภาพดี แข็งแรงไม่ได้ทำให้มั่นใจได้ว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกเด็งกี่ที่รุนแรง

การรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกี่เป็นการรักษาแบบประคับประคองและให้สารน้ำอย่างเหมาะสมรวมทั้งรักษาภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันการณ์ ซึ่งการรักษาที่เหมาะสมนี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้ส่วนหนึ่ง ในขณะเดียวกันมาตรการการป้องกันต่างๆ ตั้งแต่การควบคุมประชากรยุง การป้องกันไม่ให้ยุงกัดและการฉีดฉีดวัคซีนเป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่[3,4,5]

ไข้เลือดออกเด็งกี่เป็นโรคประจำถิ่นในประเทศไทย ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) โดยกองระบาดวิทยาร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายทุกจังหวัดระหว่างปี 2554 - 2565 มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกี่ ระหว่าง 10,617 - 154,773 รายต่อปี หรือเฉลี่ยกว่า 100,000 รายทุกปี โดยในปี 2563 - 2565 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างมาก โดยมีผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกี่จำนวน 72,519 รายในปี 2563 จำนวน 10,617 รายในปี 2564 และจำนวน 46,679 รายในปี 2565 โดยมีอัตราป่วยตายระหว่างร้อยละ 0.06 - 0.13 โดยมีรายงานผู้ป่วยตลอดทั้งปีและพบผู้ป่วยสูงสุดในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคมของทุกปี อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 1 : 1 กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดมีความแตกต่างกันไปแต่ละปี แต่มักจะพบในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี , 5 – 9 ปี และวัยทำงาน 15 - 24 ปี รองลงมาจะเป็นกลุ่มเด็กเล็ก 0-4 ปีและผู้ใหญ่[6]

โดยจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ทั้งหมด 158,705 ราย อัตราป่วย 239.86 /100.00 ประชากร และเสียชีวิตรวม 181 รายอัตราป่วยตายร้อยละ 0.11 โรคไข้เลือดออกมียุงลาย (Aedes aegypti , Aedes albopictus) เป็นพาหะที่สำคัญของโรคไวรัสเด็งกี่ ที่เป็น single stranded enveloped RNA virus หลังการติดเชื้อเข้าไปในร่างกาย ขอบเขตของอาการกว้างมาก คืออาจไม่แสดงอาการใดๆ จนกระทั่งอาการรุนแรงถึงแก่ชีวิต โดยอาการทางคลินิกสามารถจำแนกได้ดังนี้ คือ 1. Undifferentiate fever หรือกลุ่มอาการไวรัส (viral syndrome) 2. ไข้เด็งกี่ 3. ไข้เลือดออกเด็งกี่ และ 4. ไข้เด็งกี่ที่มีอาการแปลกออกไป (Expanded dengue syndrome/Unusual manifestation of dengue) โดยมีอาการทางสมอง และระบบประสาท ตับวาย ไตวาย เป็นต้น อาการที่แปลกออกไปนี้พบได้ในทางผู้ป่วยไข้เด็งกี่ และไข้เลือดออกเด็งกี่ และพบได้ในทุกระยะของโรคแต่ส่วนใหญ่จะพบบ่อยในกลุ่มไข้เลือดออกเด็งกี่มากกว่าไข้เด็งกี่ และพบในระยะวิกฤต (critical stage) ระยะฟื้นตัว (convalescence stage) มากกว่าระยะไข้ (febrile stage)[7]

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neurological Complication) จากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ในผู้ป่วยเด็ก มีการรายงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก อุบัติการณ์ที่แตกต่างกันจากแต่ละการศึกษาขึ้นกับระบาดวิทยาของการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ในแต่ละภูมิภาค ข้อมูลจากหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยหรือติดเชื้อ serotype 2 (DEN-2) หรือ serotype 3 (DEN-3) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท[8,9,10] โดยผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีอาการทางระบบประสาทส่วนกลางถือว่าเป็นผู้ป่วยเด็งกี่แบบรุนแรง (severs dengue) ที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วนการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่สามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system:CNS) และระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nervous system:PNS) โดย dengue encephalopathy หมายถึง dengue fever ที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ซึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะช็อก ภาวะตับหรือไตวาย หรือมี

ความผิดปกติทางเมตาบอลิก โดยผลการตรวจน้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid: CSF) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนภาวะสมองอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ (dengue encephalitis) หมายถึง dengue fever ที่มีอาการแสดงของ cerebral involvement เช่น altered consciousness, seizures และ focal neurological signs เป็นต้น โดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะช็อกภาวะตับหรือไตวาย หรือความผิดปกติทางเมตาบอลิก ร่วมกับพบหลักฐานของการติดเชื้อไวรัส (IgM dengue antibody, NS1 antigen or dengue PCR) ใน serum และ / หรือ CSF กลไกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกี่ ยังไม่เป็นที่สรุปแน่ชัด แต่มีกลไกที่เป็นไปได้ดังต่อไปนี้ 1) Direct invasion จากเชื้อไวรัสเข้าสู่ CNS โดยตรงผ่านทาง blood brain barrier ที่ถูกทำลายจากเชื้อไวรัส เช่น encephalitis, meningitis, myositis และ myelitis เป็นต้น 2) Complication จากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ที่เป็น systemic infection ทำให้เกิด encephalopathy, cerebral vasculitis, stroke รวมไปถึง metabolic disturbance จากภาวะ hepatic failure และ/หรือ renal failure 3) Autoimmune reactions ขณะที่มีการติดเชื้อ หรือเกิดตามมาภายหลัง (post-dengue immune-mediated syndromes) ได้แก่ acute disseminated encephalomyelitis (ADEM), neuromyelitis optica, optic neuritis, myelitis, Guillain-Barré syndrome (GBS)

จากข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับ neurological complication ที่มีรายงานในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่ามีความหลากหลายของภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่นอกเหนือไปจาก dengue encephalopathy และ dengue encephalitis เช่น ADEM, acute childhood myositis, hemiconvulsion-hemiplegia-epilepsy, ischaemic stroke, subarachnoid hemorrhage และ transverse myelitis เป็นต้น

การวินิจฉัยเพิ่มเติม 1) การตรวจน้ำไขสันหลัง (CSF examination) อาจพิจารณาตรวจหากไม่มีข้อห้าม ต้องทำอย่างระมัดระวัง และติดตามตรวจระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ถึงแม้ว่าระดับเกร็ดเลือดจะลดลงเนื่องจากอาจมีเลือดออกที่ช่องน้ำไขสันหลังได้ โดยน้ำไขสันหลังมีประโยชน์ในการช่วยให้การวินิจฉัย dengue encephalitis (คุณภาพหลักฐาน C1 , ระดับคำแนะนำ +) หากพบมี CSF profile ที่เข้าได้กับการติดเชื้อไวรัส หรือพบมีหลักฐานของการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ (IgM dengue antibody, NS1 antigen or dengue PCR) แต่จากการรายงานในผู้ป่วยบางรายอาจมี CSF profie ที่ปกติทั้งระดับของโปรตีน น้ำตาล และจำนวนเม็ดเลือดขาว ดังนั้นแม้ผลตรวจจะปกติอาจไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะสมองอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่[1,3] 2) การตรวจภาพรังสีวินิจฉัย ได้แก่ CT (computed tomography) หรือ MRI (magnetic resonance imaging) ของสมอง โดยพิจารณาส่งตรวจเมื่อสงสัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจากไวรัสเด็งกี่ หรือเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค [คุณภาพหลักฐาน C1, ระดับคำแนะนำ +] ภาพรังสีวินิจฉัยของสมองอักเสบจากไวรัสเด็งกี่ไม่มีความเฉพาะเจาะจงเป็นพิเศษ มีรายงานถึงความผิดปกติที่พบได้ในหลายลักษณะ เช่น bithalamic / pontine / Cerebellar involvement, cortical / subcortical involvement หรือ meningo - encephalitic pattern เป็นต้น ทั้งนี้อาจตรวจไม่พบความผิดปกติจากภาพรังสีวินิจฉัยได้ในผู้ป่วยบางราย[11] 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ได้แก่ antigen detection, serology test, PCR และ viral culture อาการทางสมองและระบบประสาทที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ พบได้ประมาณ 1 - 5% มีการรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ.2519 สามารถพบได้หลากหลายรูปแบบ คือ encephalopathy, encephalitis, Guillaine-Barré syndrome, transverse myelitis, acute disseminated encephalomyelitis, polyneuropathy, mononeuro pathy, cerebromeningeal

hemorrhage และ myositis ในกลุ่ม Encephalopathy/encephalitis ผู้ป่วยจะมีอาการการรู้ตัวผิดปกติ ซึม สับสน เอะอะ โวยวาย ปวดหัว ชัก พยาธิสภาพของการเกิดอาการทางระบบประสาทภายหลังการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ มีหลายกลไกที่เคยมีการรายงาน เช่น สมองบวมจากการให้สารน้ำมากเกินไป (cerebral edema) สมองขาดอากาศ (anoxia) เลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) โซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) แคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) ตับวาย (hepatic failure) การใช้ยาที่มีพิษต่อตับสารพิษที่ปล่อยออกมา (release of toxic substance) โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลทางอ้อมต่อสมองและระบบประสาท จึงจำแนกอยู่ในกลุ่ม encephalopathy แต่จากข้อมูลล่าสุดพบว่าเชื้อไวรัสเด็งกี่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้สมองมีการอักเสบได้โดยตรง เนื่องจากตรวจพบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสในน้ำไขสันหลัง (dengue PCR/viral culture/NS1Ag หรือ dengue IgM เป็นบวก) ซึ่งจากกลไกนี้จะหมายความถึง encephalitis

โดยบทความนี้นำเสนอ ผู้ป่วย Dengue encephaltis ซึ่งจัดในกลุ่มไข้เด็งกี่ที่มีอาการแปลกออกไป โดยมีอาการทางระบบประสาทและตรวจพบชิ้นส่วนของเชื้อไวรัสในน้ำไขสันหลัง

วัตถุประสงค์

เพื่อรายงานผู้ป่วย Dengue encephalopathy ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา

เด็กหญิงไทยอายุ 11 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการสำคัญคือ ไข้สูงมา 3 วัน ปวดศีรษะ หลังนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยสับสน ถามตอบไม่รู้เรื่อง ทำตามสั่งไม่ได้ประวัติอดีต โรคประจำตัว homozygous Hb E disease ไม่เคยชักมาก่อน ไม่มีประวัติโรคลมชักในครอบครัว ในช่วงนี้ไม่ได้เดินทางไปต่างจังหวัด และปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติดตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ 40.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 104/52 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 46 กิโลกรัม อ่อนเพลีย ซีดเล็กน้อย สับสน ถามตอบไม่รู้เรื่อง ทำตามสั่งไม่ได้ ขยับแขนขาต้านแรงได้บ้าง คอไม่แข็ง ขนาดรูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร ตอบสนองกับแสงปกติ ตับไม่โต

ผลการศึกษา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: WBC 8597, N 90%, L 2%, Mono 8%, Hb 8.5, Hct 25.9, Platelet 254,100, RDW 17.1, MCV 52.9

PBS: hypochromic 3+ microcytic 3+, anisocytosis 2+, poikilocytosis 2+, target cell 3+, microspherocyte 1+ Coagulogram: PT 15.1, PTT 27.3, INR 1.31 BUN 7, Cr 0.56, Na 133, K 3.4, C1 104, CO2 19, Ca 7.9, P 4.6, Mg 1.7 LFT : total protein 6.9 g/dL, albumin 3.7 g/dL, globulin 3.2 g/dL, total billirubin 0.76 mg/dL, direct bilirubin 0.2 mg/dL, AST 48 U/L, ALT 25 U/L, ALP 247 U/L

ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ swab PCR covid not detected ชุดการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น (Rapid diagnosis test) Dengue NS1 positive, Dengue IgM negative, Dengue IgG negative UA: Color: yellow, WBC 0-1, RBC 5-10, SqEpi 0-1, protein: neg, Sp.gr 1.020 Lumbar puncture : CSF colorless, clear, WBC 2 cells/mL, RBC 3 cell/mL, glucose 63 mg/dL (DTX 101 mg/dL), Protein 20 mg/dL, gram stain no microorganism found,

CT brain with contrast: no focal enhancing lesion, no acute

วันที่ 1 ให้การรักษาโดยงดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการทางระบบประสาทให้ยาปฏิชีวนะ คือ ceftriaxone 2 กรัม ทุก 12 ชั่วโมง ให้เลือด LPRC 1 unit iv drip in 4 hr. ให้สารน้ำ 5%D/SS 50% maintenance

วันที่ 2 ผู้ป่วยยังมีไข้สูง ตื่นดี ทำตามสั่งได้ ขยับแขนขาต้านแรงได้ปกติ เริ่มมีอาการไอ T 39.5°8 BP ปกติ CBC Hb 11.8 g/dL, Hot 36.6%, WBC 4,210 cells/mm, N 60%, L 22%, Mo 13%, Atypical lymphocyte 5%, Platelet 234,000 cells/mm LFT : total protein 7.31 g/dL, albumin 3.79 g/dL, globulin 3.52 g/dL, total billirubin 0.25 mg/dL, direct bilirubin 0.13 mg/dL, AST 49 U/L, ALT 30 U/L, ALP 300 UIL ให้สารน้ำ 5%D/SS 50% maintenance เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง keep 36-38%

วันที่ 3 ผู้ป่วยไข้เริ่มลดลง ยังมีอาการไอ T 36.8℃ BP ปกติ CBC Hb 12.0 g/ dL, Hct 37.7%, WBC 2,600 cells/mm, N 60%, L 30%, Mo 9%, Platelet 183,000 cells/mm ให้สารน้ำ 5%D/SS 50% maintenance เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง keep 36-38%

วันที่ 4 ผู้ป่วยไข้เริ่มลดลง ยังมีอาการไอ กินได้ดี T 36,8°C BP Ung CBC Hb 12.5 g/dL, Hot 39.2%, WBC 2,300 cells/mm, N 73%, L 20%, Mo 7%, Platelet 140,000 cells/mm LFT : total protein 7.08 g/dL, albumin 3.72 g/dL, globulin 3.36 g/dL, total bilirubin 0.22 mg/dL, direct bilirubin 0.11 mg/dL, AST 178 U/L, ALT 94 UL, ALP 206 UL ให้สารนำ 5%D/SS 50% maintenance เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง keep 38-40%

วันที่ 5 ผู้ป่วยไข้ลดลง CBC Hb 12.3 g/dL, Het 38.8%, WBC 2,600 cells/mm, N 30%, L 53%, Mo 7% Atypical lymphocyte 10%, Platelet 120,000 cells/mm ให้สารน้ำ 5%D/SS 50% maintenance เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง keep 38-40%

วันที่ 6 ผู้ป่วยไม่มีไข้ เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ถ่ายปกติ CBC Hb 13 g/dL, Hct 40.7%, WBC 3,650 cells/mm, N 22%, L 44%, Mo 5%, Atypical lymphocyte 29%, Platelet 88,000 cells/mm ให้สารน้ำ 5%D/SS 50% maintenance เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง keep 37-39%

วันที่ 7 อาการทั่วไปดี CBC Hb 12.6 g/dL, Hct 38.7%, WBC 5,120 cells/mm, N 31%, L 61%, Mo 7%, Platelet 74,000 cells/mm LFT : total protein 6.17 g/dL, albumin 3.19 g/dL, globulin 2.98 g/dL, total bilirubin 0.37 mg/dL, direct bilirubin การให้สารน้ำเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง keep 38-39% ผลเพาะเชื้อในเลือด และ น้ำไขสันหลัง ไม่พบเชื้อก่อโรค จึงหยุดยาปฏิชีวนะ น้ำไขสันหลังส่ง Encephalitis virus panel (Herpes 2,600 cells/mm, N 30%, L 53%, Mo 7%, Atypical lymphocyte 10%, Platelet 120,000 cells/mm ให้สารน้ำ 5%DISS 50% maintenance เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง keep 38-40%

ผลเพาะเชื้อในเลือด และน้ำไขสันหลัง ไม่พบเชื้อก่อโรค จึงหยุดยาปฏิชีวนะ น้ำไขสันหลังส่ง Encephalitis virus panel (Herpes group, other) not detected , Dengue PCR ผลเป็นบวก (CSF PCR Dengue virus type 2 detectable) จึงยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยรายนี้ว่าเป็น Dengue encephalitis

วันที่ 8 อาการทั่วไปดี ไข้ลดลงครบ 148 ชั่วโมง BP ปกติ CBC Hb 11.6 g/dL, Hct 36.8%, WBC 5,630 cells/mm, N 45%, L 44%, Mo 5%, Atypical lymphocyte 3%, Platelet 151,000 cells/mm LFT : total protein 6.71 g/dL, albumin 3.34 g/dL, globulin 3.37 g/dL, total bilirubin 0.40 mg/dL, direct bilirubin 0.17 mg/dL, AST 73 U/L, ALT 61 U/L, ALP 145 U/L ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

ในผู้ป่วยรายนี้มีอาการไข้สูงรวมทั้งหมด 5 วัน ปวดศีรษะ สับสน ถามตอบไม่รู้เรื่อง ทำตามสั่งไม่ได้

การรู้ตัวผิดปกติ ตรวจร่างกาย พบอ่อนเพลีย ซีด เล็กน้อย ขยับแขนขาต้านแรงได้บ้าง คอไม่แข็ง ขนาดรูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรตอบสนองกับแสงปกติ ตับไม่โต เจาะเลือดติดตามผลทั่วไปพบภาวะเลือดจาง ให้เลือดทดแทน เจาะเลือดติดตามผลเป็นระยะพบว่ามีความเข้มข้นของเลือดคงที่อยู่ในช่วง 38% เป็น 40% เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำลง จากข้อมูลทางคลินิกและผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็น ไข้เด็งกี่ (Dengue fever) ร่วมกับการตรวจ rapid diagnostic test (combo kit) โดยใช้เทคนิค immunochromatography ผล Dengue NS1Ag เป็นบวก และ Dengue IgM , Dengue IgG เป็นลบ ซึ่งอธิบายได้ว่าการตรวจ NS1Ag เป็นการตรวจหา Non-structural protein-1 ของไวรัสควรตรวจในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะไข้และภายใน 5 วันแรกของการเป็นไข้ เนื่องจากเป็นช่วงที่ไวรัสอยู่ในกระแสโลหิต (viremia) จึงจะมีความแม่นยำสูง ในรายนี้ได้เจาะตรวจในวันที่ 3 นับจากวันแรกของใช้ ส่วน Dengue IgM ในการติดเชื้อครั้งแรกระดับจะสูงภายใน 2 วัน จากช่วงที่ไม่มีใข้และสูงสุดภายใน 2 อาทิตย์ แต่หากการติดเชื้อนั้นไม่ใช่ครั้งแรก ระดับการตอบสนองของ IgM จะไม่แน่นอน บางครั้งอาจตรวจไม่พบแต่กลับมีระดับ IgG ที่เพิ่มสูงขึ้นแทนที่อย่างรวดเร็ว เช่น ในผู้ป่วยรายนี้ที่รายงานผล Dengue NS1Ag เป็นบวก Dengue IgM, IgG เป็นลบ แปลผลว่าเป็น acute primary dengue infection ในส่วนของอาการทางระบบประสาทที่ผู้ป่วยมีการรู้ตัวผิดปกติ สับสน ถามตอบไม่รู้เรื่อง ทำตามสั่งไม่ได้ ร่วมกับ มีไข้สูงร่วมด้วย จึงได้ทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อเป็นการรำกษาแบบครอบคลุมการติดเชื้อแบคทีเรียในสมองไว้ในเบื้องต้น ผลน้ำไขสันหลังที่ตรวจพบ มีเม็ดเลือดขาว 2 cells/mL และเม็ดเลือดแดง 3 โปรตีนปกติ (20 mg/dl) ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ (CSF sugar 20 mg/dL, DTX 101 mg/dL; ratio เท่ากับ 0.19) เมื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและเจาะเลือดติดตามผลปรากฏว่า เม็ดเลือดขาวต่ำ และเกล็ดเลือดลดลงเรื่อยๆ เข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ และน้ำไขสันหลังส่งตรวจพบชิ้นส่วนไวรัสเด็งกี่ (CSF PCR Dengue virus type 2 detectable)[1] บ่งถึงตัวเชื้อได้ผ่าน blood brain barrier เข้าไปในสมองส่งผลโดยตรง ก่อให้เกิดอาการผิดปกติต่างๆทางระบบประสาท นำมาซึ่งการวินิจฉัยสุดท้ายในผู้ป่วยรายนี้ว่าเป็นสมองอักเสบจากไวรัสเด็งกี่ (Dengue encephalitis)

การวินิจฉัยภาวะสมองอักเสบจากไวรัสเด็งกี่ คือ ตรวจพบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ในน้ำไขสันหลังหมายถึง พบชิ้นส่วนของไวรัสโดยตรงจากการตรวจ dengue PCR, viral culture, NS1Ag หรือพบทางอ้อมจากผลแอนติบอดี dengue IgM เป็นบวกในน้ำไขสันหลังโดยความไว (sensitivity) ของการตรวจ IgM ในน้ำไขสันหลังอยู่ในช่วง 0 - 73% ขึ้นอยู่กับเทคนิคที่ใช้ในการตรวจ IgG ในน้ำไขสันหลังไม่ช่วยในการวินิจฉัยเนื่องจากอาจเป็นการติดเชื้อในครั้งก่อนแล้วข้ามผ่าน blood brain barrier ได้ ส่วนความไวของการตรวจ NS1Ag ในน้ำไขสันหลังเท่ากับ 50% ความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 100% และหากใช้ NS1Ag ร่วมกับ IgM ในการตรวจจะทำให้ค่าความไวเพิ่มขึ้นเป็น 92% ส่วนการตรวจโดยวิธี RT-PCR มีความไวที่ 0 - 83% ขึ้นกับระยะของโรคและความรุนแรงของไวรัส (neurovirulence, neuroinvasive phenotype of dengue virus)[2] การทำ viral culture ในน้ำไขสันหลัง ถือว่าเป็น gold standard ซึ่งทำได้ยากและใช้เวลานานจึงไม่เป็นที่นิยม ส่วนค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่เคยมีผู้ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยไข้เด็งกี่ที่มีสมองอักเสบกับกลุ่มที่ไม่มีสมองอักเสบร่วม พบว่าค่า APTT, AST, ALT ในกลุ่มที่มีสมองอักเสบสูงกว่า อีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเอกซเรย์สมองที่ให้ข้อมูลช่วยในการวินิจฉัยสมองอักเสบจากไวรัสได้ดีที่สุด คือ การเอกซเรย์แม่เหล็กไฟฟ้า (MRI brain) โดยจะพบลักษณะเป็น hyperintense area บริเวณที่พบได้ คือ globuspallidus, temporal lobe, thalamus, hippocampus, pons และ spinal cord โดยในผู้ป่วยรายนี้มีค่าเอนไซม์ตับสูงกว่าปกติ (AST 178 UIL, ALT 94 U/L) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

สมองตรวจไม่พบความผิดปกติจากภาพรังสีวินิจฉัย น้ำไขสันหลังส่งตรวจพบชิ้นส่วนไวรัสเด็งกี่ (CSF PCR Dengue virus type 2 detectable) ในผู้ป่วยรายนี้จึงวินิจฉัยว่าเป็นสมองอักเสบจากไวรัสเด็งกี่ (Dengue encephalitis)

การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี่โดยรวมเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น ดูแลเรื่องทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจนหรือใส่ท่อช่วยหายใจตามข้อบ่งชี้ ให้สารน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสมซึ่งเป็นการป้องกันความดันในสมองสูงแก้ไขค่าความเป็นกรดด่าง เกลือแร่ ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ พิจารณายากันชักเพื่อควบคุมอาการชัก ในรายที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนให้พิจารณายาปฏิชีวนะร่วมกับการตรวจหาเชื้อก่อโรค นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเกินจำเป็นเนื่องจากส่งผลให้ตับทำงานมากขึ้น ในผู้ป่วยสมองอักเสบ ส่วนใหญ่จะมีการพยากรณ์โรคที่ดีมาก จะหายเป็นปกติได้เอง ส่วนในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทหลงเหลือมักพบในกลุ่มไขสันหลังอักเสบ (myelitis) โดยพบประมาณ 20 - 30% ผู้ป่วยจะมีอาการขาอ่อนแรง (spastic paraparesis) และปัสสาวะคั่ง (urinary retention) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

การติดเชื้อไวรัสเด็งกี่สามารถแสดงอาการได้หลากหลายระบบ ดังนั้นหากพบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้ร่วมกับอาการผิดปกติของระบบประสาทเฉียบพลัน โรคสมองอักเสบจากไวรัสเด็งกี่เป็นหนึ่งภาวะที่ควรนึกถึง ร่วมด้วย เนื่องจากประเทศไทยเป็นแหล่งชุกชุมของโรคและสามารถพบเจอได้ตลอดทั้งปี การวินิจฉัยที่รวดเร็วการรักษาประคับประคองตามอาการอย่างเหมาะสม และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจะนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Zaki SA.J . Acute disseminated encephalomyelitis and dengue fever. Vector Borne Dis. 2012;49(1):52
2. Guzman MG, Gubler DJ, Izquierdo A, Martinez E, Halstead SB. Dengue infection. Nat Rev Dis Primers. 2016;18(2):16055 A detailed review of clinical and pathophysiologic aspects of the disease.
3. Cam BV, Fonsmark L, Hue NB, Phuong NT, Poulsen A, Heegaard ED. Prospective case-control study of encephalopathy in children with dengue hemorrhagic fever. Am J Trop Med Hyg. 2001;65(6):848–851.
4. Ching Soong Khoo. Dengue Cerebellitis: A Case Report and Literature Review
Am J Case Rep. 2018; 24(19)864-867.
5. Carod-Artal FJ, Wichmann O, Farrar J, Gascón J. Neurological complications of dengue virus infection. Lancet Neurol. 2013;12(9):906–19
6. Weeratunga PN, Caldera HP, Gooneratne IK, et al. Spontaneously resolving cerebellar syndrome as a sequelae of dengue viral infection: A case series from Sri Lanka. Pract Neurol. 2014;14(3):176–78.
7. Cheah WK, Ng KS, Marzilawati AR, et al. A review of dengue research in Malaysia. Med J Malaysia. 2014;69(A):59–67.
8. Manoj Saluja, Yogesh Kumar Swami, Saurabh Chittora, Hemant Vimlani Dengue Encephalopathy in Hadoti Region: Clinical Presentation, Diagnostic Evaluation, Management and Outcome. J Assoc Physicians India. 2019 Apr;67(4):39-42
9. Sweety Trivedi , Ambar Chakravarty. Neurological Complications of Dengue Fever.
Curr Neurol Neurosci Rep. 2022; 22(8): 515-529.
10. Yong Poovorawan, Yanee Hutagalung, Voranush Chongsrisawat, Irving Boudville, Hans L Bock Dengue virus infection: a major cause of acute hepatic failure in Thai children.
Ann Trop Paediatr. 2006; 26(1): 17-23.

11. Xingyu Leng, Huiqin Yang, Lingzhai Zhao, Jiamin Feng, Kanghong Jin, Lu Liao, Fuchun Zhang. Dengue encephalopathy in an adult due to dengue virus type 1 infection. BMC Infect Dis. 2024 Mar 15;24(1):319.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู

Development of Palliative Care Model for End-of-Life Cancer Patients with Community Participation, Mueang District, Nong Bua Lamphu Province

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

พะเยา พรมดี[1] , เยาวภา สีดอกบวบ[1] , อภิญญา พรมจันทร์[1]
Phayao Promdee[1] Yaowapha Seedokbuab[1] Apinya Promchan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ศึกษาในผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายทุกชนิดที่เข้ามารับบริการในคลินิกสุขชีวาโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตุลาคม 2565 - มิถุนายน2566 จำนวน 103 คน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบเดิม และเก็บข้อมูลไปข้างหน้า กรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่จำนวน 103 คน วิเคราะห์ผลลัพธ์หลักเปรียบเทียบจำนวนของการทำ Advance care plan ด้วย Multivariable risk difference regression analysis และวัดความรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ด้วย paired t test

ผลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายดูแลแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 206 คน กลุ่มก่อนการพัฒนาจำนวน 103 คน และกลุ่มหลังการพัฒนาจำนวน 103 คน ผลเปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม เมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariable risk difference regression และ multivariable mean difference regression หลังปรับอิทธิพลตัวแปร พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มจำนวน Advance care plan ได้ 47 % (95%CI: 0.34 , 0.60) ($p<0.001$) สามารถเพิ่ม Living will 12% (95%CI: 0.04, 0.19) ($p=0.002$) สามารถเพิ่ม Family meeting 34% (95%CI: 0.21, 0.45) ($p<0.001$) และการประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ช่วยลดอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์เรื่องความรู้ของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยคะแนนความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นจาก 11.54(±2.54) คะแนนเป็น 14.45(±3.03) คะแนน ($p<0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนการอบรม

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ,มะเร็งระยะท้าย,ดูแลประคับประคอง,ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

This study was Action Research. The objective is to develop a palliative care model for end-of-stage cancer patients with community participation in Mueang District, Nong Bua Lamphu Province. The study was conducted on all types of end-stage cancer patients who received services at Sukchiwa Clinic, Nong Bua Lamphu Hospital. The data were collected retrospectively from October 2022 to June 2023, totaling 103 patients using the original model, and prospectively from July 2023 to March 2024, totaling 103 patients using the newly developed model. The main outcome was analyzed by comparing the number of advance care plans using Multivariable risk difference regression analysis and measuring knowledge before and after training community health volunteers using paired t test.

The research results found that 206 terminal cancer patients receiving palliative care who were treated at Nong Bua Lamphu Hospital, 103 people in the pre-development group and 103 people in the post-development group. The comparative results of the development of the palliative care model for terminal cancer patients with community

[1] งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

participation, when analyzed using multivariable risk difference regression and multivariable mean difference regression after adjusting for the influence of variables, found that the development of the palliative care model for terminal cancer patients with community participation could increase the number of advance care plans by 47% (95%CI: 0.34, 0.60) (p<0.001), increase the living will by 12% (95%CI: 0.04, 0.19) (p=0.002), increase the family meeting by 34% (95%CI: 0.21, 0.45) (p<0.001), and the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) assessment could reduce various disturbing symptoms, but no statistically significant differences were found. The results of knowledge of volunteers in caring for terminally ill patients by the knowledge score after training increased from 11.54(±2.54) to 14.45(±3.03) (p<0.001) compared to before training.

Keywords: Model development, terminal cancer, palliative care, community participation

บทนำ

โรคมะเร็ง คือโรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม ของเซลล์ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโต โดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม[1] โรคมะเร็งระยะท้าย (End stage cancer) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามไปตามอวัยวะอื่นๆ หรือผู้ป่วย ที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะที่ 4 หรือ แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่สามารถให้การรักษาแบบหวังผลหายได้ ซึ่งมักจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการค่อนข้างหนัก คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัดเยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ การดูแลแบบประคับประคองหมายรวมถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจจะอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต[2]

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองมีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การทำงานประสานกันในทีมทำงานข้ามขอบเขตของสถานที่ดูแล (teamwork across setting) ไร้รอยต่อ การสื่อสารที่ดี และ มีความร่วมมือจากทีมปฐมภูมิ การจัดการอาการที่ดี การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลอารมณ์ สนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การเสียชีวิตอย่างสง่างามและความสัมพันธ์ที่ดี มีบุคคล ที่เหมาะสมกับงานมีใจรักจึงจะทำงานได้ดี การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมทันเวลา[3,5] มีหลักการของรูปแบบการดูแล โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล กระบวนการดูแล การติดตามและประเมินผลลัพธ์[4] การจัดการอาการปวดและความไม่สุขสบายทั้งทางร่ายกายและจิตใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การพูดคุยเพื่อลดความกังวลหรือซึมเศร้า และ การติดตามทางโทรศัพท์[6] มีทีมบุคลากรสาธารณสุขและจิตอาสา หรือชุมชน ช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จัดบริการและทีมดูแลแบบบูรณาการ ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุมทุกตำบล แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกัน กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการทำงาน ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)[7] การดูแลผู้ป่วยโดยจิตอาสา การติดตามและเสริมพลังจิตอาสา การสื่อสาร ส่งต่อประสานงานระหว่างเครือข่าย[8] ความตายไม่ใช่เรื่องของบุคคลแต่เป็นเรื่องของชุมชน ที่ต้องเกี่ยวกับบุคคลหลายฝ่าย ตั้งแต่ญาติพี่น้อง สมาชิกในชุมชน รวมถึงบุคลากรในบริการสุขภาพระบบการดูแลแบบประคับ

ประครองที่บ้านและชุมชนจึงมีความหมายสำหรับผู้ป่วยและญาติอย่างยิ่ง ด้วยวิธีการดูแลแบบองค์รวมซึ่งหมายถึงการดูคลอบคลุมทางกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณหรือความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยว[9]

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู มีการดำเนินงานตามแผนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา มีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เลือกดูแลแบบประคับประคอง ปี 2563 จำนวน 117 คน ปี 2564 จำนวน 114 คนและปี 2565 จำนวน 123 คน มีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ให้มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ยังเป็นเพียงการทำงานโดยบุคลากรเพียงอย่างเดียว ซึ่งยังขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การสร้างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีทีมดูแลแบบบูรณาการ ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุมทุกตำบล แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันอย่างชัดเจน โดยเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตามบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน แต่ละแห่งในเขตอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกมิติ เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งยังสามารถสร้างเครือข่ายอื่นๆนอกเหนือจากทีมสุขภาพให้เข้าใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์:

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู

2.เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองแบบเดิม

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยดำเนินการในระยะเวลา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) โดยใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) จำนวน 2 วงรอบ และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกจากตัวกระตุ้น (Evidence trigger phase)

1.1 ตัวกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติ (Practice triggers)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการมีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เลือกดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในปีพ.ศ. 2563 จำนวน 117 คน ปีพ.ศ. 2564 จำนวน 114 คน และปีพ.ศ. 2565 จำนวน 123 คน พบข้อมูลการประชุมครอบครัว (Family meeting) และวางแผนล่วงหน้าในปีพ.ศ.2564 จำนวน 20.97% ปีพ.ศ.2565 จำนวน23.87% ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์

1.2 จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน และการสอบถามของทีมดูแลประคับประคองที่ปฏิบัติงานพบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองยังเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ยังขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีจิตอาสาที่มีความรู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขาดการสื่อสารระหว่างทีม สหวิชาชีพ ขาดการนำญาติเข้า

มามีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาจัดประชุมเพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบ

1.3 จากการตามรอยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเจ็บป่วยระยะท้ายต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งปัญหาด้านค่าใช้จ่ายการจัดการการดูแลของครอบครัว ซึ่งบางครอบครัวไม่กล้าเปิดเผยความจริงกับผู้ป่วย การดูแลจึงเป็นเพียงการรักษาด้วยยาจัดการอาการรบกวน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวประสงค์รับการดูแลที่บ้านมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล พบว่านอกจากทีมสุขภาพแล้วในรายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาและตัดสินใจการวางแผนชีวิตล่วงหน้าได้ดีขึ้น

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Support Phase)

หลังจากได้ประเด็นปัญหา ทีมได้ประชุมทบทวนร่วมกัน ทำการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้อง กับปัญหาทางสังคมและทางคลินิก มาสรุปเป็นองค์ความรู้ เพื่อแก้ไข ปัญหา โดยทำการสืบค้นรายงานการวิจัยและ วรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง งานวิจัยด้านสังคมประเภทปฐมภูมิ งานวิจัยด้านคลินิกประเภท ทุติยภูมิ และระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 3 การนำระบบที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้ไปศึกษานำร่อง (Evidence-observed phase)

3.1 ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าระบบ การแบ่งระดับผู้ป่วย เป้าหมายในการดูแลและวางแผนการดูแล การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

3.2 จัดอบรมจิตอาสาตามหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อวันที่ 29พฤษภาคม 2566

3.3 ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชนร่วมประชุมและฟังการอบรมได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลรพ.สต. ศูนย์แพทย์ชุมชน และพยาบาลเรือนจำ เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2566

3.4 จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การจัดการอาการรบกวนต่างๆ

3.5 จัดทำแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและชุมชน

3.6 ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 1) จำนวนการวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance care plan) 2) จำนวนการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ขอรับบริการทางสาธารณสุข (Living will) 3) การประเมินและจัดการอาการรบกวน(Edmonton Symptom Assessment System, ESAS) 4) ผลลัพธ์ที่เกิดกับจิตอาสาในประเด็นความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์อย่างมีวิจารญาณ (Evidence – based phase)

โดยการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลังทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไข จนสามารถเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู นำไปสู่การปฏิบัติกับงานประจำได้จริง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

กลุ่มผู้ป่วย เกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะแพร่กระจาย มีระดับ Palliative performance scale (PPS)≥40% มีการรับรู้การดำเนินโรคตามความจริง อายุ 18 ปี ขึ้นไป สมัครใจรักษาแบบประคับประคอง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูช่วงเวลาปี พ.ศ.2565 – 2567 รวม 206 คน เกณฑ์คัดออกคือ ปฏิเสธเข้าร่วมการ ผู้ป่วยไม่ทราบวินิจฉัยโรค อายุ < 18ปี มีระดับPPS ≤ 30 % เสียชีวิตหรือถอนตัวออกจากการการวิจัย

โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน มิถุนายน 2566 จำนวน 103 คน ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่ได้รับการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ แต่มีทีมสุขภาพหลากหลายสาขาร่วมดูแล

กลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 จำนวน 103 คน ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีทีมสุขภาพร่วมกับ ผู้ดูแล ครอบครัว ผู้นำชุมชน พระ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำชุมชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร่วมดูแล มีบทบาท ร่วมในการตัดสินใจ ร่วมเสียสละในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวตามที่ได้ตัดสินใจ

กลุ่มจิตอาสา คืออาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.)ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู เกณฑ์คัดเข้าคือสมัครใจเข้าร่วมอบรม เกณฑ์คัดออกคือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมอบรม ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีสื่อสารได้แก่ โทรศัพท์ line ไม่สามารถจดบันทึกเอกสารได้

การคำนวณขนาดการศึกษา: เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ภายใต้สมมุติฐาน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองรูปแบบเดิม มีการทำ Advance care plan ที่ 50% และเพิ่มขึ้น หลังพัฒนารูปแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการทำ Advance care ที่ 70% กำหนดการทดสอบเป็น Two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ 5% และ power 80% ได้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มละ103ราย รวมทั้งหมด 206 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ประกอบไปด้วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง ชนิดโรคมะเร็ง โรคร่วม ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ศาสนา care giver การสนับสนุนทางสังคม การทำกระบวนการ Advance care plan

1.2 แบบประเมิน ESAS เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินปัญหาผู้ป่วยเบื้องต้นและนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ในแบบสอบถามมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

1.3 แบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living will) อ้างอิงจากมาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยพ.ศ.2565 (Thai standards for advance care planning) เป็นหนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney)เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ตามกฎหมายมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

1.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของจิตอาสา ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา อายุการทำงานของจิตอาสาในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) คะแนนความรู้ของจิตอาสา

1.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและครอบครัวโดยอ้างอิงจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและครอบครัวของสภาการพยาบาล เป็นคำถามปลายปิด 10ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5ระดับ มาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 0-5 ระดับ และกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกได้คำตอบเดียว

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู

2.2 แบบทดสอบความรู้ของจิตอาสา เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบทดสอบความรู้ของจิตอาสา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยPalliative care 1 ท่าน เภสัชกรผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care for Pharmacists ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยPalliative care 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน Palliative care 1 ท่าน จากนั้นดำเนินการหาความตรงของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ และภาษาที่ใช้ได้ค่าความตรงดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) ค่า IOC = 1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรง ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหาไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล: ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบปกติ และใช้การแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์สำหรับที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ สถิติสำหรับการเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Exact probability test สำหรับ categorical variable และ T-test สำหรับตัวแปรข้อมูลต่อเนื่อง เปรียบความแตกต่างของการทำ Advance care plan ด้วย Multivariable risk difference regression analysis

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 019/2566

ผลการศึกษา

จากการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู มีผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 206 คน แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะแพร่กระจายมีระดับ PPS >40% กลุ่มละ 103 คน โดยเก็บคนละช่วงเวลา ข้อมูลที่ศึกษาได้แก่ ลักษณะทั่วไปของจิตอาสา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังอบรมของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมชองเครือข่ายในชุมชน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการแสดงและอาการรบกวน ไม่สุขสบาย เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการทำ Advance care plan, Living will และ Family meeting และระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มหลังการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มจิตอาสาที่ศึกษาทั้งหมดเป็นเพศหญิง 41 (97.62%) คน เพศชาย 1 (2.38%) คน อายุเฉลี่ย 49.40 (±6.54)ปี วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษาตอนปลาย 17(40.48%)

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู เรื่องความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของจิตอาสา โดยคะแนนความรู้หลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.54(±2.54) คะแนน เป็น 14.45(±3.03) คะแนน (p<0.001) เมื่อเทียบก่อนการให้ความรู้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นเพศหญิง 101 (49.03%) ราย เพศชาย 105 (50.97%) ราย อายุเฉลี่ย 67.03 (±12.39) ปี อายุอยู่ระหว่าง 32 ถึง 91 ปี มีน้ำหนักเฉลี่ย 51.57 (±10.29) กิโลกรัม ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับ และมะเร็งปอด โรคร่วมมีโรคเบาหวานเป็นอันดับแรก ระดับPPSเฉลี่ย 61.22 (±16.01) % รายได้ครอบครัว/เดือน 5,001 - 10,000 บาท ได้รับการสนับสนุนในชุมชน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้รับการประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) อาการและอาการแสดงง่วงซึม/สะลึมสะลือ เหนื่อยหอบ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ผลลัพท์ทางคลินิก

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่ม1 รูปแบบการดูแลเดิม (n=103)		กลุ่ม2 รูปแบบการดูแลหลังพัฒนา (n= 103)		p-value
	n	%	n	%	
อาการและอาการแสดง (ประเมินครั้งที่ 2), mean (±SD)					
ปวด	4.10	(±2.02)	4.10	(±1.87)	1.000
เหนื่อย/อ่อนเพลีย	5.17	(±2.07)	4.58	(±2.27)	0.056
คลื่นไส้	0.45	(±1.39)	0.35	(±1.11)	0.580
วิตกกังวล	1.46	(±1.85)	1.17	(±1.84)	0.258
ซึมเศร้า	0.56	(±1.62)	0.12	(±0.63)	0.010
ง่วงซึม/สลึมสลือ	1.23	(±2.30)	0.55	(±1.60)	0.015
เบื่ออาหาร	2.71	(±2.64)	2.60	(±2.53)	0.767
สบายดีทั้งกายและใจ	2.29	(±1.95)	1.72	(±1.77)	0.028
เหนื่อยหอบ	3.01	(±2.58)	2.17	(±2.44)	0.017
อาการอื่นๆ					
ท้องผูก	17	16.50	22	21.36	0.477
ไข้	2	1.94	0	0.00	0.498
นอนไม่หลับ	2	1.94	1	0.97	1.000
คัน	4	3.88	2	1.94	0.683
ผื่น	3	2.91	0	0.00	0.246
ไอ	1	0.97	0	0.00	1.000
Family meeting	66	64.08	98	95.15	<0.001
Advance care plan	42	40.78	91	88.35	<0.001
Living will	0	0.00	15	14.56	<0.001

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่ม1 รูปแบบการดูแลเดิมมี Family meeting 66 ราย (64.08%) Advance care plan 42ราย (40.78%)

Living will) กลุ่ม2 รูปแบบการดูแลหลังพัฒนา Family meeting 98ราย (88.35%) Advance care plan 91 ราย (88.35%) Living will 15ราย (14.56%) (p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับคะแนนESASลดลง ในอาการซึมเศร้ากลุ่ม1เฉลี่ย 0.56(±1.62)กลุ่ม2เฉลี่ย 0.12(±0.63) (p<0.010) อาการง่วงซึม/สลึมสลือกลุ่ม1เฉลี่ย1.23(±2.30) กลุ่ม2เฉลี่ย 0.55(±1.60) (p<0.015) อาการสบายดีทั้งกายและใจกลุ่ม1เฉลี่ย 2.29(±1.95) กลุ่ม2เฉลี่ย 1.72(±1.77) (p<0.028) และอาการเหนื่อยหอบกลุ่ม1เฉลี่ย 3.01(±2.58)กลุ่ม2เฉลี่ย 2.17(±2.44) (p<0.017) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 Clinical out comes in adjusted analysis

Out come	กลุ่ม1 รูปแบบการดูแลเดิม (n=103)	กลุ่ม2รูปแบบการดูแลที่พัฒนา (n=103)	Clinical Parameters	Adjusted Effect	95% CI	p-value
Advance careplan	42 (40.78%)	91 (88.35%)	Risk difference	0.47	0.34,0.60	<0.001
Living will	0 (0.00%)	15 (14.56%)	Risk difference	0.12	0.04,0.19	0.002
Family meeting	66 (64.08%)	98 (95.15%)	Risk difference	0.34	0.21, 0.45	<0.001
Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)						
อาการปวด	4.10 ±2.02	4.10 ±1.87	Mean difference	-0.15	-0.71,0.39	0.574
อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	5.17 ±2.07	4.58 ±2.27	Mean difference	-0.14	-0.67,0.37	0.574
อาการคลื่นไส้	0.45 ±1.39	0.35 ±1.11	Mean difference	0.08	-09.21,0.38	0.565
อาการวิตกกังวล	1.46 ±1.85	1.17 ±1.84	Mean difference	-0.28	-0.67,0.10	0.152
อาการ ซึมเศร้า	0.56 ±1.62	0.12 ±0.63	Mean difference	-0.25	-0.58,0.06	0.119
อาการง่วงซึม/สลึมสลือ	1.23 ±2.30	0.55 ±1.60	Mean difference	0.05	-0.31,0.41	0.765
อาการเบื่ออาหาร	2.71 ±2.64	2.60 ±2.53	Mean difference	-0.28	-0.80,0.23	0.281
อาการสบายดีทั้งกายและใจ	2.29 ±1.95	1.72 ±1.77	Mean difference	-0.23	-0.68,0.21	0.299
อาการเหนื่อยหอบ	3.01 ±2.58	2.17 ±2.44	Mean difference	-0.32	-0.83,0.19	0.220

วิเคราะห์ด้วย multivariable risk difference regression และ multivariable mean difference regression หลังปรับอิทธิพลตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ BMI รายได้ ชนิดของมะเร็ง มีมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี มะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะ โรคร่วม ระดับคะแนน PPS การใช้ยาลดปวด การได้รับการส่งข้อมูลเข้าการดูแลแบบประคับประคองจากแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และติดต่อเองโดยผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่ม Advance careplan ได้ 47 % (95%CI: 0.34 , 0.60) (p<0.001) สามารถเพิ่ม Living will 12% (95%CI: 0.04 , 0.19) (p=0.002) สามารถเพิ่ม Family meeting 34% (95%CI: 0.21, 0.45) (p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ช่วยลดอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคองกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.78

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู ได้รูปแบบการดูแลที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยมีแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะท้าย ขึ้นทะเบียนดูแลแบบประคับประคอง มีระบบการวางแผนจำหน่าย เตรียมวัสดุอุปกรณ์เพื่อ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง ทั้งการจัดเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับทีมในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่รพ.สต. ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาที่ผ่านการอบรม เกิดการขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สร้างการเรียนรู้ของประชาชนในชุมชนมากขึ้น โดยมีการทำ Family meeting, advance care plan, living will ทั้งในคลินิกสุขชีวา และในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมทาง เยี่ยมทาง Tele-healthโดยออกแบบการนัดตามปัญหาเร่งด่วนและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย มีระบบนัดติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกสุขชีวา รวมทั้งระบบ consult ระหว่างทีมรักษา และระหว่างผู้ป่วย ญาติกับทีมรักษา มีไลน์เฉพาะกลุ่มการดูแลประคับประคอง ลดรอยต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและครอบครัวอีกทั้งยังเป็นช่องทางปรึกษาการดูแลของทีมเครือข่าย ลดภาระของครอบครัวที่ต้องนำผู้ป่วยเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านโปรแกรม google drive ทำให้การบันทึกข้อมูลมีความต่อเนื่องและนำมาวิเคราะห์ได้ง่ายขึ้นไม่เกิดการสูญหายของข้อมูล ซึ่งจากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู พบว่ามีการประชุมปรึกษาในครอบครัว (Family meeting) เพิ่มขึ้น 34% การวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) เพิ่มขึ้นจากเดิม 47 % การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต(Living will) เพิ่มขึ้นจากเดิม 12% และช่วยลดอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความไม่ สุขสบายของผู้ป่วย เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย เกิดผลลัพธ์ทางสังคมได้แก่ การสนับสนุนของกลุ่มในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น รวมทั้งเกิดจิตอาสาที่มีความรู้เป็นเครือข่ายระดับชุมชน สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจระดับมากที่สุดของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ

ประโยชน์[8] ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ (1) การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการจิตอาสา (2) การพัฒนาศักยภาพจิตอาสา (3) การดูแลผู้ป่วยโดยจิตอาสา (4) การติดตามและเสริมพลังจิตอาสา (5) การสื่อสาร ส่งต่อประสานงานและ (6) การจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการทำงานของจิตอาสา พบว่า เกิดเครือข่าย จิตอาสาที่สามารถบริหารจัดการพึ่งตนเองได้ เกิดทีมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ ทักษะ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม สอดคล้องกับ กชพร เขื่อนธนะและคณะ[7] ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย (1) ทีมบุคลากรสาธารณสุขและจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านที่เกิดความตระหนักทำงานด้วยใจรักและจิตเป็นกุศลหนุนเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย (2) บริการและทีมดูแลแบบบูรณาการ (3) ศูนย์ประสานงานการดูแลที่คลอบคลุมทุกตำบล (4) แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันของศูนย์ประสานงานระดับอำเภอและตำบล (5) กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการทำงานด้วยการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์แห่งความดีในหัวใจให้กับทีมงาน (6) ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ระดับอำเภอในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (7) ระบบการกำกับติดตามประเมินผล และ (8) ระบบสนับสนุนศูนย์อุปกรณ์ กองทุนและระบบฐานข้อมูลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลลัพธ์ของกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจและการตายดีเพิ่มขึ้น สรุป (Conclusion) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีขบวนการพัฒนาขึ้นตามลำดับ ซึ่งเป็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติในสถานการณ์จริงตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของมีแนวทางการปฏิบัติและเป็นรูปแบบเดียวกัน ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนารูปแบบ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา เพิ่มการทำFamily meeting ,Advance care planและ living will ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน รวมทั้งมีการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่จิตอาสาให้ครอบคลุมทุกคน

ข้อแนะนำสำหรับการวิจัย

ผลการวิจัยมีเฉพาะรูปแบบด้านปฏิบัติการในชุมชน ควรมีการศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลก็ควรศึกษาด้วย

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์ไพฑูรย์ ใบประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู แพทย์หญิงไอรดา สายปัญญา รองผู้อำนวยการด้านภารกิจบริการปฐมภูมิ คุณขวัญจิต คง

พุฒิคุณ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน คุณเรืองศิริ ภานุเวศ ศูนย์วิจัยทางคลินิกโรงพยาบาลหนองบัวลำภู คุณจิตรลดา พิมพ์ศรี หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ข้อคิดข้อแนะนำและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู คณะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายต่างๆในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวมรวบข้อมูลและจัดทำรายงานการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1 นพ.วิเชียร ศรีมุนินทร์นิมิตและคณะ. ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ; พิมพ์ครั้งที่1.กรกฎาคม 2562. (http://www.thethaicancer.com/PDF/People/ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะ.pdf)

2 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 หน้า24.

3 ปฐมพร ศิรประภาศิริ และ คณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ : พิมพ์ครั้งที่1 กันยายน 2563.

4 วาสนา สวัสดีนฤนาทและคณะ. ศึกษาวิจัยการพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ;วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

5 ศรีรัตน์ มากมายและคณะ. ผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม ใน:วารสารโรคมะเร็ง ฉบับที่2 ; 2561.

6 วราภรณ์ อ่อนอนงค์ และเยาวรัตน์ มัชฌิม. โปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็ง ใน : วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ฉบับที่1 ; 2562. หน้า158-169

7 กชพร เขื่อนธนะและคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ใน ; วารสารวิชาการสาธารณสุข ฉบับที่ 2 ; 2562.

8 จันทร์เพ็ญ ประโยงค์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ใน : วารสารวิชาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ; 2563.

ผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

Effects of Mindfulness-based therapy Program on Depressed Patients Phukhieo Chalermprakiat Hospital.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

วรางคณา เร่งไพบูลย์วงษ์[1]
Warangkana Rengpaiboonwong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ทำการศึกษาในช่วงเดือน สิงหาคม 2565-กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการสติบำบัด, แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 26.67 สถานภาพสมรสแต่งงาน ร้อยละ 40.00 การศึกษามัธยมปลาย ปวช. ร้อยละ 40.00 อาชีพทำไร่ทำนา ร้อยละ 40.00 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 50.00 ภาวะซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 60.00 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 53.33 ภายหลังการใช้ผลของโปรแกรมสติบำบัด ทำให้ภาวะความเครียดลดลง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (t = 12.69, 4.28)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, สติบำบัด, การพัฒนาโปรแกรมบำบัด

Abstract

This research is quasi-experimental research. Aim to compare the effects of mindfulness therapy programs in patients with depression at Phu Khieo Chalermprakiet Hospital. During August 2022-July 2023, a total of 12 months. Sample group was 30 people with depression. Research tools included Mindfulness-based therapy program, general information questionnaires, Depression assessment forms (9Q), and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics and compared the average scores before and after using inferential statistics, paired t-test.

The results of the study found that the sample group Most of them were female, 63.33 percent, under 20 years old, 26.67 percent, married status, married, 40.00 percent, high school education, vocational certificate, 40.00 percent, farming occupation, 40.00 percent, average family income per month, mostly less than 10,000 baht, 50.00 percent, depression, mostly felt depressed, sad or hopeless, 60.00 percent, mild depression, 53.33 percent, after using the results of the mindfulness therapy program, stress decreased and satisfaction increased, statistically significant at the .05 level (t = 12.69, 4.28).

Keywords: Depression, Mindfulness Therapy, Development of Therapy Programs

บทนำ

โรคซึมเศร้านับว่าเป็นปัญหาในระดับโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ และสุขภาวะอย่างมาก และคาดการณ์ว่าในปี 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรมากกว่า 300 ล้านคน[1] โดยประมาณ ร้อยละ 4.00 ของประชากรโลก ภาวะการณ์ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่งผลให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้มากกว่า ร้อยละ 0.42 ภาวะซึมเศร้าพบทั้งในกลุ่มวัยรุ่นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูงมากกว่าทุกกลุ่ม และยังพบอีกกลุ่มสำคัญคือกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรค

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

ซึมเศร้า จำนวน 1.56 ล้านคน[2] โดยประมาณร้อยละ 2.24 ของประชากรไทยทั้งหมด และพบว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยประมาณ 4,000 คนต่อปี[3] ภาวะซึมเศร้า นั้นเป็นสภาวะทางจิตใจมีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ทางลบ เช่นโศกเศร้า หดหู่ ไม่มีอารมณ์สุข เบื่อหน่าย มีความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ รู้สึกล้มเหลว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ลังเลในการตัดสินใจ ตำหนิโทษตัวเอง แยกตัวจากสังคมหรือมีสัมพันธภาพลดลง และเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย มีสมาธิลดลง สูญเสียแรงขับทางเพศ[4]

การใช้สติบำบัด มีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ และภายในประเทศไทย และมีผลการศึกษารองรับมากมาย การเจริญสติ หรือการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy ; MBT)[7] เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยการใช้แนวคิดเชิงพุทธและการฝึกเมตตาตนเอง การเรียงลำดับด้วยการฝึกจิต[3] หยุดความคิดด้วยลมหายใจ จนจิตสงบ และฝึกสติด้วยลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่กับการรับรู้ในกิจที่ทำ จึงควรมีการนำโปรแกรมสติบำบัดมาพัฒนาให้สามารถใช้ในการบริการทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน การรเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ภายหลังการบำบัด[6]

โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ[8] มีผู้มารับบริการในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดจำนวนมาก จากการวิเคราะห์สถิติ 3 ปีย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นทุกปี การฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอภูเขียวตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563-2565 เท่ากับ 17.66, 14.51, และ 14.42 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานในโรงเรียนในด้วยการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-24 ปี พบปัญหามากที่สุดในเรื่อง ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน สัมพันธภาพ เป็นต้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ทำให้มีอาการทั้งจิตใจ ความคิด อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย หรือไม่มีความสุข รู้สึกไม่ดีกับตนเอง ไม่มีสมาธิ สติ คิดทำร้ายตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ามารับบริการบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลังเข้ารับโปรแกรมบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ ก่อน-หลังก่อน-หลัง เข้ารับโปรแกรมบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

วิธีการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565-กรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ที่มาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 186 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ที่มาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความ

สมัครใจให้เข้ารับกระบวนการอบรมตามโปรแกรมส่งเสริมประสิทธิผลและความปลอดภัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 Q จำนวน 9 ข้อ

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ามารับบริการสติบำบัด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เข้ามารับบริการสติบำบัด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.33 และ เพศชาย จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.67 ช่วงอายุส่วนมาก อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 และ ช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนมาก แต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา สถานะภาพโสด จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 และ หม้าย จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ การศึกษามัธยมปลาย ปวช. จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ประถมศึกษา จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 มัธยมต้น จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67อาชีพทำไร่ทำนา จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา รับจ้างทั่วไป จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และทำสวน จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 15 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมา 10,000-20,000 บาท จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 และ 50,000 บาทขึ้นไป จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (2Q) ส่วนมากรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 18 คน ร้อยละ60.00 และ รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้า (9Q) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 รองลงมามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.00 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน) จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67

2. โปรแกรมดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูทางคลินิกจิตเวชและยาเสพติดให้เป็นระบบในการทำจิตบำบัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาทุกวันพฤหัสบดี ช่วงบ่าย ผู้ที่ที่มีภาวะซึมเศร้ามีทางเลือกในการรักษาในการเลือกไม่ใช้ยา ลดค่าใช้จ่ายค่ายาของของโรงพยาบาล จัดรูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาเป็นแบบกลุ่ม โดยใช้กระบวนการบำบัดโดยใช้สติบำบัด ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์[7] ดังนี้ โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) กิจกรรมครั้งที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นใจ กิจกรรมครั้งที่ 2 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ กิจกรรมครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ กิจกรรมครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง กิจกรรมครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ กิจกรรมครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น กิจกรรมครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัยกิจกรรมครั้งที่ 8 ชีวิตต้อง

เดินหน้า ผู้วิจัยได้ปรับเวลาเป็น 45-60 นาที ในการบำบัดแต่ละครั้ง ตามความเหมาะสมของกลุ่ม และนัดแต่ละครั้งห่าง 1 สัปดาห์

3. ผลของโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

3.1 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลัง การเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ก่อนเข้ารับโปรแกรมภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลาง เป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 14.26 คะแนน เป็น 2.28 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t = 12.69$)

3.2 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ก่อนเข้ารับโปรแกรม มีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง เป็น ระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.89 คะแนน เป็น 4.56 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t = 4.28$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ามารับบริการสติบำบัด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ มีนาคม 2565			หลังพัฒนารูปแบบ มิถุนายน 2565			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
1) ระดับภาวะซึมเศร้า	14.26	1.72	ปานกลาง	2.28	0.21	ไม่มีภาวะ	12.69	<0.001*
2) ระดับความพึงพอใจ	2.89	0.18	ปานกลาง	4.56	1.35	มาก	4.28	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมาก อายุต่ำกว่า 20 ปี สถานภาพสมรสแต่งงาน การศึกษามัธยมปลาย ปวช. อาชีพทำไร่ทำนารายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ภาวะซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้า (9Q) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย สอดคล้องกับ บุษบา ทองโพธิ์ศรี[9]

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา จัดรูปแบบคลินิก และให้คำปรึกษาเป็นแบบกลุ่ม และใช้โปรแกรมสติบำบัดทำให้การดำเนินงานได้ครอบคลุม ทำให้ดำเนินการได้ดีและบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ[10]

ผลของโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่าภายหลังการเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า การเข้ารับโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลภูเขียวทำให้ระดับความพึงพอใจ จากระดับปานกลาง เป็น ระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทำงานอย่างเป็นระบบของโรงพยาบาลและอาศัยความร่วมมือการติดตามให้เข้าโปรแกรมจนครบ สอดคล้องกับ วิภาวี เผ่ากันทรากร และคณะ[11]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมสติบำบัดไปใช้ต้องติดตามให้ผู้เข้ารับการบำบัดให้ครบตามโปรแกรม และคำนึงถึงความพึงใจของผู้มารับบริการเป็นสำคัญ

2. ควรมีการดำเนินการตามโปรแกรมสติบำบัดเป็นระยะเวลาต่อเนื่องและทำประจำทุกปี

3. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาโดยการใช้โปรแกรมสติบำบัดไปประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่และ

พัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 2 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health. Organization; 2008.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford press; 1979.
3. Organization; 2008 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จับตาทิศทางสุขภาพจิตคนไทยปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/thaihealthwatch/
4. ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidepression.com/www/report/main_report/
5. พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: www.thaimio.com/
6. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017/
7. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ประวัติ เอราวรรณ์. การพัฒนาเชิงระบบเพื่อปฏิรูปการเรียนรู้และคุณภาพโรงเรียน ระยะที่ 2 : การพัฒนาต้นแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งและการขยายเครือข่าย. กรมสุขภาพจิต:นนทบุรี.
8. โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยสุขภาพจิต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. 2566.
9. บุษบา ทองโพธิ์ศรี. ผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2565; 6(2): 49-60.
10. สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 25(3): 66-75.
11. วิภาวี เผ่ากันทรากร และคณะ. ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(4):286-296.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

Factors Affecting to the Elderly's Mental Health Status in Sai Yai Subdistrict, Sai Noi District, Nonthaburi Province.

(Received: October 20,2024 ; Revised: October 27,2024 ; Accepted: October 28,2024)

กาญจนา นิ่มสุนทร[1] สัณฑ์ภณ ตะพังพินิจการ[1]วิภาพร คุณพาที[2]สนธยา ลาเตะ[2]
Kanjana Nimsunthon[1] Sanphan Taphangpinijkan[1] Wiphaphon Khunpathi[2] Santhaya Late[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการ และด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ และ2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และ3) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ทั้งหมด 22 ข้อ และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 มีค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ เท่ากับ 0.88 ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการ เท่ากับ 0.89 ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนพฤษภาคม-เดือนกันยายน 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.33, S.D.= 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.48, S.D.= 0.60) รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.33, S.D.= 0.58) ส่วนด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.18, S.D.= 0.68) และระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ สูงสุดมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40 รองลงมาคือมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 13.80 และต่ำสุดมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่า คนทั่วไป จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.90 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสุขภาพจิต, ตำบลไทรใหญ่

ABSTRACT

This research was survey research in nature, with the objectives to 1) To study the level of social support, including emotional support, material and service support, and informational support, as well as the mental health status of the elderly in Sai Yai sub-district, Sai Noi district, Nonthaburi province and 2) To examine the factors affecting the mental health of the elderly in Sai Yai sub-district. The sample used consisted of 160 individuals. The data collection instrument was a questionnaire divided into three sections: 1) personal factors, 2) social support factors, and 3) mental health status of the elderly. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) was 1.00 for all 22 items, and the reliability coefficient was 0.94. The reliability of the social support questionnaire was 0.93, with individual reliability coefficients as follows: emotional support at 0.88, material and service support at 0.89, and informational support at 0.86. The questionnaire assessing the mental health status

[1] วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] นักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

of the elderly had a reliability coefficient of 0.88. The research was conducted from May to September 2024, and the statistical analysis included frequency, percentage, mean ($\bar{x}$), standard deviation (S.D.), and stepwise multiple regression analysis.

The research findings indicated that the overall average score for social support factors was high ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.51). When considering individual aspects, emotional support had the highest average score, also in the high range ($\bar{x}$ = 4.48, S.D. = 0.60), followed by material and service support, which also scored high ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.58). The average score for informational support was the lowest among the three, but still high ($\bar{x}$ = 4.18, S.D. = 0.68). The mental health status of the elderly in Sai Yai Subdistrict revealed that 127 individuals (79.40%), had better mental health than the general population, 22 individuals (13.80%) had mental health status equal to the general population, and 11 individuals (6.90%) had lower mental health than the general population. Analysis of factors affecting the mental health of the elderly in Sai Yai Subdistrict showed that emotional support and informational support were significant factors affecting their mental health at the 0.05 level of statistical significance.

Keywords: Elderly, Mental health status, Sai Yai Subdistrict

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นส่วนที่สำคัญของสุขภาพและสุขภาวะไม่น้อยไปกว่าสุขภาพกาย องค์การอนามัยโลกได้นิยาม สุขภาพจิต (mental health) ว่า หมายถึง ภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์ได้อย่างสร้างสรรค์ และ สามารถทำประโยชน์แก่สังคมของตนเองได้ ประชาชนกว่าหนึ่งพันล้านคนทั่วโลกประสบปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งรวมถึงโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิตเภท การติดสุราและยาเสพติด เป็นต้น[1] นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต ให้ความหมายว่า ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นมีความมั่นคงในจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ หากมีความผิดปกติทางจิตใจอาจเกิดจากความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม โดยจะแสดงออกมาทั้งการปวดศีรษะ ปวดท้อง มีปัญหาทางการนอน เครียด กังวล ซึมเศร้า เฉยเมย กระสับกระส่าย ก้าวร้าว และไม่มีจุดมุ่งหมาย[2]

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี จำนวน 12 ล้านคน ซึ่งเกือบร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.42 ล้านคน หรือร้อยละ 31.28 ในปี 2583 และจากการที่บุคคลมีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองเสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลงไป รวมถึงมีข้อจำกัดในการปรับตัวกับความก้าวไกล ด้านเทคโนโลยี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมนั้นถือว่าเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยเป็น อย่างยิ่ง และยังเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพและทรัพยากรมนุษย์[3]

ในทางจิตวิทยา วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเคารพนับถือที่ลูกหลานยกย่องให้เกียรติ เป็นวัยแห่งความสุขที่จะได้เห็นลูกหลานที่เลี้ยงมาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ภาระรับผิดชอบต่าง ๆ ลดลง มีเวลาว่างที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ตามความชอบหรือความสนใจอย่างเต็มที่ แต่ในขณะเดียวกันวัยสูงอายุก็เป็นช่วงเวลาของชีวิตที่จะเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยชราอย่างเต็มตัว ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพจิต ยกตัวอย่าง เช่น

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางที่เสื่อมถอยลง หย่อนสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ มีข้อจำกัด ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความจำแย่ลง การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ คือ ต้องพบกับความสูญเสียและการพลัดพรากของคู่ชีวิต ญาติสนิทหรือเพื่อนฝูง เกิดความเหงา ขาดที่พึ่งทางใจ ขาดคนพูดคุยปรึกษาหารือให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม สูญเสียบทบาททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่จากเดิมที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว ช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่างต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย ไม่ได้รับการเคารพนับถือ หรือปรึกษาหารือจากคนรุ่นหลัง เนื่องจากค่านิยมที่ยึดถืออิสรภาพส่วนบุคคล และคิดว่าผู้สูงอายุล้าสมัยไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น[4] สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม ที่พบประมาณร้อยละ 8 หรือราว 8 แสนคน (จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) และโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งจากรายงานของฐานข้อมูลการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีผู้สูงอายุป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการ 75,564 คน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถึงร้อยละ 1.17 และเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิต จึงได้เตรียมความพร้อมในการให้บริการเน้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม[5] ในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็น ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านแอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1.05 ล้านคน ออกให้บริการภายใต้นโยบาย 3 หมอ ในฐานะหมอคนที่ 1 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกค้นหา คัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ให้กับผู้สูงอายุทั่วประเทศ อย่างน้อย 10 ล้านคน โดยการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน เป็นขั้นตอนแรกของการเก็บข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การบ่งชี้ภาวะสุขภาพ และทราบความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งจะประกอบด้วย ด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสุขภาพช่องปาก[6] ซึ่งด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งเมื่อเกิดขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข หดหู่ เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ รอบตัว มองโลกในแง่ร้าย ชอบอยู่เงียบ ๆ ตามลำพัง รู้สึกชีวิต สิ้นหวัง มองว่าตนไม่มีคุณค่า บางรายมีอาการตรงกันข้าม หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง น้อยใจง่าย ทะเลาะกับลูกหลานบ่อยครั้ง อาการทางจิตใจส่งผลให้เกิดอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ นอนมากเกินปกติ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ชอบพูดเรื่องเศร้า ๆ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้[7]

ตำบลไทรใหญ่ เป็นหนึ่งในตำบลของอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ตั้งอยู่ในภาคกลางของประเทศไทย พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ประชากรส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีประชากรในจำนวนที่หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแนวโน้มของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย[8] จากการสำรวจเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากคลองหม่อมแช่ม ตำบลไทรใหญ่ จำนวน 10 คน โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (General Health Questionnaire-12 [GHQ-12]) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[9] พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตบกพร่อง จำนวน 4 คน คิดเป็น

ร้อยละ 40 และมีภาวะสุขภาพจิตดี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60 จากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนมากมีอาการนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ และรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง จากจำนวนข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากภาวะสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่นอกจากจะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย และจิตใจ ยังส่งผลกระทบต่อชุมชน โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตบกพร่องอาจ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานวัด งานประเพณี หรือกิจกรรม อื่น ๆ ทำให้ความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมในชุมชนลดลง

จากข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพจิตในพื้นที่ข้างต้น จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในตำบล ไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี การวิจัยจะช่วยระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งข้อมูลจากการวิจัยจะช่วยในการพัฒนาบริการสาธารณสุขที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในตำบล นอกจากนี้จะช่วยสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและสนับสนุนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการ และด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุระหว่าง 60-79 ปี ในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1,186 คน[10] (ข้อมูล ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2567) ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Cohen ในโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 160 คนจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบบชั้นภูมิ (Stratified random Sampling) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Random Sampling) และสุ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นประชาชนในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่อายุระหว่าง 60-79 ปี ที่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ เป็นผู้ป่วยติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นชนิดเลือกตอบ (Check list) จำนวน 5 ข้อ และให้เติมคำในช่องว่างจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตอนที่ 2 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการ และด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารที่พัฒนาตามแนวคิด

เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์[11] มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าตามแบบลิเคิร์ท (Likert's rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool : T-GMHA-15) ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต[12] จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอ ไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เลขที่รับรอง KMPHT-67020018

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 114 คน คิดเป็นร้อยละ 71.25 มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 68.13 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพการสมรส คือมีคู่ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 53.75 ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาสูงสุดที่ประถมศึกษา จำนวน 125 คน คิดเป็น ร้อยละ 78.12 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 45.63 ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,499 บาท จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 98.76 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 71.87

2. การวิเคราะห์ระดับข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการ และด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.33, S.D.= 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.48, S.D.= 0.60) รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.33, S.D.= 0.58) ส่วนด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.18, S.D.= 0.68)

3. การวิเคราะห์ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี สูงสุดมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40 รองลงมาคือมีภาวะสุขภาพจิต อยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 13.80 และต่ำสุดมีภาวะสุขภาพจิต อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.90

4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

โมเดลวิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		t	p-value
		B	Beta		
โมเดลที่ดีที่สุด	ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์	0.922	0.434	6.346	< 0.001
	ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร	0.602	0.322	4.706	< 0.001

Constant = 19.710, (R = 0.649, R^2 = 0.421, R^2_{adj} =0.414, SE_{est} = 4.853, F = 57.182)

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่าเท่ากับ 0.649 และกำลังสองของสหสัมพันธ์พหุคูณมีค่าเท่ากับ 0.421 แสดงว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด 2 ตัว ร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 42.10 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์มีค่าเท่ากับ 4.853

ตัวแปรพยากรณ์ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอ ไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร โดยสามารถสร้างเป็นสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$\hat{Y}$ = 19.710 + 0.922(support1) + 0.602(support3)

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับของปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการ และด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.33, S.D.= 0.51) เนื่องจากผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ มีแรงสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสาธารณสุข และสวัสดิการทางการเงินช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความเครียดในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล[11] ได้ศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.54, S.D.= 0.59)

2. ระดับภาวะสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป เนื่องจากผู้สูงอายุนั้นเกิดขึ้นจากการดูแลที่เหมาะสมทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางจิตใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนิสา ค้าขึ้นและคณะ[13] ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติ

3. จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว พบว่า

เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากภาวะสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์

ต่าง ๆ ไม่เกี่ยวกับเพศ โดยผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่อาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวที่แข็งแกร่งอย่างเท่าเทียมกันทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งช่วยลดความเครียดและปัญหาทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ การใช้ชีวิตในชุมชนที่ใกล้ชิดและมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ว่าพวกเขาจะเป็นเพศใดก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนิสา ค้าขึ้นและคณะ[13] ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา อาจเนื่องมาจากสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่เกี่ยวกับเพศ

อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่อาจได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมในระดับที่ดีและเพียงพอในการช่วยลดผลกระทบที่มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอายุ เช่น การโดดเดี่ยว ความเจ็บป่วย หรือการสูญเสียบทบาททางสังคม ปัจจัยเหล่านี้อาจมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางจิตใจและลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าจะอายุเท่าใดก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนิสา ค้าขึ้นและคณะ[13] ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต จึงมีทักษะการเผชิญและแก้ปัญหาสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง

สถานภาพการสมรส ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากผู้สูงอายุที่ยังคงมีคู่สมรสอาจได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และการดูแลจากคู่สมรส ซึ่งสามารถส่งผลดีต่อสุขภาพจิต ในทางกลับกัน การสูญเสียคู่สมรสหรือการเป็นโสดอาจนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนิสา ค้าขึ้นและคณะ[13] ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานหรือญาติพี่น้อง และอยู่ในสังคมที่ใกล้ชิดเกื้อหนุนกัน ทำให้ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง แม้จะสถานภาพสมรสเป็นโสด หม้าย หรือหย่า/แยกทางก็ตาม

ระดับการศึกษาสูงสุด ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุตำบลไทรใหญ่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งผู้สูงอายุอาจได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากคนรอบข้าง ทำให้ความแตกต่างทางการศึกษาไม่เป็นตัวแปรสำคัญต่อสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของพาริณี สุกใส และคณะ[14] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี

อาชีพ ผลการศึกษาพบว่า อาชีพไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพจะมีสุขภาพจิตดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว โดยผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่อาจได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมากพอจนทำให้อาชีพไม่ได้มี

บทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิต เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับการสนับสนุนและมีคุณค่าในสายตาของครอบครัวและชุมชน อาชีพจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนิสา ค้าขึ้นและคณะ[13] ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน เพราะว่าการทำงานเป็นสิ่งที่สร้างความรู้สึกมีคุณค่าและสะท้อนว่ายังพึ่งพาตนเองได้ จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผลการศึกษาพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากในชุมชนชนบทอย่างตำบลไทรใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตอาจไม่สูงเท่ากับในเขตเมือง และการใช้ชีวิตพึ่งพาการเกษตรหรือการพึ่งพาทรัพยากรในท้องถิ่นทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเรียบง่าย โดยไม่ต้องใช้รายได้จำนวนมาก ทำให้ความเครียดทางการเงินลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของ พาริณี สุกใส และคณะ[14] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของผู้สูงอายุไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี

โรคประจำตัว ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีโรคประจำตัวมีอายุอยู่ในช่วงตอนต้น (60-69 ปี) ซึ่งกลุ่มวัยนี้มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายไม่มาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ถึงแม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังสามารถประกอบอาชีพ และทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ทำให้สามารถรับมือกับโรคประจำตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง อาจมีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้นและไม่รู้สึกว่าปัญหาทางสุขภาพเป็นภาระที่ส่งผลต่อจิตใจมากนัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนิสา ค้าขึ้นและคณะ[13] ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากหากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะความเจ็บป่วยทางกายสามารถพึ่งพาตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการ และด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร พบว่า

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ โดยปัจจัยทางสังคม เช่น การได้รับความเข้าใจ การยอมรับ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นบวก จากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่โดดเดี่ยว และรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของกัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล[11] ได้ศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางวัตถุและบริการไม่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากในชุมชนชนบทอย่างตำบลไทรใหญ่ ผู้สูงอายุอาจไม่ได้พึ่งพาปัจจัยทางวัตถุหรือการบริการจากภาครัฐหรือองค์กรต่าง ๆ มากนัก เนื่องจากชุมชนมีลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และครอบครัวมักมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางอารมณ์และด้านการดูแลมากกว่าการสนับสนุนทางวัตถุโดยตรง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล[11] ได้ศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของเงินทองและบริการ มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ เนื่องจากผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ บางรายไม่มีลูกหลานคอยดูแล ซึ่งทำให้ต้องการเงินค่ายังชีพจากรัฐบาลเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่นข้อมูลด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง หรือการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล[11] ได้ศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 นำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพจิตและหาแนวทางป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

1.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมอาสาสมัคร เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า และได้ใช้เวลาว่างอย่างเป็นประโยชน์ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างเป็นปัจจัยที่ช่วยสร้างภาวะสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และรัฐควรมีนโยบายการบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ครอบคลุมในด้านการรักษา ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยที่ส่งผลภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหลาย ๆ ปัจจัย เช่น ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางด้านการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.2 ควรจะมีการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุที่มีการประเมินจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่ามีความเครียดโดยตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. วริศา พานิชเกรียงไกร, เทิดศักดิ์ เดชคง, ชะเอม พัชนี และบรรลุ ศุภอักษร. (2566). ประเทศไทยกับการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิตในเวทีระดับโลก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 17(1), 183-190. https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5849/hsri-journal-v17n1-p183-190.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. ณัฐวดี เองสมบุญ และสุธีรา เตชะธนะวัฒน์. (2566). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนิสิตทันตแพทย์. วารสารทันตแพทย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 16(2), 67-82. https://ejournals.swu.ac.th/index.php/swudentj/article/view/15449/12527
3. กรมสุขภาพจิต. (2566, 29 พฤศจิกายน). กรมสุขภาพจิต เดินหน้าโครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อผู้สูงวัยพร้อมขับเคลื่อนการขยายเครือข่ายเพื่อสร้างเพื่อนดีดูแลใจ...ผู้สูงวัยให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความสุข. https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31914
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564, 3 มีนาคม). ผู้สูงอายุกับเรื่องสุขภาพจิต. https://www.dop.go.th/th/know/15/412
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560, 20 กรกฎาคม). กรมสุขภาพจิต แนะใช้ 5. ในยุค 4.0. https://www.thaihealth.or.th/?p=256027
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566, 1 พฤศจิกายน). คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน คืออะไร สำคัญอย่างไรกับผู้สูงวัย.ไทยรัฐออนไลน์. https://www.thairath.co.th/lifestyle/lifestyle45plus/2737197
7. ภาณุวัฒก์ ว่องตระกูลเรือง. (2564, 16 มิถุนายน). สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม. Nakornthon Hospital. https://www.nakornthon.com/Article/Detail/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ-เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม
8. องค์การบริหารส่วนตำบลไทรใหญ่. (2564, 9 เมษายน). สภาพทั่วไปของตำบลไทรใหญ่. https://www.saiyai.go.th/condition
9. ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2547, 21 ธันวาคม). แบบสอบถาม Thai General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 12-28-30-60). กรมสุขภาพจิต,กระทรวงสาธารณสุข. https://dmh.go.th/test/download/files/ghq.pdf
10. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2567, 25 พฤษภาคม). กลุ่มรายงานมาตรฐานประชากร จำแนกกลุ่มอายุรายปี. https://shorturl.asia/yGaAw
11. กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล. (2562). รายงานการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขต กรงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ. มหาวิทยาลัยศรีปทุม. https://dspace.spu.ac.th/server/api/core/bitstreams/926038ea-4b07-4649-a343-385db1b48c3d/content
12. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2560). แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15). http://www.sorporsor.com/happy2017/t_gmha15_index.php
13. สุนิสา ค้าขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง และปรางทิพย์ ทาเสนาะ. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล,36(3). 150 – 163. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/246933/167650
14. พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตัง,โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(5). 809 – 818. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/5078/4809

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

EFFECTIVENESS OF THE SOCIAL SUPPORT PROGRAM AND PARTICIPATION IN BEHAVIOR CHANGE TO PREVENT LEPTOSPIROSIS OF THE PEOPLE OF KHOKTAN SUBDISTRICT, PHUSING DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 27,2024 ; Accepted: October 28,2024)

ทองคำ อินตะนัย[1]
TONGKHAM INTANAI[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน คือ กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 6 สิงหาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม โรคเลปโตสไปโรซีส

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a social support and engagement program on behavior modification for the prevention of leptospirosis among the population of Khok Tan Subdistrict, Phu Sing District, Sisaket Province. The sample was divided into two groups of 30 people each, for a total of 60 participants. The experimental group consisted of residents of Khok Tan Subdistrict, Phu Sing District, Sisaket Province, while the comparison group consisted of residents of Lalom Subdistrict, Phu Sing District, Sisaket Province. The experimental group received the program for 8 weeks, while the comparison group received standard interventions. Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the experiment, between June 6, 2024, and August 6, 2024. The data were analyzed using descriptive statistics, presented as percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. The mean score differences within the experimental and comparison groups were compared using paired t-tests, and differences between the groups were compared using independent t-tests, with statistical significance set at 0.05.

The results showed that after the experiment, the mean score differences for leptospirosis knowledge, attitudes toward leptospirosis prevention, self-efficacy, social support, intention to prevent leptospirosis, and leptospirosis prevention behaviors in the experimental group were significantly higher than before the experiment and significantly higher than those in the comparison group at the 0.05 level.

Keywords: Program, Social support, Participation, Leptospirosis

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

โรคเล็ปโตสไปโรซีสยังเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลกโดยเฉพาะแระเทศเขตเมืองร้อนรวมถึงประเทศไทยยังพบการระบาดอย่างต่อเนื่อง[1] คนจะติดเชื้อโรคจากการสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะของสัตว์นำโรคที่มีเชื้อหรือสัมผัสโดยอ้อมกับน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อ leptospira ผู้ที่เดินลุยน้ำ ว่ายน้ำและล่าสัตว์จึงมีโอกาสสัมผัสโรคนี้ได้ สัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรค ส่วนใหญ่จะมาจากสัตว์เลี้ยงต่าง ๆ เช่น สุกร หนู สุนัข โค กระบือ และแมว โดยเชื้อสามารถไชเข้าทางผิวหนังหรือเยื่อบุที่มีรอยแผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดโรคได้แก่ เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ ชาวนา ชาวไร่ คนงานโรงงานฆ่าสัตว์ กรรมกรขุดลอกคูคลอง สัตวแพทย์ จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การไถนา ถอนกล้า ใส่ปุ๋ย และหาปลาล้วนต้องแช่อยู่ในน้ำเป็นเวลานานทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อที่ปนเปื้อนอยู่ในนาและในแหล่งน้ำได้มาก จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 พบผู้ป่วย 4,651 ราย จาก 72 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 7.03 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 45 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.07 ต่อแสนประชากร อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิง 1:0.26 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 45-54 ปี (ร้อยละ 18.43) อายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 17.65) 55-64 ปี (ร้อยละ 16.96) สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 96.9 พม่าร้อยละ 1.8 อื่น ๆ ร้อยละ 1.0 ลาวร้อยละ 0.3 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรร้อยละ 42.7 รับจ้างร้อยละ 22.3 นักเรียนร้อยละ 13.3[2]

การดำเนินป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสในปัจจุบัน จะเน้นการควบคุมการระบาดของโรคและสร้างความเข้าใจให้คนในชุมชนรู้จักวิธีการป้องการสัมผัสกับเชื้อเลปโตสไปร่า เช่น การณรงค์ให้สวมรองเท้าบู๊ต ก่อนลงน้ำ หลังจากลงแช่น้ำให้อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันที การดำเนินการในการควบคุมพฤติกรรมการไม่สัมผัสเชื้อเป็นวิธีการที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ซึ่งถ้าจะดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จจะต้องเพิ่มเพื่อทักษะความรู้ ความเข้าใจในการสังเกตอาการป่วย รวมถึงความตระหนักต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสให้มากขึ้น[3] จากการทบทวนวรรณกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้อวกันโรคเลปโตสไปโรซีสให้มีความถูกต้องเหมาะสมมีหลายแนวทาง เช่น การให้ความรู้ที่ถูกต้อง การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค การสร้างการรรับรูที่ถูกต้องเหมาะสม การได้รับการสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากบุคคลในสังคมที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐมพร พริกชู และ นัจมี หลีสหัด[4] ศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสในพื้นที่ตลาดชุมชนเมือง ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสในตลาดชุมชนเมืองทุกขั้นตอน ร่วมแสดงความคิดเห็นตั้งแต่การวิเคราะห์และกำหนดปัญหาของพื้นที่ ตั้งเป้าหมายในการดำเนินงานอย่างชัดเจน นำไปสู่การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และมีการประเมินผล มยุรี สิมมะโรง[5] ศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ SDK2SN Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Data Center: ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา 3) Knowledge-based: การสื่อสารและถ่ายทอดองค์ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเลป์โตสไปโรซีสแก่ประชาชน 4) Sevice system: รับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ 5) Self-care: การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ประชาชนและ 6) Networking: ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซีส พฤติกรรมการป้องกันโรคเลป

โตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โรคเลปโตสไปโรซีสมีการระบาดหนักในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจากข้อมูลปี 2562 ถึงปี 2566 มีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 1,035, 468, 232, 1,164 และ 1,608 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรจะเท่ากับ 9.48, 4.31, 2.14, 10.80 และ 14.92 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2562 ถึงปี 2566 จำนวน 14, 5, 0, 18 และ 14 ราย ตามลำดับ (สำนักระบาดวิทยา, 2566) จังหวัดศรีสะเกษ พบข้อมูลผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส 5 ปีย้อนตั้งแต่ปี 2562 ถึงปี 2566 จำนวน 257, 108, 48, 320 และ 592 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 17.44, 7.34, 3.29, 21.98 และ 40.76 ตามลำดับ จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซีสในจังหวัดศรีสะเกษ จาก 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 มีผู้ป่วย 592 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 40.76 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย อัตราตายร้อยละ 0.06 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบ เพศชาย 498 ราย เพศหญิง 95 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 5.24 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 55 - 64 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.5 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 45 - 54 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 139 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.47 อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือเกษตรกรรม จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 513 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.65 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.29 ตามลำดับ พื้นที่ที่มีอัตราป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ภูสิงห์ ไพรบึง ปรางค์กู่ ห้วยทับทัน และขุขันธ์ อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน, 160.6, 123.9, 109.2, 108 และ 82.7 ตามลำดับ สำหรับอำเภอ ภูสิงห์ในปี 2556 พบผู้ป่วย 88 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 160.6 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 คน คิดเป็นอัตราตาย 1.82 ต่อประชากรแสนคน และคิดเป็นอัตราป่วยตายเท่ากับ 1.13 ตามลำดับ[6] จากปัญหา ผลกระทบ และปัญหาการระบาดในพื้นที่ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับการไม่มีแนวทางและนวัตกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสที่ชัดเจนผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow[7]ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย กิจกรรมหรือมาตรการที่มุ่งเน้นการให้การสนับสนุนและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซีส รวมถึงวิธีการป้องกันโรคผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยโปรแกรมนี้อาจประกอบด้วยการให้ความรู้ผ่านการสัมมนาหรือเวิร์กช็อปเพื่อให้ประชาชนเข้าใจถึงสาเหตุ อาการ การแพร่กระจาย และวิธีการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคมโดยการสร้างกลุ่มหรือเครือข่ายในชุมชนที่ช่วยเฝ้าระวังและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขอนามัย การกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม เช่น การทำความสะอาดพื้นที่เสี่ยง และการจัดทำแคมเปญเพื่อรณรงค์การป้องกันโรค รวมถึงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงแนวทางการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในอนาคต โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส รวมทั้งลดความเสี่ยงและการแพร่ระบาดของโรคในชุมชนตำบลโคกตาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 15 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.842 ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.774 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.837 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.766 ความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.868 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-092 ลงวันที่ 5 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ย 38.10 ปี (S.D. = 7.474 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 40.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.3 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ

60.0 มีมัธยฐานของรายได้ 7,500 บาท (P_{25} = 5,000 บาท : P_{75} = 15,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย 40.60 ปี (S.D. = 4.47 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 76.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 48.3 มีมัธยฐานของรายได้ 7,500 บาท (P_{25} = 5,000 บาท : P_{75} = 9,500 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.13 คะแนน (95% CI = 2.51-3.74) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.40	1.10	0.30	-0.27-0.87	1.04	0.301
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.10	1.12				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	12.23	1.25	3.13	2.51-3.74	10.20	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.10	1.12				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.047) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.43 คะแนน (95% CI = 0.02-4.84) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	15.20	4.38	-0.36	-2.66-1.93	-0.31	0.750
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.56	4.51				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18.83	0.85	2.43	0.02-4.84	2.02	0.047
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.40	0.84				

**p-value<0.01

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.028) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.64 คะแนน (95% CI = 0.29-4.97) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.86	4.24	-0.77	-3.11-1.57	-0.65	0.515
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.63	4.81				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.10	4.04	2.64	0.29-4.97	2.25	0.028
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.46	4.96				

**p-value<0.01

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.90 คะแนน (95% CI = 0.80-2.99) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.06	2.08	-0.54	-1.64-0.57	-0.95	0.341
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.60	2.22				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	15.53	2.17	1.90	0.80-2.99	3.47	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.43	2.06				

**p-value<0.01

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่

มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0002) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.57 คะแนน (95% CI = 1.28-3.85) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความตั้งใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส	**Mean**	**SD**	**Mean Diff**	**95%CI**	**t**	**p-value**
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.63	2.45	-0.67	-1.96-0.62	-1.03	0.306
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.30	2.54				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	15.63	2.45	2.57	1.28-3.85	3.99	0.0002**
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.06	2.51				

**p-value<0.01

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0008) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.83 คะแนน (95% CI = 1.23-4.42) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	22.13	2.44	-0.50	-1.79-0.79	-0.77	0.444
กลุ่มเปรียบเทียบ	22.63	2.57				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	26.33	3.43	2.83	1.23-4.42	3.55	0.0008**
กลุ่มเปรียบเทียบ	23.50	2.68				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรคเลป

โตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยมีการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม และพัฒนาโปรแกรมที่มีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ผ่านกิจกรรมเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การพูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซีส เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชน เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรณรงค์ การเสนอข้อคิดเห็น การออกแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสร่วมกัน วางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา เกษมศานติ์[8] ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชนชนบท จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำการศึกษาในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรค ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและหน่วยงานท้องถิ่นมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค เช่น การสวมรองเท้าป้องกันเมื่อทำงานในพื้นที่น้ำขัง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน สุชาดา แสงทอง[9] ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส จังหวัดเชียงใหม่ โดยเน้นการสร้างเครือข่ายชุมชนและการรณรงค์ในระดับท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดทำกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน และการเข้าร่วมการประชุมชุมชน ช่วยเพิ่มการรับรู้และความตระหนักในการป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ อรัญญา ศรีสุวรรณ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้ต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช" ทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงสูง ผลการศึกษาพบว่าการจัดอบรมและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่น ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้และปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสได้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ธนพร วัฒนสุวรรณ[11] ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมในการลดการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซีส จังหวัดพัทลุง โดยศึกษาการสร้างเครือข่ายชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ผลการศึกษาพบว่า การจัดทำโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังในพื้นที่เสี่ยง ช่วยลดอัตราการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ สมบัติ อุดมศักดิ์[12] ศึกษาเรื่อง "ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชนเกษตรกรรม" โดยทำการศึกษาชุมชนที่ทำงานในพื้นที่เกษตรกรรมในจังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและองค์กรชุมชนช่วยให้ประชาชนมีความรู้และปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การสวมรองเท้าบูท และการล้างมือหลังทำงานในแหล่งน้ำ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ณัฐพล รัตนบุญ[13] ศึกษา "การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในพื้นที่ชนบท" โดยทำการศึกษากลุ่มประชาชนในจังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดกิจกรรมป้องกันโรค เช่น การทำความสะอาดชุมชนและการสร้างจุดคัดกรองโรค ช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซีส และเพิ่มการตระหนักรู้ในกลุ่มชุมชน ประสิทธิ์ มณีวรรณ[14] ศึกษา "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชนผ่านการสนับสนุนทางสังคม" โดยเน้นการศึกษาผลจากการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขและองค์กรท้องถิ่นในจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่าประชาชนที่ได้รับการอบรมและการสนับสนุนจากกลุ่มต่าง ๆ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันและการรักษาความสะอาดในที่พักอาศัยได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 โปรแกรมมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปสร้างองค์ความรู้แก่ประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิผล หรือ ขยายผล หรือ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่น หรือพื้นที่อื่น

1.2 ในการวิเคราะห์รายข้อด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสเชื้อโดยตรง การหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยง การดูแลความสะอาดของร่างกายหลังมีกิจกรรมเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค โดยมีพฤติกรรมที่ชอบความสะดวกในการประกอบกิจกรรมมากกว่าความปลอดภัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรสร้างความตระหนัก และติดตามดูแลพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อควบคุมและปรับพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบผสมผสาน และ และขยายพื้นที่ในการศึกษา

2.3 ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อดูนวัตกรรมที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2556 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556.
2. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2566. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). การดำเนินป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสในปัจจุบัน.
4. ปฐมพร พริกชู และ นัจมี หลีสหัด. (2565). การพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสในพื้นที่ตลาดชุมชนเมืองตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 265.
5. มยุรี สิมมะโรง. (2565). รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กันยายน – ธันวาคม 2565.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกตาล. (2566). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566.
7. Lemeshow, S. et al. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons. 1990.

8. ชุติมา เกษมศานติ์. (2562). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชนชนบท จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุข, 12(3), 45-58.
9. สุชาดา แสงทอง. (2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ, 18(2), 23-37.
10. อรัญญา ศรีสุวรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้ต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลชุมชน, 10(1), 67-80.
11. ธนพร วัฒนสุวรรณ. (2565). ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมในการลดการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซีส จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขท้องถิ่น, 14(4), 101-115.
12. สมบัติ อุดมศักดิ์. (2561). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชนเกษตรกรรม. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 20(1), 45-60.
13. ณัฐพล รัตนบุญ. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในพื้นที่ชนบท. วารสารการส่งเสริมสุขภาพชุมชน, 12(2), 78-92.
14. ประสิทธิ์ มณีวรรณ. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชนผ่านการสนับสนุนทางสังคม. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, 15(3), 99-113.

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Nursing practice guidelines for prevention of recurrent hypoglycemia in patients with type 2 diabetes at Rongkham Hospital, Kalasin Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

จำปี หันชัยเนาว์[1]
Champee Hanchainao[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลัง มีระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน กันยายน –ตุลาคม 2567 รวมระยะ 2 เดือน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลัง มีระยะเวลาในการวิจัย กันยายน –ตุลาคม 2567รวมระยะ 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุดและความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน ส่วนผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 23 ราย และไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to study the recurrence of hypoglycemia in patients with type 2 diabetes and to study the nursing practice guidelines for preventing recurrence of hypoglycemia in patients with type 2 diabetes at Rongkham Hospital, Kalasin Province. The research period was between September and October 2024, a total of 2 months. The data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the readiness to act of type 2 diabetic patients with hypoglycemia at Rongkham Hospital, Kalasin Province, before the operation, overall and in each aspect, was at a moderate level. After the operation, overall and in each aspect, it was at the highest level. The readiness to act of the relatives of type 2 diabetic patients with hypoglycemia at Rongkham Hospital, Kalasin Province, before the operation, overall and in each aspect, was at a moderate level. After the operation, overall and in each aspect, it was at the highest level. And the readiness of relatives and patients with type 2 diabetes with

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ

hypoglycemia at Rongkham Hospital, Kalasin Province before and after the operation found that there was a statistically significant difference at the .05 level. The readiness of relatives and patients with type 2 diabetes with hypoglycemia at Rongkham Hospital, Kalasin Province after the operation had a higher mean score than before the operation. As for the results of nursing practice guidelines for preventing recurrence of hypoglycemia in patients with type 2 diabetes at Rongkham Hospital, Kalasin Province, it was found that there were 23 patients with type 2 diabetes at Rongkham Hospital, Kalasin Province with hypoglycemia and there were no recurrence of hypoglycemia in patients with type 2 diabetes at Rongkham Hospital, Kalasin Province, accounting for 100 percent.

Keywords: Nursing practice guidelines, Prevention of recurrence of hypoglycemia, Type 2 diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถในการจัดการน้ำตาลในกระแสเลือดโดยฮอร์โมนอินซูลินลดลง ซึ่งอาจเกิดได้จากความผิดปกติของตับอ่อนที่ไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เรียกว่า ภาวะขาดอินซูลิน หรือเกิดจากความสามารถในการตอบสนองของร่างกายต่อฤทธิ์ของอินซูลินลดลง เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน ส่งผลให้ร่างกายมีการเผาผลาญที่ผิดปกติทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลกลูโคสไม่ได้ตามปกติ และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง[1] โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน ทำได้โดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หากมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำ หิวน้ำบ่อย กินจุหิวบ่อย น้ำหนักลด เป็นแผลง่ายและหายยาก คันตามผิวหนัง ตามัว และชาตามปลายมือปลายเท้า[2]

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 ดังนั้นประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจคัดกรองโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้ง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งหากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้[2]

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลิน (relative insulin deficiency) ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โดยมักพบในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป และมีรูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกาย 23 กก./ม^2) อาการ

ของโรคมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป บางรายอาจไม่มีอาการผิดปกติหรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว ความเสี่ยงในการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังพบมากในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แม้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 จะมีอาการคล้ายคลึงกัน แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บางรายสามารถเกิดภาวะ ketoacidosis ได้ ซึ่งทำให้การวินิจฉัยในระยะแรกทำได้ยาก จึงจำเป็นต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น การตรวจระดับ antibody หรือ C-peptide รวมถึงการติดตามผู้ป่วยในระยะต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง[3]

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดจากระดับกลูโคสในเลือดต่ำกว่าปกติ (ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ซึ่งสามารถรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ ในบางกรณี ภาวะน้ำตาลต่ำอาจรุนแรงถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาทันท่วงที เมื่อร่างกายมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การลำเลียงกลูโคสจากกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์สมองจะลดลง ส่งผลให้เซลล์สมองทำงานบกพร่อง และอาจตายไปในที่สุด นอกจากนี้ ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมน glucagon และ growth hormone ออกมามากขึ้นเพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด แต่ฮอร์โมนเหล่านี้อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้ว อาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งถือเป็นภาวะที่รุนแรงและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การจัดการกับภาวะน้ำตาลต่ำจึงมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยควรทราบวิธีดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงเมื่อรู้สึกมีอาการ และควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาอย่างเหมาะสม การรู้จักสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การออกกำลังกายมากเกินไป หรือการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ได้[3,4] ในประเทศไทยมีการศึกษาพบอัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 30.71 และเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 3.1 เมื่อเทียบกับภาวะแทรกซ้อนอื่น[5]

จุดมุ่งหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเป้าหมาย โดยหลักการรักษาเริ่มต้นจากการค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขหรือรักษาได้ การสนับสนุนให้ผู้เป็น เบาหวานและญาติสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการดูแลรักษาโดยการใช้ยา (pharmacologic therapy) ซึ่งจะชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมี คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดการกับภาวะน้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน อันประกอบด้วยการวินิจฉัย การประเมินระดับความรุนแรง การลดปัจจัยเสี่ยงและการรักษา นอกจากนี้ การติดตามและประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สามารถปรับแผนการดูแลตามความจำเป็นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สลิดา รันนันท์ พาพร เหล่าสีนาท (2562)[6] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า จากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาครั้งนี้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่

ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลง 1.15% การประเมินผลความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานพบว่าพยาบาลวิชาชีพ ได้ให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน จากข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนผู้ป่วยและอัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในในปี 2564, 2565, และ 2566 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 61,922 ราย, 64,860 ราย, และ 67,212 ราย ตามลำดับ[7] สำหรับอำเภอร่องคำพบว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานในความดูแล จำนวน 1,271 ราย โดยเป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการเป็นอันดับ 1 ของงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร่องคำ ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำนวน 107 ราย และมีการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า จำนวน 7 ราย

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยการศึกษาในครั้งนี้จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินและวิเคราะห์แนวทางการจัดการภาวะน้ำตาลต่ำ รวมถึงการพัฒนากลยุทธ์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาหาร การใช้ยา และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ยังมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวาน รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลัง มีระยะเวลาในการวิจัย กันยายน – ตุลาคม 2567รวมระยะ 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มารับบริการ ระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2566 รวม 3 เดือน จำนวน 23 คน โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 3.9 มิลลิโมลต่อลิตรในผู้ป่วยเบาหวาน หรือต่ำกว่า 55 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 3.1 มิลลิโมลต่อลิตรในคนทั่วไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนในในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลใน

เลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ การกำหนดกิจกรรมตามแนว การดำเนินการตามกิจกรรมตามแนวและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2. แบบสัมภาษณ์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะน้ำตาลในเลือด สถิติอนุมาน Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอยางตลาด ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่รพ.สต. การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่โรงพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยใน การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การ

ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การประเมินความพร้อมของครอบครัว / ผู้ดูแล การวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วย

4. การเปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ผู้ป่วย	2.91	0.13	4.54	0.14	22	-55.441	.000	-1.68509	-1.56357
ญาติ	2.97	0.14	4.55	0.16	22	-36.385	.000	-1.66895	-1.48895

5. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 23 ราย และไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และ ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของมยุรี เที่ยงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการร้อยละ 57.0 มีความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาลในระดับปานกลาง ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 20.2 ดังนั้น จึงได้จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่รพ.สต. การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่โรงพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยใน การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การประเมินความพร้อมของครอบครัว / ผู้ดูแล การวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วย ตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล[9,10] แนวเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน[3] การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน[11-15] ส่งผลให้ ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน และผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 23 ราย และไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกันกับการศึกษาของสลิดา รันนันท์ พาพร เหล่าสีนาท (2562)[6] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) จากกรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของซูคัพ (Soukup 2,000) โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ระยะการศึกษาประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย ด้านความรู้ พฤติกรรมและภาวะสุขภาพ 2) การให้ความรู้ที่จำเป็นเพียงพอต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โภชนาบำบัด การออกกำลังกาย การใช้ยารักษาเบาหวาน การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการแปลผลและวิธีป้องกันแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือด 3) การวางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และ 5) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ผลศึกษา จากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาครั้งนี้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลง 1.15% การประเมินผลความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานพบว่าพยาบาลวิชาชีพได้ให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของนุชระพี สุทธิกุล สุมาลี จารุสุขถาวร และเยาวภา พรเวียง (2564)[16] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต ผลการศึกษา พบว่า 1. แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวานที่มี น้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤตแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1)ระยะวิกฤต 2)ระยะหลังวิกฤต 3)ระยะวางแผนจำหน่าย 4)ระยะมาตรวจตามนัดและติดตามต่อเนื่อง 2.การประเมินผลการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า 1)ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตนลดลงจาก 28.23 ชั่วโมง เป็น 16.18 ชั่วโมง 2)ไม่พบการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน 3)การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 35.1 4)ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ของกลุ่มทดลองภายหลังใช้แนวปฏิบัติฯสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ทั้งรายด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5)พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นในภาพรวมต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ อยู่ใน ระดับมากร้อยละ 86.25 แต่มี ข้อจำกัดในการปฏิบัติ บางประเด็นที่ต้องดำเนินการด้วยกระบวนการ PDCA อย่างต่อเนื่อง เพื่อกำกับติดตามในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯให้ครอบคลุมทุกหมวดและทุกประเด็น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่รพ.สต. การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่โรงพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยใน การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การประเมินความพร้อมของครอบครัว / ผู้ดูแล การวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาว เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.(2566). 14 พฤศจิกายน วันเบาหวานโลก WORLD DIABETES DAY. ออนไลน์
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2566). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. ออนไลน์ https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=38403&news_views=2606
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด
4. Brunton LL, Dandan RH, Knollmann BC. Goodman & Gliman's the pharmacological basis of therapeutics. 13th ed. New York: McGraw-Hill, 2018.
5. อภิชาติ ใจใหม่ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ขนิษฐา จันทิมา.(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 17ฉบับที่ 1 : มกราคม–เมษายน2566
6. สลิดา รันนันท์ พาพร เหล่าสีนาท.(2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (2019): กันยายน-ธันวาคม. 138-48
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2566). ฐานข้อมูล HDC https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd#
8. มยุรี เที่ยงสกุล สมคิด ปานประเสริฐ.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 28 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2562 696-710
9. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [Internet] 1999 [cited 2020 May 1] Available from:

https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/guide-development-evaluation-and-implementation-clinicalpractice-guidelines.

10. ฉวีวรรณ ธงชัย.(2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2548.
11. อริสรา สุขวัจนี.(2555). แนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ. ออนไลน์ https://nurse.swu.ac.th/2555/ file/วิจัย/update/8.บทความสำหรับประชาชน/อริสรา%20สุขวัจนี%203.pdf
12. S P Hart, B M Frier.(1998) Causes, management and morbidity of acute hypoglycaemia in adults requiring hospital admission., QJM: An International Journal of Medicine, Volume 91, Issue 7, Jul 1998, Pages 505–510, https://doi.org/10.1093/qjmed/91.7.505
13. Vanessa J. Briscoe, Stephen N. Davis. (2006). Hypoglycemia in Type 1 and Type 2 Diabetes: Physiology, Pathophysiology,and Management Clin Diabetes 2006;24(3):115–121 https://doi.org/10.2337/diaclin.24.3.115
14. สุรีรัตน์ ปิงสุทธิวงศ์.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน ,วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562
15. อริสรา สุขวัจนี. (2558). การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน: บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปที่ 33 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2558
16. นุชระพี สุทธิกุล สุมาลี จารุสุขถาวร เยาวภา พรเวียง.(2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่ วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. Vol. 31 No. 1 14-32

ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

EFFECTS OF A HEALTH LITERACY PROGRAM FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF DENGUE FEVER AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN JAIDEE SUBDISTRICT, KHUKHAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

นิธินาถ ทุนนาน[1]
NITHINAT TOONNAN[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มทดลอง 102 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 109 คน รวม 211 คน กลุ่มทดลอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโคกเพชร อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรอบรู้ โรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health literacy promotion program for the prevention and control of dengue fever among village health volunteers in Jaidee Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. The sample was divided into two groups: 102 participants in the experimental group and 109 participants in the comparison group, totaling 211 participants. The experimental group consisted of village health volunteers in Jaidee Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province, while the comparison group comprised village health volunteers in Khokphet Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. The experimental group received the program for 8 weeks, while the comparison group received the usual program. Data were collected using questionnaires twice, before and after the experiment, from August 1, 2024, to September 30, 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, presented with percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. Differences in mean scores within the experimental and comparison groups were compared using paired t-tests, while differences between groups were analyzed using independent t-tests. Statistical significance was set at 0.05.

The results showed that after the experiment, the mean score differences in dengue fever knowledge, health information access, health information understanding, health information evaluation, health information utilization, participation in health care, and dengue fever prevention behaviors in the experimental group were significantly higher than before the experiment and also higher than the comparison group at the 0.05 significance level.

Keywords: Program, Health Literacy, Dengue Fever, Village Health Volunteer

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีการแพร่ระบาดสูง การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องมีการร่วมมือจากชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมโรค การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ผ่านโปรแกรมการฝึกอบรมและสร้างความรอบรู้จะช่วยให้พวกเขาสามารถระบุแหล่งแพร่ระบาดและดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำและการดูแลเบื้องต้นแก่ประชาชนในกรณีที่พบอาการของโรคไข้เลือดออก การมี อสม. ที่มีความรู้และความสามารถในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคจะทำให้ชุมชนมีความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะยาว[1] โรคไข้เลือดออกมีผลกระทบทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประชาชน เนื่องจากโรคนี้มีอาการที่รุนแรงและอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการขาดรายได้จากการทำงาน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัวและชุมชนในวงกว้าง หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดศักยภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลกระทบจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น อสม. ที่ไม่มีความรู้และทักษะเพียงพออาจไม่สามารถระบุแหล่งแพร่ระบาดและดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและขยายวงกว้าง นอกจากนี้ อสม. ที่ขาดความสามารถในการให้คำแนะนำและการดูแลเบื้องต้นแก่ประชาชนอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การขาดศักยภาพของ อสม. ยังทำให้ชุมชนขาดการเตรียมพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาด ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ประสบผลสำเร็จ[1,2]

งานวิจัยหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของสมศักดิ์ และคณะ[1] พบว่าการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเพิ่มระดับความรู้และทักษะในการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งงานวิจัยของกาญจนา และคณะ[2] ได้แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ผ่านโปรแกรมการสร้างความรอบรู้สามารถลดอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ นอกจากนี้ งานวิจัยของวิจิตร และคณะ[3] ยังพบว่า การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเพิ่มความมั่นใจและความตั้งใจในการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดีขึ้น ในขณะที่งานวิจัยของพรทิพย์ และคณะ[4] ชี้ให้เห็นว่า การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นสามารถเสริมสร้างการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สมชาย และคณะ[5] ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่า การสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการควบคุมโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการลดอัตราการเกิดโรค นอกจากนี้งานวิจัยของนพพรและคณะ[6] ยังได้แสดงให้เห็นว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเผยแพร่ข้อมูลและการติดตามผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีนัยสำคัญ การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการฝึกอบรมและการให้ความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน

และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศยังเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1,2,3,4,5]

ตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับจำนวนประชากรที่มีอยู่ถึง 6,661 คน ทำให้การควบคุมและป้องกันโรคเป็นเรื่องที่ท้าทาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่นี้มีจำนวนทั้งหมด 102 คน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก อย่างไรก็ตาม การขาดศักยภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. อาจทำให้การควบคุมโรคไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ปัญหาสำคัญที่พบในพื้นที่ตำบลใจดีคือ อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่ว่าจะเป็นการระบุแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การให้คำแนะนำและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น หรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ชุมชน นอกจากนี้ การไม่มีการฝึกอบรมที่ต่อเนื่องและเหมาะสมทำให้ อสม. ไม่สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในตำบลใจดี โดยการพัฒนาศักยภาพและทักษะในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่นี้ ทั้งนี้เพื่อให้ประชากรในพื้นที่ตำบลใจดีมีสุขภาพที่แข็งแรงและปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow[7] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด จำนวน 102 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโคกเพชร อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด จำนวน 109 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย แนวทางและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการดำเนินการที่มุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก รวมถึงวิธีการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรค โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การให้ความรู้ผ่านการอบรม การจัดแคมเปญสร้างความตระหนักในชุมชน การส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การใช้ยากันยุง และการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของโปรแกรมเพื่อปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งทั้งหมดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0.875 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเท่ากับ 0.746 ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเท่ากับ 0.789 การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.825 การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเท่ากับ 0.844 และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.748 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-127 ลงวันที่ 31 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.8 มีอายุเฉลี่ย 39.55 ปี (S.D. = 6.75 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 46.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.1 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 52.9 มีมัธยฐานของรายได้ 5,500 บาท (P_{25} = 5,000 บาท : P_{75} = 9,000 บาท) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.1 มีอายุเฉลี่ย 39.10 ปี (S.D. = 7.01 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 41.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.9 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 60.6 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 5,000 บาท : P_{75} = 9,000 บาท) ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.18 คะแนน (95% CI = 2.69-3.66) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	9.72	2.06	0.39	-0.16-0.93	1.38	0.167
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.33	1.98				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.39	1.41	3.18	2.69-3.66	13.02	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.21	2.05				

**p-value<0.01

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.11 คะแนน (95% CI = 2.37-3.85) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	17.32	2.63	0.12	-0.59-0.83	0.33	0.738
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.20	2.64				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	21.16	2.80	3.11	2.37-3.85	8.29	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.05	2.64				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.87 คะแนน (95% CI = 1.93-3.81) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	16.56	3.18	0.01	-0.86-0.88	0.02	0.983
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.55	3.26				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	20.58	3.63	2.87	1.93-3.81	6.03	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.71	3.28				

**p-value<0.01

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.44 คะแนน (95% CI = 2.54-4.32) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.04	3.49	-0.06	-0.92-0.82	-0.11	0.906
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.10	3.06				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	17.34	3.16	3.44	2.54-4.32	7.58	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.90	3.39				

**p-value<0.01

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.89 คะแนน (95% CI = 1.73-4.04) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.86	4.13	-0.30	-1.45-0.84	-0.51	0.604
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.16	4.33				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.17	4.26	2.89	1.73-4.04	4.93	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.28	4.24				

**p-value<0.01

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.13 คะแนน (95% CI = 1.19-3.05) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	15.13	3.29	-0.55	-1.46-0.36	-1.18	0.237
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.68	3.44				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18.68	3.36	2.13	1.19-3.05	4.51	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.55	3.47				

**p-value<0.01

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.20 คะแนน (95% CI = 0.87-3.53) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	20.27	4.88	-0.28	-1.63-1.06	-0.41	0.678
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.55	5.07				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	23.64	4.68	2.20	0.87-3.53	3.27	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.44	5.07				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม มีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ผ่านกิจกรรมเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องโรคไข้เลือดออกโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรณรงค์ การเสนอข้อคิดเห็น การออกแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน วางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของธนกร จันทค้ำพงศ์[8] การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการ POCCC ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวเพื่อป้องกันไข้เลือดออก ผลการทดลองพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วม และการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบดัชนีความชุกของตัวอ่อนยุงลาย (HI, CI, BI) หลังจากการทดลองซ้ำภายใน 1 เดือนและ 3 เดือนในกลุ่มทดลอง พบว่าต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สรุปได้ว่าการนำทฤษฎีการจัดการนี้ไปใช้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น การจัดการอย่างเป็นระบบสามารถลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ บทเพลงพื้นบ้านจึงถูกสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เกศรินทร์ รู้คงประเสริฐ[9] ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตามบทบาทเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติต่อบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติตนตามบทบาท อสม.เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -10.45, t = -10.15, t = -2.87, t = -8.13 ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 10.59, t = 6.18, t = 2.46, t = 7.80 ตามลำดับ) และค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน เกติณี วงศ์สุบิน และคณะ[10] ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลโบงน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (HI) และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI) ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อนุกูล พลวัชรินทร์[11] ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความรู้ (Mean =3.68, 95% CI = 2.84 to 4.51) การรับรู้ความรุนแรง (Mean =-1.04, 95% CI = 0.08 to 2.00) การรับรู้อุปสรรค (Mean = 0.93, 95% CI = -0.04 to 1.9 1, P-value = 0.062) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Mean = 2.50, 95% CI = 0.81 to 4.81, P-value = 0.004) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ค่า HI (House Index) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีผลต่าง ร้อยละ 6.20, 6.45, และ 5.64 ตามลำดับ และต่ำกว่า ร้อยละ 10 ปรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์[12] ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดาว เวียงคำ (2560) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการป้องการโรคไข้เลือดออกต่อความรู้ทัศนคติและ การปฏิบัติของแกนนำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังแกนนำเข้าร่วมในโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เพิ่มขึ้นจาก (Mean=9.5, SD.=2.4) เป็น (Mean= 11.2, SD.=2.4) ทัศนตติ เพิ่มขึ้นจาก (Mean=23.6, SD.=3.4)เป็น (Mean=26.3, SD.=2.2) และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก (Mean=23.4, SD.=3.9) เป็น (Mean=26, SD.=2.8) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.01) ค่าดัชนีชี้วัดความชุกของลูกน้ำยุงลายมีต่ำ House Index เท่ากับ 5.6 ค่า Breteau Index เท่ากับ 22:2 มีค่าลตลง และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทองบน เนาว์แก้ว (2565) การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ผลการศึกษาพบว่าระยะที่ 1- 3

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในช่วงหลังการทดลองวัดซ้ำเพิ่มอีกใน 1 เดือน และ3 เดือน กลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปผลการวิจัย

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1โปรแกรมมีประสิทธิผลในการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปสร้างองค์ความรู้แก่ประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิผล หรือ ขยายผล หรือ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่น หรือพื้นที่อื่น

1.2 ในการวิเคราะห์รายด้านความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งสร้างความรอบรู้ในประเด็นดังกล่าว การสร้างความตระหนัก และติดตามดูแลติดตามส่งเสริมความรอบรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบผสมผสาน และ และขยายพื้นที่ในการศึกษา

2.3 ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อดูนวัตกรรมที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์, และคณะ. (2562). การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(3), 210-225.

2. กาญจนา, และคณะ. (2563). โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพ, 35(2), 145-160.
3. วิจิตร, และคณะ. (2561). การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการแพทย์ชุมชน, 33(1), 123-138.
4. พรทิพย์, และคณะ. (2564). การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่น. วารสารสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อน, 29(4), 254-269.
5. สมชาย, และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน. วารสารการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์, 40(2), 178-195.
6. นพพร, และคณะ. (2566). การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการควบคุมโรคไข้เลือดออก. วารสารเทคโนโลยีและสุขภาพ, 22(1), 99-115.
7. Lemeshow, S. et al. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons. 1990.
8. ธนกร จันทค้ำพงศ์. (2564). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการ POCCC ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวเพื่อป้องกันไข้เลือดออก.วารสารวิชาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-มิถุนายน 2021.
9. เกศรินทร์ รู้คงประเสริฐ (2565) ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตามบทบาทเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
10. เกติณี วงศ์สุบิน และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลโบงน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพาบาลพระปกเกถ้ำา ปีที่ 33 ฉบับที่3ก.ค.- ก.ย. 2559.
11. อนุกูล พลวัชรินทร์. (2566). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-รันวาคม 2566.
12. ปรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2565.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of the health promotion program on behavior modification for preventing hazards from pesticide use among farmers in Kantharalak District, Sisaket Province.

(Received: October 22,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

ประคองศิลป์ โพธะเลศ[1]
Prakongsin Potalate[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้รูปแบบการวัดผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในตำบลตระกาจที่มีผลการตรวจเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสไม่ปลอดภัย จำนวน 40 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและแบบสอบถามที่ประเมินความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยมีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นจาก 6.40 เป็น 8.15 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 1.92 เป็น 2.26 คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 1.99 เป็น 2.52 คะแนน ความคาดหวังในประสิทธิผลเพิ่มขึ้นจาก 2.05 เป็น 2.71 คะแนน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจาก 1.94 เป็น 2.35 คะแนน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายเพิ่มขึ้นจาก 1.99 เป็น 2.61 คะแนน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a health promotion program in modifying protective behaviors against pesticide hazards among farmers in Kantharalak District, Sisaket Province. The study employed a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 40 durian farmers in Trakaj Sub-district who had unsafe cholinesterase enzyme test results, selected through purposive sampling based on specified criteria. The research instruments included a health promotion program and questionnaires assessing knowledge, perceived severity, perceived susceptibility, response efficacy expectation, self-efficacy expectation, and protective behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after the experiment, the sample group's mean scores in all aspects increased significantly ($p<0.05$). Knowledge about pesticides increased from 6.40 to 8.15 points, perceived severity rose from 1.92 to 2.26 points, perceived susceptibility increased from 1.99 to 2.52 points, response efficacy expectation rose from 2.05 to 2.71 points, self-efficacy expectation increased from 1.94 to 2.35 points, and protective behaviors have risen from 1.99 to 2.61 points.

Keywords: Health Promotion Program, Protection Motivation Theory, Pesticides

บทนำ

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความจำเป็นในการเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร เพื่อป้องกันความเสียหายจากโรคและแมลงศัตรูพืช อย่างไรก็ตาม ปริมาณการใช้สารเคมีที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร จากข้อมูลของสำนักโรคจาก

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม

การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ปี 2562 พบว่า มีเกษตรกรที่ได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้ารับการรักษา 3,067 ราย และเสียชีวิต 407 ราย ทั้งนี้ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจากพิษสารเคมีเฉลี่ยมากกว่า 4,000 รายต่อปี สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง ได้แก่ การสัมผัสทางผิวหนังโดยไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน การสูดหายใจละอองที่ฟุ้งกระจายในอากาศ และการบริโภคอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนสารเคมี นอกจากนี้ พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย เช่น การใช้ถังบรรจุที่รั่วซึม การฉีดพ่นทวนลม และการไม่อาบน้ำหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนทันที ล้วนเพิ่มความเสี่ยงที่สารเคมีจะสะสมในร่างกายและตกค้างในกระแสเลือด ผลกระทบต่อสุขภาพมีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยอาการอาจมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน หน้ามืดตาลาย และปวดแน่นท้อง ไปจนถึงอาการรุนแรง เช่น ชัก ตับวาย หัวใจวาย และอาจเสียชีวิตได้[1]

การสำรวจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกทุเรียน ตำบลตระกาจ โดยการสัมภาษณ์เกษตรกร พบว่า เกษตรกรมีการใช้สารเคมีตั้งแต่ขั้นตอนการเพาะต้นกล้า โดยใช้สารเคมีประเภทคาร์บาริลเพื่อป้องกันและกำจัดแมลง เมื่อต้นกล้ามีใบ 4-5 ใบ จะมีการพ่นสารเคมีอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง นอกจากนี้ ในระหว่างการเจริญเติบโตของทุเรียน ยังมีการใช้สารเคมีหลากหลายชนิดเพื่อกำจัดศัตรูพืช เช่น เพลี้ย ไร และหนอน[2] จากการตรวจระดับเอนไซม์ Cholinesterase ในเลือดของเกษตรกรในตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 552 คน พบว่ามีผู้ที่อยู่ในระดับปกติ 129 คน (ร้อยละ 23.36) ระดับปลอดภัย 50 คน (ร้อยละ 9.05) ระดับเสี่ยง 191 คน (ร้อยละ 34.60) และระดับไม่ปลอดภัย 181 คน (ร้อยละ 32.78)[3] โดยเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 372 คน จะได้รับการบำบัดด้วยการอบสมุนไพรและดื่มน้ำชาชงสมุนไพรรางจืด[4] ทั้งนี้ ผลการตรวจพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของเกษตรกรมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งแบบเฉียบพลัน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ และหายใจติดขัด รวมถึงผลกระทบแบบเรื้อรัง เช่น การสะสมสารพิษในอวัยวะต่างๆ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคมะเร็งและโรคผิวหนัง

การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกิดจากการขาดข้อมูล การรับรู้ และการสนับสนุนจากชุมชน ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) จึงถูกนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้ช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดความกลัวของบุคคลที่นำไปสู่การตอบสนองและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการประเมินความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความต้องการ[5] จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของเกษตรกร และการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับระดับเอนไซม์ Cholinesterase ทั้งนี้ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองผ่านการฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ จะช่วยให้เกษตรกรสามารถป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในตำบลตระกาจยังขาดความตระหนักในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่ผลการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างปัจจัยดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้องได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน

อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษา 1 กลุ่ม โดยวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (One Group Pretest – Posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรที่ปลูกทุเรียนในเขตพื้นที่ตำบลตระกาจ มีผลตรวจเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสระดับไม่ปลอดภัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลอ้างอิงจากงานวิจัยของ ธนาศักดิ์ เปี่ยมสิน[6] ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.80 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบ (Confidence of interval) 95 % ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.95 ขนาดอิทธิพล ได้ 40 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) หลังจากนั้นทำการและสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นเกษตรกรในพื้นที่ตำบลตระกาจ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีผลการตรวจเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ไม่ปลอดภัย 2) มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอันตรายและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 4) มีความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกเกษตรกรเข้ากลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการวิจัย 2) มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น ปวดท้องรุนแรง ไข้สูง แน่นหน้าอก หรือ อาสาสมัครมีความไม่สบายกาย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีเนื้อหา ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้เรื่องการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สาธิตวิธีใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง วิธีการฉีดพ่นสารเคมีที่ถูกต้องและการทดลองปฏิบัติ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ เอกสาร โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม การกระตุ้นชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ขนาดพื้นที่ที่ใช้ในการทำการเกษตร ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ การแพ้พิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระยะในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความถี่ของการฉีดพ่น

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 13 ข้อ มีให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนการรับรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom[7] 3 ระดับ ได้แก่ มาก (≥ ร้อยละ 80) ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79.90) น้อย (≤ร้อยละ 59.90) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น แบบมาตรประมาณค่า (Rating

Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) แบ่งคะแนนการรับรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของเบส[8] 3 ระดับ ได้แก่ รับรู้ความรุนแรงระดับมาก (2.34 - 3.00) รับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง (1.67 – 2.33) รับรู้ความรุนแรงระดับน้อย (1.00 – 1.66) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

2.4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น แบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) แบ่งคะแนนการรับรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของเบส[8] 3 ระดับ ได้แก่ รับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก (2.34 - 3.00) รับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง (1.67 – 2.33) รับรู้โอกาสเสี่ยงระดับน้อย (1.00 – 1.66) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76

2.5 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองตนเอง ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น แบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) แบ่งคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกัน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของเบส[8] 3 ระดับ ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิผลระดับมาก (2.34 - 3.00) ความคาดหวังในประสิทธิผลระดับปานกลาง (1.67 – 2.33) ความคาดหวังในประสิทธิผล ระดับน้อย (1.00 – 1.66) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

2.6 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น แบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) แบ่งคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกัน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของเบส[8] 3 ระดับ ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิผลระดับมาก (2.34 - 3.00) ความคาดหวังในประสิทธิผลระดับปานกลาง (1.67 – 2.33) ความคาดหวังในประสิทธิผล ระดับน้อย (1.00 – 1.66) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกันเนื่องจากเป็นการวัดซ้ำในกลุ่มทดลองกลุ่มเดิม (Paired t – test) ในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ความคาดหวังความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รับรองเลขที่ SPPH 2024 - 131 วันที่ 8 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.00 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ($\bar{x}$ = 48.18, SD = 5.39) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 ระยะเวลาที่ใช้

สารเคมี มากกว่า 7 ปี ร้อยละ 55.00 ($\bar{X}$ = 8.28, SD = 4.50) ความถี่ในการใช้สารเคมี 3 – 4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 55.00 ($\bar{X}$ = 3.93, SD = 4.66) ระยะเวลาที่ใช้ในการฉีดพ่น น้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 55.00 ($\bar{X}$ = 49.50, SD = 30.79) ไม่เคยมีอาการแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 75.00 และเคยมีอาการแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 25.00

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 42.50 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.00 และระดับต่ำ ร้อยละ 27.50 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร เท่ากับ 8.15 (S.D. = 1.67) ส่วนก่อนทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับต่ำ ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 15.00 และ ระดับสูง ร้อยละ 10.00 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร เท่ากับ 8.15 (S.D. = 1.67) ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 6.40 (S.D. =1.71) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

การรับรู้ความรุนแรงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง หลังการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความรุนแรง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.50 และระดับสูง ร้อยละ 32.50 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 2.26 (S.D. = 0.19) ก่อนทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรง ร้อยละ 77.50 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับต่ำ ร้อยละ 15.00 และระดับสูง ร้อยละ 7.50 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 1.92 (S.D. = 0.25) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ในระดับสูง ร้อยละ 90.00 รองลงมาคือ และระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 2.52 (S.D. = 0.17) และ ก่อนทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ร้อยละ 65.00 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับต่ำ และระดับสูง ร้อยละ 17.50 คะแนนเฉลี่ยรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 1.99 (S.D. = 0.31) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง หลังการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในระดับสูง ร้อยละ 90.00 รองลงมาคือ และระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00 คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร เท่ากับ 2.71 (S.D. = 0.22) และก่อนทดลอง ส่วนใหญ่มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ร้อยละ 80.00 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับสูง ร้อยละ 12.50 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.50 ทดลองคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง เท่ากับ 2.05 (S.D. = 0.28) ผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในระดับสูง ร้อยละ 52.50 รองลงมาคือ และระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถของตนเอง เท่ากับ 2.35 (S.D. = 0.19) และก่อนทดลอง ส่วนใหญ่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ร้อยละ 75.00 อยู่ในระดับต่ำ ระดับสูง ร้อยละ 20.00 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.00 คะแนนเฉลี่ยการความคาดหวังความสามารถของตนเอง เท่ากับ 1.94 (S.D. = 0.23) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

การปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติสูง ร้อยละ 90.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร เท่ากับ 2.61 (S.D. = 0.17) และ ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 97.50 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับสูง ร้อยละ 2.50 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร เท่ากับ 1.99 (S.D. = 0.17) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของการปฏิบัติตน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ในกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.				
ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	6.40	1.70	0.25	0.41 – 0.08	2.96	<.001*
หลังการทดลอง	8.15	1.67				
การรับรู้ความรุนแรง						
ก่อนการทดลอง	1.92	0.25	0.11	0.20 – 0.19	2.39	<0.001*
หลังการทดลอง	2.26	0.19				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	1.99	0.31	0.95	1.05 – 0.84	17.90	<0.001*
หลังการทดลอง	2.52	0.17				
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง						
ก่อนการทดลอง	2.05	0.28	0.97	1.06 – 0.88	22.42	<0.001*
หลังการทดลอง	2.71	0.22				
ความคาดหวังความสามารถของตนเอง						
ก่อนการทดลอง	1.94	0.23	0.68	0.80 – 0.57	11.87	<0.001*

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.				
หลังการทดลอง	2.35	0.19				
การปฏิบัติตน						
ก่อนการทดลอง	1.99	0.17	0.96	1.01 – 0.90	34.61	<0.001*
หลังการทดลอง	2.61	0.17				

Significant = P-value < .005

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร เป็นผลมาจากผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามระดับความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร โดยกลุ่มทดลองที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรเพิ่มมากขึ้น อภิปรายปัญหา และจัดกิจกรรม ตามความต้องการที่เหมาะสมของกลุ่มทดลอง ในส่วนของกลุ่มทดลองที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ระดับต่ำ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพื่อให้เกิดการและสร้างการรับรู้ และความคาดหวังในตนเองทุกด้าน อันประกอบด้วย รับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร โดยการการยกสถานการณ์จำลองของกรณีศึกษา สาธิตและฝึกใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่ถูกต้อง การทำความเข้าใจและกำชับให้เกิดความสำคัญ ให้สำนึกถึงความเคร่งครัดของการป้องกันตนเองทุกครั้งที่ใช้งาน จึงทำให้กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรเพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติตัวดีขึ้นทุกคนโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในเรื่อง การผสมปฏิบัติตามฉลากอย่างเคร่งครัด การป้องกันตนเองในการฉีดพ่นที่ถูกต้อง การในอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการฉีดพ่นสารเคมี การเก็บอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว การทำลายภาชนะที่ใช้หมด เป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยจัดให้มีกิจกรรม การยกตัวอย่างของกรณีศึกษา เช่น การแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดจากการแพ้พิษ ทั้งการแพ้พิษอย่างเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง การได้รับรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง การได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม[9] ในงานวิจัยนี้มีการนำโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคประยุกต์ใช้จะทำให้กลุ่มตัวอย่าง ใช้การกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งมีผลต่อสุขภาพที่รุนแรง บุคคลรับรู้ถึงอันตรายนั้น โดยมีการตอบสนองเป็นวิธีที่ดีที่เหมาะสมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยเชื่อว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองได้อย่างเหมาะสมได้

ผลดีที่เกิดจากการกระทำที่ไม่เหมาะสมนั้นมีน้อยมาก [10] ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง การให้คำปรึกษา หรือการชักจูงให้ปฏิบัติตัวทำให้เกษตรกรกลุ่มทดลอง มีความรู้เพิ่มขึ้น [6] ส่งผลทำ ให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นเพิ่มมากขึ้น เป็นที่สังเกตว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเกษตรกรในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้กลุ่มทดลองที่ปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร สามารถใช้ได้อย่างมั่นใจ และปลอดภัยจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้เกิดการรับรู้สู่การปฏิบัติ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้สามารถเกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืนได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อดูว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเกษตรกรมีความยั่งยืนหรือไม่ และมีผลกระทบต่อสุขภาพของพวกเขาอย่างไรในระยะยาว

2. ควรศึกษาและประเมินผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาและดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างความยั่งยืนและการสนับสนุนจากภายในชุมชนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค, กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. การศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีอันตรายที่ใช้ในภาคเกษตร (ไกลโฟเสต) และ ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย จากการใช้สารเคมีทางการเกษตร. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2565.
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง; 2566.
3. พาลาภ สิงหเสนี. พิษของยาฆ่าแมลงต่อผู้ใช้และสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง; 2566.
5. Dunn S, Rogers RW. Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. Health Educ Res. 1986;1(3):153-61.
6. ธนาศักดิ์ เปี่ยมสิน. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลไพรนกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
7. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1986.
8. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1970.
9. นาตยา ดวงประทุม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2565;9(1):13-20.
10. กนกวรรณ วรชินา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):252-65.

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.5 September - October 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART IV

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024 **Part 4**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 763
นฤมล บุญอารีย์

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ 773
สุราษฎร์ บุญปัญญา

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 783
ณฐมน สืบซุย

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ 792
นฤมล จันทร์สุข , ชวนนท์ จันทร์สุข

การพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยง (Coaching) จังหวัดยโสธร 801
ชาญชัย เสี้ยวทอง

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 813
ศรายุทธ ภานุมนต์วาที ,อุทัย นิปัจจการสุนทร ,กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์

การพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น 818
พีรญา พาอ่อนตา

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 828
นันทิยา ภูกิ่งพลอย

อัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (respiratory distress syndrome : RDS) ก่อนและหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว (fast track to surfactant) ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 836
นาวิน การะยะ , มุทิตา มีแสง , พงศกร ฉ่ำพึ่ง

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 845
ไพฑูรย์ ดำริห์

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม 853
เกษมา มัชฌิมดำรง

ผลการใช้การโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ 862
วรัชนก เสโส

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร 870
จุฬารัตน์ ไชยเพ็ชร

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile 883
สมคิด โกสุมพ์ศิริ

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลห้วยเม็ก 891
สาโรจน์ ตาลผาด

รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 900
ทวีพร สำราญอินทร์

ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy 908
สมใจ จารุตันติ์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2567 VOL. 9 NO. 5 September – October 2024 **Part 4**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง 917
ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ

ผลการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 934
ชลลดา นครังสุ

การประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี เพื่อยกระดับสู่ การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชีย ในปี 2570 942
ศรีจรรยา โชติก ,รัชนี จันทร์เกษ ,ณัชชา พัฒนะนุกิจ ,กนกรัตน์ ยศไกร ,ขวัญใจ จริยาทัศน์กร

การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ 954
คำไฝ พลสงคราม ,สิทธินนท์ หาญจริง

พัฒนาการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากันของกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท 966
สมบูรณ์ สิงห์พรม

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย 978
ธัญญรัตน์ นาพรมเทพ

การบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก 986
ปิยวรรณ วัดพ่วงแก้ว ,ญาณิภา แก้วลำหัด

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

ผลของการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of Value-Based and Empowerment Interventions on Self-Care Behavior Modification in Uncontrolled Diabetic Patients in the Service Area of Ban Phak Waen Health Promoting Hospital, Yang Khi Nok Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: October 22,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 28,2024)

นฤมล บุญอารีย์[1]
Narumon Boonaree[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุน้อย ตำบลธาตุน้อย อำเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 8 ตุลาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง การเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การให้คุณค่า การเสริมพลัง พฤติกรรม เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of value attribution and empowerment on the self-care behavior modification among patients with uncontrolled diabetes in the service area of Ban Phak Waen Tambon Health Promoting Hospital, Yang Khi Nok Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province. The sample was divided into two groups of 30 participants each, totaling 60 individuals. The experimental group consisted of patients with uncontrolled diabetes in the service area of Ban Phak Waen Tambon Health Promoting Hospital, Yang Khi Nok Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province. The comparison group included patients with uncontrolled diabetes in the service area of Ban That Noi Tambon Health Promoting Hospital, That Noi Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the intervention program for a period of 12 weeks, while the comparison group received the standard program. Data collection was conducted using

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

questionnaires at two points: before and after the experiment, between August 8, 2024, and October 8, 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, presented as percentages, means, standard deviations, medians, and the 25th and 75th percentiles. Differences in mean scores within the experimental and comparison groups were analyzed using paired t-tests, and between groups using independent t-tests, with significance set at 0.05.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean score differences in knowledge about diabetes, perceived susceptibility to diabetes, perceived severity of diabetes, perceived benefits of self-care, perceived barriers to self-care, self-esteem, empowerment, and self-care behaviors compared to before the intervention and to the comparison group, with a statistical significance level of 0.05.

Keywords: Value Attribution, Empowerment, Behavior, Uncontrolled Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูงทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและการบริโภคอาหาร[1] โดยเฉพาะในประเทศไทย ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานอย่างรวดเร็วในทุกกลุ่มอายุ การดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง และปัญหาทางสายตา รวมถึงความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก[2] การขาดการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลต่อการเพิ่มภาระทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข[3] นอกจากนี้ การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ[4] จากสถิติพบว่าคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคกลุ่มดังกล่าวมากกว่าปีละ 300,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยคิดเป็นร้อยละ 73 ของสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย[5] ในขณะที่ทั่วโลก สาเหตุการตายด้วยโรคกลุ่มดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 63 ของสาเหตุการตายของประชากรโลก[6] เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และสามารถบั่นทอนสุขภาพได้ปีละไม่น้อย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และพบร่วมกับความดันโลหิตสูง นอกจากจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้หลายโรคแล้ว เบาหวานยังมีโอกาสเกิดอันตรายถึงชีวิตสูงกว่าคนปกติ เช่น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมากกว่าคนปกติถึงร้อยละ 4 ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ส่วนมากมีผลมาจากพันธุกรรมและการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เมื่อเป็นโรคเบาหวานจงเตรียมใจไว้เลยว่าจะต้องรับประทานยารักษาตลอดไป และทานยาเป็นระยะและอาจมีโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคไตเสื่อมและไตวายในที่สุด ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่เราควรจะมาใส่ใจสุขภาพกันตั้งแต่เบื้องต้นเพื่อเป็นการป้องกันโรค นั่นคือ การมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ และการทำจิตใจให้แจ่มใส

การให้คุณค่าและการเสริมพลัง (Empowerment) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การเสริมพลังเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นในการเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของในการดูแลสุขภาพตนเองและเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย[7] ผลการวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้กลยุทธ์การเสริมพลังสามารถ

ปรับปรุงการจัดการโรคเบาหวาน ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[8] นอกจากนี้ การเสริมพลังยังสามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้พวกเขามีความสามารถในการตัดสินใจและจัดการกับโรคได้ดียิ่งขึ้น

ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 3,821 คน พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 8.37 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้ พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[9] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญในการจัดการและควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่นี้ ปัญหานี้เกิดจากหลายปัจจัย เช่น การขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมรอบข้าง การไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ที่เพียงพอในพื้นที่ชนบท[10] สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย และภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ ที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือการเสียชีวิตได้ ดังนั้น การให้บริการดูแลสุขภาพในพื้นที่นี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเบาหวานและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การให้คุณค่าและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่นี้จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยการเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิจัยนี้มีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้เข้าใจถึงผลของการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ผลลัพธ์ของการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมการควบคุมโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังสามารถให้ข้อมูลที่สำคัญในการออกแบบกลยุทธ์และการดำเนินการในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง การเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง การเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow[11] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุน้อย ตำบลธาตุน้อย อำเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กระบวนการที่ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วย โดยเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสนับสนุนทางจิตใจ โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกวิธี พร้อมทั้งเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนก็เป็นส่วนสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและความสามารถในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว โรคประจำตัว จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 การเห็นคุณค่าของตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การเสริมพลัง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.862 การรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 0.768 การรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 0.880 การรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 0.846 การรับรู้อุปสรรค เท่ากับ 0.848 การเห็นคุณค่าของตนเองเท่ากับ 0.744 และการเสริมพลัง เท่ากับ 0.788 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-132 ลงวันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ย 38.0 (SD. = 7.47) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 40.0 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 76.7 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 60.0 มีมัธยฐานของรายได้ 7,000 บาท (P_{25} = 5,000 บาท: P_{75} = 7,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 40.37 (SD. = 7.91) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.3 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 66.7 มีมัธยฐานของรายได้ 7,000 บาท (P_{25} = 5,000 บาท: P_{75} = 7,500 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.90 คะแนน (95% CI = 0.80-2.99)

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.74 คะแนน (95% CI = 2.81-4.65)

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.24 คะแนน (95% CI = 1.19-3.27)

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.67 คะแนน (95% CI = 2.99-4.34)

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.30 คะแนน (95% CI = 2.61-3.98)

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าของตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าของตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.20 คะแนน (95% CI = 1.30-3.09)

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเสริมพลัง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเสริมพลัง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเสริมพลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเสริมพลัง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.70 คะแนน (95% CI = 2.46-4.93)

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.97 คะแนน (95% CI = 1.01-2.91)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น ตำบลยางขี้นก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง การเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากโปรแกรมกระบวนการที่ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วย โดยเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสนับสนุนทางจิตใจ โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกวิธี พร้อมทั้งเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนก็เป็นส่วนสำคัญ

ในการสร้างแรงจูงใจและความสามารถในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้และผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจในโรคและการรับรู้ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเอง การเสริมสร้างพลังใจช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณี ปทุมวิวัฒนา[12] ศึกษาผลของการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยเภสัชกรศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สาขา 1 จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยามากขึ้นหรือสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลังการดำเนินกิจกรรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[13] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นันทิมา เนียมหอม[14] ผลการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษา: หลังสิ้นสุดการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value-<0.001) ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.001) ดัชนีมวลกาย ไขมันแอลดีแอล ไขมันไตรกลีเซอไรด์และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รวมทั้งพบว่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.003) แต่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ ยสะสม (HbA1c) ลงลงเล็กน้อย (MD -10.81±88.88, p-value=0.207) ธนพร แก้วเนตร[15] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.05 (95%CI=3.16-7.84, 6.33-10.36, 1.69-6.56 ตามลำดับ) จุฬาลักษณ์ สินธุเขต[16] ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนดำเนินการมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 100 หลังดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 75.00 และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ดีขึ้น ฐิตารัตน์ โกเสส และคณะ[17] ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.039 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.020) และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.013) ทรายุทธ์ บุญเจริญ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับโปรแกรมฯ จะมีคะแนนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับ 0.05 โสภารัตน์ อารินทร์ และคณะ[18] ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้าและคะแนนการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001 และ p=0.006 ตามลำดับ) คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้า และคะแนนการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001 และ p=0.005 ตามลำดับ) อุบลรัตน์ รัตนอุไร และคณะ[19] ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีคะแนนเฉลี่ย 3.22 (S.D.=0. 19) หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีครบ12 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.35 (S.D. =0.15) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าร้อยละ 8.97 หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงเหลือร้อยละ 7.39 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ แนะนำให้ขยายการใช้โปรแกรมนี้ไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่มีอัตราการควบคุมโรคเบาหวานต่ำ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงสูง

1.2ควรมีการบูรณาการโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังกับการให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมถึงการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองตั้งแต่ระดับชุมชน ซึ่งอาจช่วยลดอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในระยะยาว

1.3ควรมีการติดตามและประเมินผลระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลัง เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความทั่วไปของผลการวิจัย ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความแตกต่างในเชิงภูมิศาสตร์หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทที่กว้างขึ้น

2.2ควรมีการออกแบบการศึกษาที่ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระยะยาว เช่น ติดตามผลหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินถึงความยั่งยืนของผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะยาว

2.3ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัยทางด้านจิตใจ หรือสภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อให้เข้าใจในองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมอย่างครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). Global report on diabetes. World Health Organization.
2. American Diabetes Association. (2021). Standards of medical care in diabetes—2021. Diabetes Care, 44(Supplement 1), S1-S232.
3. Zhou, B., Lu, Y., Hajifathalian, K., Bentham, J., Di Cesare, M., Danaei, G., ... & Ezzati, M. (2019). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. The Lancet, 387(10027), 1513-1530.
4. Lloyd, A., Sawyer, W., & Hopkinson, P. K. (2018). Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. Value in Health, 11(3), 91-98.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2564.บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
6. World Health Organization. (2018). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Retrieved from https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/
7. Funnell, M. M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., & White, N. H. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. The Diabetes Educator, 17(1), 37-41.
8. Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. C. (1995). Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. Diabetes Care, 18(7), 943-949.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่บริการ. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น.
10. กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
11. Lemeshow, S.. Hosmer, D.W.. Jr., Klar, J.. & Lwanga, S. (1990). Adequacy of sample size in health studies. New York : John Wiley & Sons.
12. วรรณี ปทุมวิวัฒนา. (2567). ผลของการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารการวิจัยสุขภาพชุมชน, 45(3), 123-135.
13. อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์ชุมชน, 40(2), 245-258.
14. นันทิมา เนียมหอม. (2566). ผลของการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์สาธารณสุข, 47(1), 89-100.

15. ธนพร แก้วเนตร. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารสุขภาพและการพัฒนา, 48(2), 140-152.
16. จุฬาลักษณ์ สินธุเขต. (2566). ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารการพยาบาลชุมชน, 39(2), 101-115.
17. ฐิตารัตน์ โกเสส และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 35(4), 317-329.
18. โสภารัตน์ อารินทร์ และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์ชุมชน, 32(4), 240-255.
19. อุบลรัตน์ รัตนอุไร และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิทยาการแพทย์, 44(3), 158-172.

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

A model for mental health promoting of the elderly at the level of a complete aging society, Rattana Buri District, Surin Province.

(Received: October 22,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

สุราษฎร์ บุญปัญญา[1]
Surat Boonpunya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ กระบวนการวิจัยมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย ศึกษาเชิงคุณภาพข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระยะที่ 2 และนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คนและ (2) ผู้สูงอายุทดลองใช้รูปแบบจำนวน 100 คน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566-ตุลาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ 4 ขั้นตอน คือ 1) การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอด้วยบุคลากรในครอบครัว 2) การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี และ 4) การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ หลังการใช้รูปแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า ค่าความแตกต่างเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การประเมินความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อรูปการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93 และมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 71

คำสำคัญ : สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพจิต

Abstract

This action research aimed to develop a model for promoting mental health and examine the effectiveness of the mental health promoting model for the elderly in community with aged society, Rattana Buri District, Surin Province. The research process consists of 3 phases: Phase 1: Research preparation phase, qualitative study of basic data on promoting mental health in the elderly, and using the data to develop a model for promoting mental health in the elderly in Phase 2, and the developed model for testing in Phase 3. The purposive random sampling technique was used and gathered samples and were divided into two groups: 1) 12 persons were expert in developing a model for promoting mental health and 2)100 elderly for model trial. All of them were performing the workshop process at Kut Kha Keem Subdistrict Health Promoting Hospital, Rattana Buri District, Surin Province, between October 2023 and October 2024. Quantitative and qualitative data were collected from interviews and group discussions. The results of the study found that the developed model consisted of 4 steps of mental health promotion in the elderly: 1) regular physical and mental health care with family personnel, 2) building morale among the elderly, 3) participation in traditional activities, and 4) creating value and dignity for the elderly. After using the elderly mental health promotion model of the elderly at the level of a complete aging society, it was found that the mean difference of elderly mental health promotion increased, and the assessment of

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

anxiety and depression decreased significantly (p-value<0.05). The elderly had a high level of opinion on the overall health promotion model for the elderly and the screening of mental health of the elderly showed that 93% of the elderly were not depressed and 71% were slightly anxious.

Keywords: Complete aging society, Model development, Mental health promotion

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และประชาชนมีอายุขัยเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นสองเท่าจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 22 ระหว่างปี พ.ศ. 2543 – ค.ศ. 2593[1] ภายในปี พ.ศ. 2562 มีรายงานว่าจำนวนผู้คนในโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีอยู่ที่ 1 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล มีความต้องการการได้รับการเอาใจใส่อย่างรอบคอบและมีความต้องการการดูแลสุขภาพจิตก็เพิ่มขึ้นตามเช่นกัน[2] ประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่เข้าก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการมีอัตราการตายและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากการมีระบบในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์กันไว้ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป การมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นชุมชนผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aging society)[3] จึงเป็นเรื่องท้าทายของทุกประเทศ ทุกชุมชนและสังคม ที่ต้องเตรียมรับมือเผชิญกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตามมา ทั้งทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตในประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกรายงานผู้สูงอายุร้อยละ 15 ที่ทุกข์ทรมานจากปัญหาทางสุขภาพจิต ปัญหาที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7) ภาวะสมองเสื่อม(ร้อยละ 5) และ ภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 3.8) [4] ในประเทศไทยมีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบได้ ร้อยละ 21.6 – 37.8 จากสถานการณ์ดังกล่าว วัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยมากขึ้นด้วยความเสื่อมของสรีรวิทยาตามวัย ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาขาดแคลนแรงงาน ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรและสวัสดิการผู้สูงอายุ ปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งสิ้น [5]

ในปี 2566 จังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุ 260,303 คน (ร้อยละ 19.05) พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 1.78 ได้แก่ วิตกกังวล ร้อยละ 68.56 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 24.27 ตามลำดับ โดยมีรายงานพบมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 17.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 5.5 และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน[6] สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จำนวน 64,723 คน มีผู้สูงอายุที่อยู่จริงในพื้นที่จำนวน 13,983 คน (ร้อยละ 21.60) ในปี 2567 พื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี เป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอรัตนบุรี คิดเป็นร้อยละ 25.87 ของประชากรทั้งหมด และเข้าสู่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และกำลังก้าวเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ก่อนพื้นที่อื่น จากการสำรวจ

ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังพบว่า มีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 41 คน (ร้อยละ3.82) โดยแบ่งเป็น กลุ่ม1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 2.61) กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.17) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 0.78) การเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.53 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.04 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 20.01 และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.75 [7] ซึ่งการรับรู้ถึงการเจ็บป่วย และสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ดังกล่าวนี้ ย่อมส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยตรง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพกาย และพัฒนาสุขภาพจิตของตนเองส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ประกอบกับในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ โดยมุ่งหวังจะให้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่วิจัย จำนวน 12 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบขนาดประชากร และผู้วิจัยกำหนดค่าสัดส่วนผู้สูงอายุมีความหดหู่ เศร้า ท้อแท้ ร้อยละ 16.4 (p=0.164) จากการศึกษาที่ผ่านมา[8] และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.07 ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ 1,144 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุรายหมู่บ้าน (Proportional to size) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) (เฉพาะตัวอย่างกลุ่มที่ 2) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ไม่มีโรคร่วมที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ที่แพทย์วินิจฉัย 3) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็น 4) สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัยในทุกกรณี และ
2) เสียชีวิตในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) การบันทึกเสียงการสนทนา การประชุมวางแผนปฏิบัติการการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประเภทผู้ดูแล และ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตย้อนหลัง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 44 ข้อ มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนสำหรับคำตอบทั้ง 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การแปรผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10) มีค่าความเที่ยงของแบบวัด เท่ากับ 0.89[9] ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.93 [10]

คุณภาพของเครื่องมือ (1) ในการสร้างแบบสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาเอกสาร จากตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิต มากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (2)การทดสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.94

วิธีดำเนินการวิจัย (Procedure)

ผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินการวิจัยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะการเตรียมการก่อนการวิจัย

คัดเลือกชุมชนและศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในเบื้องต้นและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีเป็นชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีปัญหาในการจัดการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนฐานข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ฐานข้อมูลการพัฒนาชุมชน จากองค์การบริหารส่วนตำบลกุดขาคีม และเวชระเบียนอีเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

ระยะการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งขั้นตอนในการวิจัยและพัฒนารูปแบบทั้งหมด ๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาจากข้อมูลบริบทชุมชน เอกสารข้อมูลของชุมชน การสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน สังเคราะห์ปัญหาด้านการการส่งเสริมสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความต้องการ

ขั้นตอน 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จำนวน 12 คน โดยใช้กระบวนการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่ต้องการบรรลุผลในอนาคต

2) ผู้วิจัยกำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และนำความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่มในขั้นตอนนี้เป็นการระดมความคิดในการทบทวนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต พิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุดและวางแผนในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานี้ไปทดลองใช้ในชุมชน

3) ประชาสัมพันธ์ในชุมชนในเวทีประชุมของชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งการวางแผนสำหรับอนาคตในการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ติดตามให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลการติดตามโดยผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกตามแบบสอบถามและประเมินผลการดำเนินงานที่ได้

<u>ระยะการสรุปและประเมินผล</u>

เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียนเพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆ ให้ชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลบริบทและสถานการณ์สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้การสังเคราะห์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และ รายงานผลประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ผ่านระบบออนไลน์ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

2. บันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย และมีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด และบันทึกในแบบบันทึกที่จัดเตรียมไว้

3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จะเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยตรง โดยนัดหมายการสัมภาษณ์ที่ชุมชนหรือที่บ้านผู้สูงอายุ ตามแต่ความสะดวกของกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพื้นฐาน และระดับการส่งเสริมสุขภาพจิต สถิติเชิงอนุมาณวิเคราะห์ด้วย Paired-T test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.46/2567

ผลการวิจัย

1. การศึกษาบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ตำบลกุดขาคีม อยู่ห่างจากตัวอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ประมาณ 10

กิโลเมตร มีหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม ประชาชนส่วนใหญ่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และโรงพยาบาลรัตนบุรี ประชาชนในชุมชนพื้นเพเดิมเป็นไทย-ลาว มีเส้นทางการคมนาคมในพื้นที่ที่สะดวก การประกอบอาชีพหลักเป็นเกษตรกรและเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การรับจ้างมากขึ้น ตำบลกุดขาคีมเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอรัตนบุรี (ร้อยละ 25.87) และเข้าสู่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังพบว่า ในปี 2567 มีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 41 คน (ร้อยละ 3.82) โดยแบ่งเป็น กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 2.61) กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.17) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 0.78) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพึงเป็นการบูรณาการร่วมกันขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดขาคีม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.53 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.04 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 20.01 และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.75 [7]ผู้สูงอายุร้อยละ 8.65 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 23.65 อาศัยอยู่กับคู่สมรส มีเพียงร้อยละ 35.02 ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเสาหลักของครอบครัว ส่วนร้อยละ 32.68 อาศัยอยู่กับบุตรโดยอาจมีหรือไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยและอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น โดยอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกันกับญาติพี่น้องและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รายได้ส่วนใหญ่มาจากการสนับสนุนของภาครัฐเป็นหลักหรือจากลูกหลาน บทบาทในการดูแลตนเองนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยจะเข้ารับการักษาที่ รพ.สต. ในพื้นที่ และ โรงพยาบาลรัตนบุรี

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการระดมความคิดจากผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ทั้งในระดับชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และด้านผู้สูงอายุ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมและเป็นไปได้ จึงสรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการบริหารกายและจิต การทำสมาธิบำบัดด้วยบุคคลในครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. และทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจโดยตรง จึงเลือกใช้กิจกรรมการบริหารการสบายจิต เป็นกิจกรรมด้านสมาธิบำบัด ทั้งนี้สามารถดำเนินกิจกรรมร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุได้

2.2 การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น การพบปะ การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส ซึ่งการพูดเพื่อสร้างให้เกิดกำลังใจ หรือสร้างให้เกิดความหวัง โดยเป็นรูปแบบที่ทีมดูแลผู้สูงอายุใช้เพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพิงตนเอง และวางแผนอนาคตของตนเองได้ โดยทีมผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และบุลากรสาธารณสุขร่วมดำเนินการ

2.3การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในขนบธรรมเนียมประเพณี และกิจกรรมทางศาสนา ทั้งระดับชุมชน หรือส่วนบุคคล เช่น ร่วมกิจกรรมงานศพ งานบวช งานกฐิน งานเข้าพรรษา งานสงกรานต์ งานวันผู้สูงอายุ หรือการตักบาตรหน้าบ้านในตอนเช้า เป็นต้น โดยผู้นำชุมชนคอยกระตุ้นเตือนและเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

2.4 การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ เป็นการได้ถ่ายทอดภูมิปัญญา หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประสบการณ์ การจัดกิจกรรรมร่วมกันของผู้สูงอายุให้ได้พบปะกันในการส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นการช่วยเหลือสังคม การอยู่รวมกัน การช่วยเหลือกัน การมีส่วนร่วมกับสังคม และการส่งเสริมอาชีพและรายได้ เพื่อให้มีรายได้มากขึ้น นอกเหนือจากรายได้ สวัสดิการที่พึงได้รับจากทางราชการอย่างเหมาะสม โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.1 ระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รวม 7 ด้าน หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากและมากที่สุด เมื่อเปรียบค่าความแตกต่างเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน และโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			95%CI	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1.ด้านการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว	4.24	0.87	มาก	4.52	0.62	มากที่สุด	0.28(0.07-0.49)	0.0047
2.ด้านการช่วยเหลือของครอบครัวผู้สูงอายุ	4.16	0.80	มาก	4.46	0.69	มาก	0.30(0.09- 0.50)	0.0025
3.ด้านการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ	3.70	0.96	มาก	4.23	0.82	มาก	0.53(0.28- 0.77)	<0.001
4.ด้านการช่วยเหลือสังคมของผู้สูงอายุ	4.07	0.92	มาก	4.55	0.63	มากที่สุด	0.48(0.26 - 0.69)	<0.001
5.ด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ	4.14	0.74	มาก	4.62	0.66	มากที่สุด	0.48(0.28- 0.67)	<0.001
6.ด้านความเชื่อของผู้สูงอายุ	2.94	1.10	ปานกลาง	3.75	0.96	มาก	0.81(.52- 1.09)	<0.001
7.ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้สูงอายุ	4.17	0.69	มาก	4.36	0.66	มาก	0.19(0.0017-0.37)	0.024
โดยรวม	3.96	0.69	มาก	4.35	0.72	มาก	0.39(0.19 - 0.58)	<0.001

3.2 ประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบผู้สูงอายุส่วนใหญ่วิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 71 วิตกกังวลต่ำ และวิตกกังวลสูงร้อยละ 7 ค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
วิตกกังวลเล็กน้อย [<6 คะแนน]	56	71
วิตกกังวลต่ำ [7-9 คะแนน]	25	16
วิตกกังวลปานกลาง [10-11 คะแนน]	9	6
วิตกกังวลสูง [12-30 คะแนน]	10	7
	$\bar{x}$ =9.68 SD =6.67	$\bar{x}$ =4.81 SD = 5.47
	Mean diff =4.99 (95% CI; 3.20- 6.69)	

3.3ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ร้อยละ 93 และไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

ระดับความซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ปกติ	75	93
มีความเศร้าเล็กน้อย	14	3
มีความเศร้าปานกลาง	11	4
มีความเศร้ารุนแรง	0	0
	$\bar{X}$=10.09, SD =5.56	$\bar{X}$=5.09, SD =4.62
	mean diff =5.0 (95% CI; 3.57-6.42)	

สรุปและอภิปรายผล

1.บริบทพื้นฐานชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่ที่กำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งมีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ในพื้นที่ตำบลกุดขาคีม จัดเป็นพื้นที่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี 2565 โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 25.87 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งลักษณะทางประชากรศาสตร์มีลักษณะคล้ายๆกันในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยทั่วไป จากการสนทนากลุ่มและการศึกษาบริบทในพื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุมีวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ และมีบทบาทด้านวัฒนธรรมชุมชน และกิจกรรมต่างๆจัดขึ้นในชุมชนตามปกติ แต่มีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีโรคประจำตัว ช่วยเหลือตัวเองได้บางอย่าง ทำให้มีความเครียด และรู้ว่าตนเองต้องการพึ่งพาคนอื่นในสังคม รู้สึกคุณค่าของตัวเองลดลง บทบาทสำคัญในชุมชน/ครอบครัวลดลง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ และต้องเป็นภาระให้คนในครอบครัว ทำให้ระดับความสัมพันธ์ของตนเองและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งยังต้องมีหนี้สิน ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็ก ดูแลสมาชิกที่พิการ ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาคือปัญหาสุขภาพจิตนั่นเอง โดยในเบื้องต้นพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65[7] ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา การแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก อย่างไรก็ตามในพื้นที่ตำบลกุดขาคีมยังมีความจำเป็นต้องมีวิธีการหรือแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ลดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ แบ่งออกได้เป็น 4 กิจกรรม ที่มีการปฏิบัติเป็นประจำในชุมชนดังนี้ 1) การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยบุคลากรในครอบครัว 2) การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี และ 4) การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 4 กิจกรรมนี้สามารถดำเนินการคบคู่กันได้ โดยบูรณาการจิกรรมต่างๆร่วมกันทั้งภาครัฐ ครอบครัว และตัวผู้สูงอายุเอง และต้องทำทุกกิจกรรมจึงจะเกิดประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เมื่อชุมชนก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความละเอียดอ่อน ผันแปรไปตามความพร้อมบริบทของแต่ละพื้นที่อาจมีกิจกรรมที่มาก

น้อยแตกต่างกันไป ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมในแต่ละรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับ สุดา วงศ์สวัสดิ์ดุษฎี โยเหลาะ นริสรา พึ่งโพธิ์สภา[11] และกิจกรรมในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรมณ กาสีวงศ์ (2565)[12] สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกคนเห็นว่าครอบครัว มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นทุกอย่างที่สำคัญกับผู้สูงอายุ การพบปะ การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่สำคัญในการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ เมื่อไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มนี้บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นฝ่ายฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบายปัญหาแล้วจึงร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาใหญ่ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ[6] ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี/ศาสนา การที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา จะเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อคิดเห็นระหว่างกัน ทำให้เป็นพลังขับเคลื่อนชุมชนให้เข้มแข็ง ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ด้านการสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาในการถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลัง จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการมีร่างกายและลมหายใจอยู่ในขณะนี้เป็นสิ่งมีคุณค่า มีความภูมิใจและมีความสุขมากขึ้นในการใช้ชีวิตและดำเนินชีวิตกับบุคคลรอบข้างได้ตลอดไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า เมื่อเปรียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย พบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน และโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และมีระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ระดับมาก ถึงมากที่สุด ผลการประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบผู้สูงอายุส่วนใหญ่วิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 71 หลังทดลองค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff =4.99 ,95% CI; 3.20 - 6.69) ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93 หลังทดลองค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 5.00 ,95% CI; 3.57-6.42) ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ทำให้สุขภาพจิตผู้สูงอายุดีขึ้นเพราะทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือกันพัฒนาและนำไปใช้จริงในชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวมีความสำคัญกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของวิรมณ กาสีวงศ์[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตควบคู่กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควบคู่กันไป โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งรูปแบบนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุทุกระดับ

2.การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ในกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน แต่ยังขาดการศึกษาในกลุ่มกลุ่มติดเตียง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาแยกกลุ่มผู้สูงอายุใน 3 กลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เกิดความเข้าใจเฉพาะที่ลึกซึ้งมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and Health Geneva; Switzerland: WHO; 2021 [Available from: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health.

2. Michel JP, Leonardi M, Martin M, Prina M. WHO's report for the decade of healthy ageing 2021-30 sets the stage for globally comparable data on healthy ageing. Lancet Healthy Longev. 2021;2(3):e121-e2.
3. นรินทิพย์ ฤทธิ์ฐิติ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564;1(3):1-20.
4. World Health Organization. Mental Health of older adult Geneva, Switzerland: WHO; 2017 [cited 2017. Available from: http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-olderadults.
5. วิลาวัณย์ ชาดา, ชัยกฤต ยกพลชนชัย, เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(2):84-97.
6. นันทิดา ทองอ้ม. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;37(2):311-20.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม. สรุปผลการดำเนินด้านสุขภาพรอบที่ 2/2566. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนบุรี; 2566.
8. สาธิต สิงห์ชัย. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. 2563;16(3):188-97.
9. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, แสงเดือน พรมแก้วงาม, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, อัมภิชา นาไวย์, วราภรณ์ ยศทวี. คุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(3):61-71.
10. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS). สารศิริราช 2537;46(1):1-9.
11. สุดา วงศ์สวัสดิ์, ดุษฎี โยเหลา, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ. การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;6(2):229-43.
12. วิรมณ กาสีวงศ์, สุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2565;23(44):23-35.

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร

Effects of Food Sanitation Behavior Modification Program of Food Stallholders in Thonburi Bangkok.

(Received: October 22,2024 ; Revised: October 29,2024 ; Accepted: October 30,2024)

ณฐมน สืบซุย[1]
Nathamon Seubsui[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้สุขาภิบาลอาหาร ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเพื่อประเมินร้านแผงลอยจำหน่ายอาหาร กลุ่มตัวอย่าง 60 คน คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และแบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วย สถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สุขาภิบาลอาหาร ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, สุขาภิบาลอาหาร, ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหาร

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare food sanitation knowledge, attitudes towards food sanitation behavior, perceived ability to perform food sanitation behavior, intention to engage in food sanitation behavior, and food sanitation behavior among street food vendors before and after participating in the program between the experimental and control groups, as well as to assess the street food vending stalls. The sample consisted of 60 participants, with 30 in the experimental group and 30 in the control group, selected through purposive sampling based on specific criteria. The experimental group participated in the food sanitation behavior modification program for 4 weeks. Data were collected using a researcher-developed questionnaire, which had been tested for acceptable validity and reliability, and a food sanitation standard assessment. The data were analyzed using statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and hypothesis testing with Paired Sample t-test and Independent t-test.

The results showed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher mean scores in food sanitation knowledge, attitudes towards food sanitation behavior, perceived ability to perform food sanitation behavior, intention to engage in food sanitation behavior, and food sanitation behavior compared to before the experiment and the control group.

Keywords: Behavior Modification Program, Food Sanitation, Food Stallholders

[1] อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

บทนำ

จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา รายงานโรคในระบบเฝ้าระวังโรค 506 ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงจำนวน 538,608 ราย เสียชีวิต 1 ราย [1] ในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงจำนวน 643,281 ราย เมื่อเปรียบเทียบกันในปี พ.ศ. 2564 และพ.ศ.2565 ทำให้ทราบว่าพบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2564 สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 38,946 ราย ซึ่งมากกว่าปี พ.ศ. 2564 และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 1 กุมภาพันธ์ 2566 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วย 4,742 ราย ซึ่งมีแนวโน้มพบมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2566 นี้ [2] โดยโรคอุจจาระร่วงนี้มีสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด ซึ่งมีการปนเปื้อนแบคทีเรียบางกลุ่มที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหารหรือสินค้าที่มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย

ปัจจุบันในพื้นที่เขตธนบุรีแบ่งเขตการปกครองเป็น 7 แขวง ได้แก่ แขวงวัดกัลยาณ์ แขวงหิรัญรูจี แขวงบางยี่เรือ แขวงบุคคโล แขวงตลาดพลู แขวงดาวคะนอง และแขวงสำเหร่ มีผู้อาศัยจำนวน 97,700 คน [3] จากรายงานสถิติสุขภาพคนไทย อัตราป่วยจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเขตธนบุรี กรุงเทพมหานครรายปี 2564 ในแขวงบุคคโล มีอัตราการป่วยสูงสุดในเขตธนบุรีอยู่ที่ 2984.89 ต่อแสนประชากร แขวงบางยี่เรือ แขวงตลาดพลู แขวงหิรัญรูจี แขวงวัดกัลยาณ์ แขวงสำเหร่ แขวงดาวคะนอง พบอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 1160.28, 869.21, 793.3, 791.14, 783.48, 724.98 ต่อแสนประชากรตามลำดับ [4] ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงมีหลายสาเหตุ อาหารและน้ำที่ไม่สะอาด สัตว์และแมลงนำโรคเป็นพาหะรวมไปถึงสุขาภิบาลอาหารที่ไม่สะอาด

ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในปัจจุบันใช้เพื่อเป็นการควบคุม ตรวจสอบและเฝ้าระวัง และส่งเสริมร้านแผงลอยจำหน่ายอาหารให้ได้มาตรฐาน เป็นการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนให้ได้บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย โดยเกณฑ์ดังกล่าวเน้นที่ลักษณะโครงสร้างของแผงลอยจำหน่ายอาหาร อาหารปรุงสำเร็จ สารปรุงแต่งอาหาร ภาชนะบรรจุอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล น้ำแข็งที่ใช้ในการบริโภค และรวมไปถึงพฤติกรรมของผู้ประกอบการขายอาหารหรือผู้สัมผัสอาหารเนื่องจากร้านอาหาร แผงลอยมีจำนวนมากและเป็นที่นิยมของผู้คน จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจเบื้องต้น พบว่าผู้ประกอบการมีพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ผ่านเกณฑ์คือ ไม่สวมหมวกและเน็ทคลุมผม ไม่สวมหน้ากากอนามัย มีพฤติกรรมที่แช่น้ำแข็งสำหรับบริโภคปนกับสิ่งของชนิดอื่นร่วมด้วย อีกทั้งยังมีพฤติกรรมการใช้ผ้า 1 ผืน เช็ดทำความสะอาดบริเวณที่ทำการปรุงประกอบอาหารร่วมกับเช็ดมือ รวมไปถึงผู้ประกอบการมักจะวางขายในภาชนะที่ไม่ได้ปิดมิดชิด อาจก่อให้เกิดการปนเปื้อนจากสัตว์และแมลงนำโรคได้ นอกจากเชื้อจุลินทรีย์แล้วยังอาจมีโลหะหนักปนเปื้อนมากับวัตถุดิบในการประกอบอาหารหรือฝุ่นละอองในอากาศ ยังพบอีกว่าผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยไม่เคยได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหารมาก่อน ไม่เคยได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานใดมาก่อนเช่นกัน จากพฤติกรรมดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ประกอบการมีพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ อีกทั้งทำให้ทราบว่าผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยยังขาดความรู้ในเรื่องสุขาภิบาลอาหารที่ถูกหลักส่งผลให้มีพฤติกรรมที่แสดงออกมาที่ไม่ถูกต้อง หากผู้ประกอบการมีความรู้และพฤติกรรมที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร อาจส่งผลให้อัตราการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคอุจจาระร่วงในเขตธนบุรีลดลงได้ในปีถัดไปเช่นกัน จากข้อมูลของสำนักงานเทศกิจ เขตธนบุรี มีผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย ได้ผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหารทุกคน ก่อนที่จะได้ขึ้นทะเบียน ซึ่งมีผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ได้แก่ พื้นที่สี่แยกบ้านแขก อิสรภาพ

ตลาดดาวคะนอง 2 ฝั่ง ตลาดสำเหร่ 2 ฝั่ง และถนนรัชดาพิเศษ หน้าตลาดไทยช่วยไทย รวมทั้งหมดจำนวน 209 คน แต่เนื่องจากในปี พ.ศ. 2565 สำนักเทศกิจเขตธนบุรีไม่ได้มีการจัดอบรมสุขาภิบาลอาหารให้กับผู้ขึ้นทะเบียน ผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยไม่เคยได้รับการตรวจสุขาภิบาลอาหารจากหน่วยงานใดมาก่อน มีเพียงแต่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดระเบียบแผงลอย ซึ่งจะมี 2 จุดที่ได้รับการร้องเรียนจากประชาชน คือบริเวณดาวคะนอง กับบริเวณสี่แยกบ้านแขก มีการร้องเรียนเข้ามาจำนวนมาก ซึ่งได้ให้นโยบายไปว่าให้เน้นเรื่องการเดินทางของประชาชนเป็นหลักเพียงเท่านั้น [5]

ดังนั้นข้อมูลวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นพฤติกรรมของผู้ประกอบการเปลี่ยนไปเนื่องจากมีการแข่งขันของผู้ประกอบการด้วยกัน เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าดึงดูดความสนใจผู้บริโภคโดยใช้สารกันบูด สารปรุงแต่งหรือขั้นตอนในการปรุงและประกอบอาหารที่อาจมีการปนเปื้อนในอาหารได้ ซึ่งล้วนทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค เมื่อไม่ได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานใดก็ส่งผลให้ผู้ประกอบการมีพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะสุขวิทยาส่วนบุคคลเพราะคิดว่าสิ่งที่ทำอยู่ไม่มีอันตรายต่อผู้บริโภค อีกทั้งการขายอาหารริมทางเท้าเป็นที่นิยมมากเพราะราคาถูก แต่ผลการรายงานสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่คาดการณ์ว่าในปี 2566 มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานครขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ให้มีพฤติกรรมสุขาภิบาลที่ถูกต้อง เพื่อเป็นแนวทางนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยให้กับผู้ที่สนใจไปประยุกต์ใช้ได้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ไปใช้พัฒนาในพื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้สุขาภิบาลอาหาร ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้สุขาภิบาลอาหาร ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหาของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร จำนวน 209 คน [6]

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และเป็นการทดสอบแบบทางเดียว ขนาดอิทธิพล (Effect size)

d= 0.8 และให้อำนาจในการทดสอบ 1-β = 90[7] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คนต่อกลุ่มรวมทั้งหมด 56 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน หลังจากนั้นทำการคำนวณสัดส่วนของตัวอย่างในแต่ละแขวง มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้เป็นผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป อยู่ในพื้นที่เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร
มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสาร และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและเป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน จากนั้นจับฉลากแต่ละแขวง เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planed Behavior: TPB)[8] 2) สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา เช่น สไลด์ประกอบการบรรยาย คลิปวีดิโอ โปสเตอร์ และใบงาน เป็นต้นเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 4 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) กิจกรรม“เริ่มต้นดี มีชัยไปกว่าครึ่ง” กิจกรรมส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 2) กิจกรรม “ค้นหาความพร้อมเพื่อสร้างสัญญา” กิจกรรมการส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 3) กิจกรรม “คงที่ คงทน” การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และ สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 4) กิจกรรม “ตามติดพิชิตผู้ประกอบการ” กิจกรรมประกอบไปด้วย ติดตามผล ผู้วิจัยทำการติดตามสังเกตพฤติกรรมของผู้ประกอบการพูดสร้างความมั่นใจ และชักจูงให้มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารได้อย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 1 ชุดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ชุดที่ 1 แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบไปด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้สุขาภิบาลอาหาร จำนวน 15 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบให้เลือกตอบแบบใช่ ไม่ใช่ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) มาก สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 5 ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 10 ข้อ โดยส่วนที่ 4 และ 5 นี้ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากมากที่สุด (5) ถึงน้อยที่สุด (1) สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน และ10-50 คะแนนตามลำดับ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากปฏิบัติทุกครั้ง (5) ถึงไม่ได้ปฏิบัติ (1) สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน และชุดที่ 2 สำหรับผู้วิจัยใช้ประเมินแผงลอยจำหน่ายอาหาร ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหารของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบให้เลือกตอบแบบผ่านมาตรฐานและไม่ผ่านมาตรฐาน โดยเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนนเมื่อผ่านมาตรฐาน และ 0 คะแนน เมื่อไม่ผ่านมาตรฐานมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามดังกล่าวนี้ ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน พร้อมวิเคราะห์ค่า IOC จากนั้นจึงนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับผู้ประกอบการขายอาหารที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20)[9]สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 1 ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[9] ทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.78

การดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบไปด้วย (1) ขออนุญาตทำวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย (2) ประสานงานกับผู้นำชุมชนเขตธนบุรีเพื่อขออนุเคราะห์สถานที่จัดกิจกรรม (3) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน โดยเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านสิ่งแวดล้อม (4) เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และบทบาทหน้าที่ในการช่วยกิจกรรมในโปรแกรม (5) จัดเตรียมสานที่ สื่อ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในกิจกรรม และ (6) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า

2. ขั้นดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

(1) กลุ่มทดลองได้กิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1-4 โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 1)

(2) กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 โดยการให้ความรู้สุขาภิบาลอาหาร และการสาธิตฝึกปฏิบัติการแต่งกายที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือ และการจัดการร้านแผงลอยพร้อมแจกโปสเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติ Paired Sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังของกลุ่มทดลองภายในกลุ่ม และใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์/ระยะเวลา	กิจกรรมการเรียนรู้และเนื้อหา
สัปดาห์ที่ 1 เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการโดยผู้วิจัย	**การเพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม** - กิจกรรม "เริ่มต้นดี มีชัยไปกว่าครึ่ง" เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้หลักการสุขาภิบาลอาหารและอันตรายที่เกิดจากการปนเปื้อน ด้วยการบรรยายประกอบสื่อ - กิจกรรม "ส่งเสริมเจตคติที่ดี" เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรม "หากไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์แผงลอย จะเกิดผลกระทบอย่างไร" โดยการบรรยายประกอบสื่อ และการมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ โดยการการอภิปรายกลุ่ม
สัปดาห์ที่ 2 เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการโดยผู้วิจัย	**การปรับความเชื่อและทัศนคติต่อพฤติกรรม** - กิจกรรม "ค้นหาความพร้อม เพื่อสร้างสัญญา" เป็นกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การให้ข้อมูลด้านบวกของพฤติกรรมเกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติตามเกณฑ์แผงลอย ด้วยการบรรยายประกอบสื่อ ดูคลิปวีดิโอ และการสาธิตฝึกปฏิบัติ การแต่งกายที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือ และการจัดการร้านแผงลอย และการกระตุ้นด้วยคำพูด

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์/ระยะเวลา	กิจกรรมการเรียนรู้และเนื้อหา
สัปดาห์ที่ 3 เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการโดยผู้วิจัย	**ส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง** - กิจกรรม “คงที่ คงทน” เป็นกิจกรรมสร้างกำลังใจเพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยการด้วยการเลือกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบมีชีวิต (Live model) โดยการพูดคุยกับผู้ประกอบการ (มีบุคคลตัวอย่างที่ดีจากกลุ่มตัวอย่าง) ร่วมตั้งเป้าหมาย ร่วมกันแสดงความเห็นในปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติที่ผ่านมาและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้คำแนะนำ การกระตุ้นด้วยคำพูด และให้กำลังใจ
สัปดาห์ที่ 4 เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการโดยผู้วิจัย	**การวางแผนปฏิบัติ** - กิจกรรม “ตามติดพิชิตผู้ประกอบการ” เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการวางแผน การเพิ่มความสามารถในการกำกับควบคุมตนเองและเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยแสดงเจตจำนงประกาศตนเป็นผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยที่ถูกสุขลักษณะที่ดีในสังคมผ่านสื่อออนไลน์ “รู้คิดรู้ทำนำสู่การปฏิบัติ คุณสมบัติผู้ประกอบการที่ดี” และพูดสร้างความมั่นใจ และชักจูงให้มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารได้อย่างต่อเนื่อง

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 022/67E19 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 ช่วงอายุ 20-69 ปี ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่ระยะเวลาการทำงาน 6-10 ชั่วโมงร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.00 และพบว่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.67 ช่วงอายุ 20-69 ปี ร้อยละ36.67 ส่วนใหญ่ระยะเวลาการทำงาน 6-10 ชั่วโมงร้อยละ 76.67 รองลงมาคือ 11-15 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหารร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00

2. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในทุกตัวแปรสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ (1) ด้านความรู้สุขาภิบาลอาหาร (2) ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร (3) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร (4) ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร (5) พฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อน - หลังการทดลองในทุกตัวแปร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ (1) ด้านความรู้สุขาภิบาลอาหาร (2) ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร (3) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร (4) ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร (5) พฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ก่อน – หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		ผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม[2]
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
ความรู้สุขาภิบาลอาหาร					
$\bar{x}$ (SD)	8.23 (1.60)	14.13 (1.01)	7.40 (2.86)	8.10 (1.40)	t = 19.17, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 17.16, p<.001		t = 1.20, p = 0.233		
ทัศนคติสุขาภิบาลอาหาร					
$\bar{x}$ (SD)	42.70 (4.37)	54.50 (2.17)	38.50 (5.04)	40.93 (3.51)	t = 8.670, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 13.23, p<.001		t = 2.17, p = 0.034		
การรับรู้สุขาภิบาลอาหาร					
$\bar{x}$ (SD)	60.77 (5.81)	73.30 (1.73)	62.07 (4.70)	59.20 (3.54)	t = 19.63, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 11.32, p<.001		t = 2.67, p = 0.010		
ความตั้งใจใฝ่สุขาภิบาลอาหาร					
$\bar{x}$ (SD)	41.17 (2.90)	48.60 (2.31)	38.03 (3.96)	38.73 (2.08)	t = 17.36, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 10.97, p<.001		t = 0.86, p = 0.395		
พฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหาร					
$\bar{x}$ (SD)	68.97 (3.82)	87.60 (2.42)	61.87 (5.41)	62.03 (5.55)	t = 23.139, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 22.59, p<.001		t = 0.12, p = 0.907		

หมายเหตุ: [1] Paired Simple t- test; [2] Independent t-test; $\bar{d}$ คือผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อน – หลังการทดลอง

3. ผลการประเมินแผงลอยจำหน่วยอาหาร ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหารของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[10] จำนวน 12 ข้อ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดอาหารฯ คิดเป็นร้อยละ 93.33 และผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 6.67 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 73.33 ไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 26.67 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สุขาภิบาลอาหาร ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สอดคล้องกับสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลและการปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มทดลองที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงอยู่จนสิ้นสุดการวิจัย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร

ดังนั้นกิจกรรมตามโปรแกรมจึงได้ออกแบบมาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความรู้สุขาภิบาลอาหาร ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ด้วยกระบวนการเรียนรู้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขาภิบาลอาหาร กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ

ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหาร ข้อกำหนดพื้นฐานสุขลักษณะสำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหาร (ข้อกำหนด 12 ข้อ) และสุขลักษณะส่วนบุคคล ทำให้ผู้ประกอบการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสุขาภิบาลอาหารมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ประกอบการมีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลได้ถูกต้องตามข้อกำหนดพื้นฐานสุขลักษณะ แต่ก็ยังมีบางข้อที่ผู้ประกอบการไม่สามารถปฏิบัติได้ นั่นก็คือ การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ในการล้างภาชนะ ส่วนใหญ่ผู้ประกอบการล้างภาชนะโดยใช้กะละมัง 3-4 ใบ ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณผู้ประกอบการจึงใช้กะละมังในการล้างภาชนะ และการสวมเสื้อที่ไม่มีแขนในการปรุงประกอบอาหารหรือจำหน่ายอาหาร ซึ่งผู้ประกอบการยังไม่ตระหนักถึงสาเหตุของอาหารปนเปื้อน ผู้วิจัยจึงเปิดวิดีทัศน์การสาธิตฝึกปฏิบัติการแต่งกายที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือและการจัดการร้านแผงลอย อีกทั้งยังบอกโทษของการสุขาภิบาลอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ สาเหตุของอาหารปนเปื้อน ประโยชน์ของการสุขาภิบาลอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อเพิ่มทักษะและความตระหนักในการฝึกปฏิบัติการแต่งกายที่ถูกสุขลักษณะ รวมไปถึงการล้างมือ และการจัดการร้านแผงลอย จากกิจกรรมดังกล่าวผู้ประกอบการมีความตระหนักมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยการสวมเสื้อมีแขน สวมหมวกและผ้ากันเปื้อน ทั้งนี้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัย ใช้คำพูดโน้มน้าว ชักจูง ให้กำลังใจและมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) ที่กล่าวว่าเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเชื่อมโยงระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล[8] โดยนำไปใช้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ทัศนคติ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมและพฤติกรรมของมนุษย์ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำซึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก 3 กลุ่มตัวแปรหลัก คือทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดย Ajzen[8] เชื่อว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมด้านใดออกมาจะต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ และตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ โดยทั้งสามองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน เสมอในการที่จะมีเจตคติและสามารถปรับเปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมได้หากมีเจตคติที่ดีสอดคล้องกับงานวิจัยอิสริยา ชื่นอักษร[11] พบว่า ทัศนคติการบริโภคอาหารบรรจุโฟม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารบรรจุโฟม ส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยส่งผ่านความตั้งใจในการบริโภค และความตั้งใจในการบริโภคอาหารบรรจุโฟมส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารบรรจุโฟม

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). สรุปรายงานที่สำคัญทางระบาดวิทยา [อินเตอร์เนต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 มี.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1360120221220031224.pdf
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในประเทศไทย [อินเตอร์เนต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 25 มี.ค. 66]. เข้าถึงจาก:https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y66/H66172023042320230429.pdf
3. สำนักงานเขตธนบุรี.(2566). สถิติประชากรเขตธนบุรี. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเขตธนบุรี

4. สถิติสุขภาพคนไทย.(2564). อัตราป่วยจากโรคอุจาระร่วงเฉียบพลันเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ปี 2564 [อินเตอร์เนต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=4&pf=01101001&tp=202
5. สำนักงานเทศกิจกรุงเทพมหานคร.(2565). ตรวจจุดผ่อนผันทำการค้าย่านคลองสานและธนบุรี [อินเตอร์เนต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 มี.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://webportal.bangkok.go.th/citylaw/page/sub/3651/1/2/info/294207/คู่มือผู้ใช้งานระบบหลังบ้าน_Bangkok-PORTAL.pdf
6. สำนักงานเขตธนบุรี.(2566). จำนวนผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยในเขตธนบุรี. กรุงเทพฯ: สำนักงานเขตธนบุรี
7. Burns, N. & Grove, S. K. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2009
8. Ajzen, I.(1991). The Theory of Planned Behavior. ORGANIZATIONAL BEHAVIOR AND HUMAN DECISION PROCESSES. 50(2):179-211.
9. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.(2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ศรีอนันการพิมพ์.
10. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2556). คู่มือข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร สำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหาร. นนทบุรี; โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
11. อิสริยา ชื่นอักษร.(2562). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคอาหารบรรจุโฟม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

Effects of an exercise program using local wisdom on the ability to balance of the elderly

(Received: October 22,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

นฤมล จันทร์สุข[1], ชวนนท์ จันทร์สุข[2]
Naruemon Jansook [1], Chawanon Jansook[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน และได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วยการรำรำมะนา จังหวัดชัยนาทและการรำไม้พลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการทดสอบการทรงตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ไคสแคว์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 2) หลังจากได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความสามารถในการทรงตัว ผู้สูงอายุ

Abstract

The quasi- experimental research aimed to compare the balance ability of the elderly before and after receiving an exercise program using local wisdom. The sample group consisted of elderly people in Mueang District. Chainat Province Those who met the specified criteria were randomly drawn into a sample of 44 people and were randomly assigned to a control group and an experimental group, 22 people per group. The experimental group received an exercise program using local wisdom. Consists of Rammana dance in Chainat Province and Mai Plong Dance while the control group received normal care. Data were collected from general information questionnaires and balance tests. Data were analyzed using statistics, frequency, percentage, chi-square, mean, standard deviation. and t-test statistics.

The research results found that 1) After receiving the exercise program using local wisdom, the experimental group had a better mean balance score than before receiving the exercise program using local wisdom. Statistically significant at the .01 level. 2) After receiving an exercise program using local wisdom The experimental group had a significantly better average balance score than the control group at the .01 level.

Keywords: exercise, local wisdom, ability to balance, elderly

บทนำ

ปจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากจำนวนคนเกิดลดลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตที่

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author E-mail: chawanon@bcnchainat.ac.th

เปลี่ยนไป ทำให้อัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความ ก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ[1] เช่นเดียวกับจังหวัดชัยนาทเป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3 ประมาณ 78,893 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 ของประชากรทั้งหมดซึ่งได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์[2]

ในวัยผู้สูงอายุนั้นพบการเปลี่ยนแปลงตามวัยหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการ เปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด การทำงานของระบบประสาท รวมทั้งระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ล้วนเป็นไปในทางเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ และนำมาซึ่งการเกิดโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุ ในบรรดาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อของผู้สูงอายุนั้น พบว่าการสูญเสียการควบคุมการทรงตัวเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย และพบมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การควบคุมระบบการทรงตัวของผู้สูงอายุนั้น เป็นการทำงานของระบบประสาทที่ซับซ้อน ต้องการ การประสานกันของประสาทรับความรู้สึก หลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการมองเห็น ระบบควบคุมการทรงตัวและระบบรับความรู้สึกใน ข้อต่อและกล้ามเนื้อ รวมทั้งการควบคุมของระบบประสาทสั่งการจากสมองส่วนกลางและการตอบสนองของกล้ามเนื้อส่วนปลาย ซึ่งระบบต่างๆ ต้องทำงานประสานกันเป็นอย่างดี จึงจะช่วยป้องกันการหกล้มได้[3] จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ18.5 มีการรายงานการหกล้ม โดยเกิดภาวะหกล้มเฉลี่ยคนละ 2 ครั้ง สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหกล้ม คือ การสูญเสียการทรงตัว[4] สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มเพราะขาดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของข้อต่อ ทำให้ทรงตัวไม่ดี การทรงตัวมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากการเดิน การนั่ง การยืนและการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ต้องอาศัยการทรงตัวเป็นพื้นฐาน ถ้าการทรงตัวไม่ดีจะ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายจากการเสียสมดุล เกิดการล้มและได้รับบาดเจ็บได้ [5]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย โดยผลของการออกกำลังกายที่ชัดเจนคือช่วยให้การทำงานของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมอุณหภูมิ ทางกายและการทำงานของระบบประสาท ดีขึ้น ในส่วนของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป การออก กำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยให้กระดูกมีมวลกระดูกและความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้นช่วยชะลอความเสื่อมของกระดูกโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อและข้อต่อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้การออกกำลังกาย ยังช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง มีความคล่องตัวและทำงานประสานกันดีขึ้น โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนปลายของขา สามารถพยากรณ์ความสามารถในการทรงตัวในขณะทำกิจกรรมได้[6] การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ในเชิงอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมไทยพื้นบ้านกำลังได้รับความนิยมในปัจจุบัน เช่น แอโรบิกพื้นบ้าน ฟ้อนรำ รำไทย เป็นต้น[7] รวมทั้งยังมีการนำวัสดุอุปกรณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้เป็นท่าทางในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ไม้พลอง ผ้าขาวม้า ไม้ตะพด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายและการทรงตัวที่ดีขึ้น[8]

จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในเรื่อง ของประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้โอกาสการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การแก้ไขปัญหาคือต้องลดปัจจัยเสี่ยง สามารถทำได้โดยส่งเสริมให้มีการอกกำลังกาย ซึ่งเป็นการป้องกันที่สาเหตุจากปัจจัยภายใน ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อขาและ ข้อเท้า ส่งผลให้มีความสามารถในการทรงตัว ที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจการออกกำลังกาย

โดยใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้ การรำรำมะนา จังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านของจังหวัดชัยนาท ประกอบด้วยการร้อง การตีกลองรำมะนา แสดงท่ารำ ซึ่งท่ารำง่ายๆ ตามบทที่ร้อง เหมือนท่ารำโทนหรือรำวง ที่มีท่าทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย แขน และขาที่ผสานสัมพันธ์กัน คล้ายคลึงกับการออกกำลังกาย [9] ร่วมกับการรำไม้พลอง[10] การออกกำลังกายโดยการใช้ไม้พลองเป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับเบา และไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือบาดเจ็บ เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่มีการกระแทกน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้การรำรำมะนา จังหวัดชัยนาทร่วมกับการรำไม้พลองป้าบุญมี เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุอันเป็นการเพิ่มสมรรถภาพทางกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้แก่ 1) สุ่มตำบลจาก 9 ตำบลของอำเภอเมือง สุ่มได้ 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลชัยนาท และตำบลเสือโฮก 2) สุ่มหมู่บ้านจาก 2 ตำบล ได้หมู่ที่ 7 ตำบลเสือโฮก เป็นกลุ่มทดลองและหมู่ที่ 6 ตำบลชัยนาท เป็นกลุ่มควบคุม โดยทั้ง 2 หมู่บ้านมีลักษณะทางภูมิศาสตร์และการดำเนินชีวิตของประชาชนที่มีความใกล้เคียงกัน จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling)จำนวนกลุ่มละ 22 คนโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ที่มีอายุ 60 - 80 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินและไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการออกกำลังกาย 3) ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยวิธีใดๆ เป็นประจำเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 4) ไม่มีโรคทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อระบบการทรงตัว 5) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 6) มีโทรศัพท์มือถือที่มีแอปพลิเคชันไลน์ 7) สามารถสื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง 8) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีปัญหาสุขภาพ เช่น เจ็บป่วยร้ายแรงในระยะที่ควบคุมไม่ได้

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลทั่วไปได้แก่ ในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ ใกล้เคียงกันและเมื่อทดสอบด้วยไค-สแควร์ พบว่า ทุกตัวแปรของข้อมูลทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1.1. สื่อวิดีทัศน์ประกอบการสาธิต ฝึกการออกกำลังกายด้วยการรำรำมะนา จังหวัดชัยนาท และการรำไม้พลองป้าบุญมี นำมาประยุกต์ให้เข้ากับ

การเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเคลื่อนไหวร่างกายตามหลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ใช้เวลารวมทั้งสิ้น 60 นาที แบ่งเป็น 3 ช่วง

1.1.1 ช่วงอบอุ่นร่างกาย โดยใช้ท่ากายบริการยืดเหยียด จำนวน 10 ท่า ได้แก่ 1) ท่าเอียงคอซ้าย-ขวา 2) ท่าหมุนไหล่ 3) ท่าตบมือหน้า-หลัง 4) ท่าม้วนมือ 5) ท่ากาตากปีก 6)ท่าไหว้สูง 7) ท่าประสานมือแล้วเอียงตัว ซ้าย-ขวา 8)ท่าหมุนข้อมือเข้าและออก 9) ท่ายืดกล้ามเนื้อขา-น่อง และ10) ท่าหมุนข้อมือเข้า-ออก ใช้เวลา 10 นาที

1.1.2 ช่วงฝึกร่างกายแบบแอโรบิก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เริ่มด้วย การรำรำมะนา จังหวัดชัยนาท โดยใช้เพลงประกอบจำนวน 14 เพลง ได้แก่ เพลงไหว้ครู เพลงขอเชิญ เพลงเสียงโทนรำมะนา เพลง ชวนรำ เพลงขอโทษ เพลงสายน้ำ เพลงดูดวงตะวัน เพลงนกเขา เพลงกระต่าย เพลงรับรัก เพลงวันไหนไม่มา เพลงนารีศรีสง่า เพลงสุดจะสวยและเพลงลาจาก ท่ารำใช้การรำตีท่าตามเนื้อร้อง ได้แก่ ตบมือ กำมือสลับแบมือ การใช้เท้าก้าวตามจังหวะเพลง ถอยหลัง ย่ำเท้า กระโดดไปตามวง ใช้เวลา 10 นาที ขั้นตอน ที่ 2 การรำไม้พลองโดยใช้ท่ารำไม้พลองป้า บุญมี [10] ประกอบด้วยท่ารำ จำนวน 11 ท่าๆ ละ 20 ครั้ง ได้แก่ 1) ท่าเหวี่ยงข้าง 2) ท่าพายเรือ 3) ท่าหมุนกาย 4) ท่าตาชั่ง 5) ท่าว่ายน้ำด้านหน้า 6) ท่ากรรเชียงถอยหลัง 7) ท่านกบิน 8) ท่าทศกัณฑ์ 9) ท่ายกน้ำหนัก 10) ท่าดาวดึง และ 11) ท่านวดตัว ใช้เวลา 30 นาที

1.1.3 ช่วงผ่อนคลาย เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิม โดยใช้ท่ากายบริการยืดเหยียด จำนวน 10 ท่า เหมือนช่วงอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลา 10 นาที โดยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 50 นาที เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

1.2 คู่มือการออกกำลังกายโดยการรำรำมะนา และการรำไม้พลองป้าบุญมี สำหรับผู้สูงอายุ

1.3 จัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อให้ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนและเสริมแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้ใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการออกกำลังกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้ใส่คำตอบ

2.2 แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัว โดยใช้แบบทดสอบการเดินไปและกลับในระยะ 3 เมตร (Time Up and Go Test: TUGT) เป็นการทดสอบเพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ มีวิธีการประเมิน โดยให้ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและจับเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้แล้วเดินไปด้านหน้าระยะทาง 3 เมตร ด้วยความเร็วที่สุดและปลอดภัย แล้วหมุนตัวอ้อมกรวย จากนั้นเดินกลับไปนั่งเก้าอี้ตัวเดิม โดยผู้ประเมินจะต้องจับเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มขยับตัวหลังจากได้ยินสัญญาณ “เริ่ม” เช่น ขยับหลังออกจากพนักพิง เลื่อนตัว หรือโยกตัวมาข้างหน้า เป็นต้น และจับเวลาตลอดการทดสอบ “หยุดเวลา” เมื่อผู้สูงอายุลงนั่งหลังพิงพนักเก้าอี้อย่างเรียบร้อยและมั่นคง

การแปลผล

ใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที หมายถึง มีสมดุลการทรงตัวที่ดีและไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ใช้เวลา 11 - 20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง

ใช้เวลามากกว่า 20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการหกล้มสูง[11]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเวชศาสตร์การกีฬา ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และนักกายภาพบำบัด พิจารณา โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ปลอดภัยและสามารถนำไปใช้ในผู้สูงอายุได้ และคำนวณค่าดัชนีความ

สอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาทแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการจัดกิจกรรมและการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ข้อมูลทั่วไป พร้อมทั้งทำการทดสอบความสามารถในการทรงตัว มีการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กับกลุ่มทดลองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและวัตถุประสงค์ในการใช้โปรแกรม

1.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมการออกกำลังกาย ข้อควรปฏิบัติ ข้อห้ามหรือสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง

1.3 ผู้วิจัยสาธิตการอออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ประกอบการสาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนฝึกปฏิบัติและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้อง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยใช้การฝึกทั้งสิ้น 3 ครั้ง ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ จนกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.4 หลังเสร็จสิ้นการฝึก แจกคู่มือการออกกำลังกายโดยการรำรำมะนา และการรำไม้พลองป้าบุญมี สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทบทวน

สัปดาห์ที่ 2-13

ดำเนินการให้กลุ่มทดลองออกกำลังกาย ตามโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ณ ศูนย์ผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน (วันจันทร์ พุธ และศุกร์) วันละ 60 นาที ในเวลา 17.00 - 18.00 น. ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยกระตุ้นเตือน และเสริมแรงจูงใจให้กับกลุ่มทดลอง รวมทั้งให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการออกกำลังกายผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

ส่วนกลุ่มควบคุมจะดำเนินชีวิตตามปกติซึ่งจะดำเนินการทดลองทั้ง 2 กลุ่มพร้อมกัน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำการทดสอบความสามารถในการ ทรงตัวอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Dependent t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทรงตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาล บรม ราชชนนี ชัยนาท หมายเลข BCNC-IRB 07/2567 วันที่รับรอง 16 มกราคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 63.64 มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.72 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.27 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.18 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 81.81

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 59.09 มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.18 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ

77.27 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.73ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 77.27

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p>.05)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่า

2.1 หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ดังตารางที่ 1

2.2 หลังจากได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (n = 22)

ความสามารถในการทรงตัว	*Mean*	*SD*	*t*	*p-value*
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	14.01	0.49	11.11	.001**
หลังการทดลอง	8.13	0.52		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	13.97	0.50	2.19	2.02
หลังการทดลอง	13.84	0.48		
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	14.01	0.49	1.83	1.10
กลุ่มควบคุม	13.97	0.50		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	8.13	0.52	10.09	.001**
กลุ่มควบคุม	13.84	0.48		

** p<.01

สรุปและอภิปรายผล

1. หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยการรำรำมะนา จังหวัดชัยนาทและการรำไม้พลอง มีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นจังหวะ และมีแบบแผนโดยในแต่ละท่าของการรำประกอบไปด้วยการยืด เหยียด หมุนและงอของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และข้อต่างๆ ทั้งข้อมือ ข้อไหล่ ข้อแขน ข้อสะโพก และข้อเข่า ทำให้เกิดความคล่องแคล่วและความแข็งแรงของขาและเท้า เป็นการฝึกการทรงตัว[12] โดยการรำรำมะนาจังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านของจังหวัดชัยนาท ประกอบด้วยการร้อง การตีกลองรำมะนา แสดงท่ารำ ซึ่งท่ารำง่ายๆ ตามบทที่ร้องเหมือนท่ารำโทนหรือรำวง ที่มีท่าทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย แขน และขาที่ผสานสัมพันธ์กันเช่นเดียวกับการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกต่อข้อค่อนข้างต่ำ ไม่หนักเกินไป มีการเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะของดนตรีและท่ารำ จึงมีปลอดภัยและช่วยเพิ่มการทรงตัว[9,13] และ

สอดคล้องกับคำกล่าวของจรัสศรี ศรีโภคา และวรศิษฎ์ ศรีบุรินทร์ [10] ที่ว่า การรำไม้พลองเป็นการออกกำลังกายที่เน้นการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกายทั้งลำตัว แขนและขา ท่ารำไม้พลองมีการย่อเหยียดขาซึ่งช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ ฝึกการประสานงานของกล้ามเนื้อ เพิ่มความคล่องตัวให้กับข้อต่างๆ และสมดุลการทรงตัว ซึ่งสำคัญต่อการเดิน ป้องกันการล้มและทำ กิจวัตรประจำวันต่างๆ จึงเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเรียนรู้และฝึกฝนได้ไม่ยาก ท่าการออกกำลังกายไม่ซับซ้อน ผู้สูงอายุสามารถจำไปฝึกได้ง่าย ไม่ทำให้เกิดอันตรายและระดับความแรงของกรออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของคณิน ประยูรเกียรติ และก้องสยาม ลับไพรี[8] พบว่า ภายหลังที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายตามแนวคิดภูมิปัญญาไทยโดยมีการออกกำลังกายใช้ผ้าขาวม้า ไม้ตะพดและไม้พลอง กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2. หลังจากได้รับโปรแกรมการออก กำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ทั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยเพิ่มความสามารถในการ ทรงตัวของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนหลักการออกกำลังกายแบบฟิทท์ (FITT)[14] ของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา และศูนย์กายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล [15] กล่าวคือ การออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นการออกกำลังโดยการรำรำมะนา จังหวัดชัยนาทและการรำไม้พลอง เป็นการออกกำลังกายประเภท แอโรบิก (Aerobic exercise) และการออกกำลังกายแบบอ่อนตัว (Flexibility exercise) โดยมีท่ารำที่เน้นการเคลื่อนไหวของลำตัว แขนและขา มีความหนักระดับปานกลาง ใช้เวลาออกกำลังกาย 60 นาทีต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกาย 10 นาที ช่วงออกกำลังกาย 40 นาที และช่วงผ่อนคลาย 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีคณะผู้วิจัยอธิบายและสาธิตการออกกำลังกายด้วยการรำรำมะนา จังหวัดชัยนาทและการรำไม้พลอง รวมทั้งมีวิดีทัศน์และคู่มือประกอบให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ทบทวน รวมทั้งมีการติดตามกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการออกกำลังกายผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ตรงกับ คำกล่าวของนภสร นีละไพจิตร, เจริญ กระบวนรัตน์และบุญเลิศ อุทยานิก[16] ที่ว่า การออก กำลังกายที่ช่วยในเรื่องการทรงตัว ต้องเป็นการออกกำลังกายที่ฝึกการเคลื่อนไหวใน 3 ระนาบ โดยต้องเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวคงที่ แต่ละท่าเชื่อมโยงต่อเนื่องกันและเคลื่อนไหวซ้ำ ได้แก่การฟ้อนรำชนิดต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญพักตร์ หนูผุด[17] พบว่า การฝึกรำไทยช่วยพัฒนาความสามารถในการทรงตัวในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เพิ่มความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น กลัวการล้มลดลง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของปนดา เตชทรัพย์อมร, ปริญญา เลิศสินไทย และสิริลักษณ์ ใยดี[18] พบว่า การรำไม้พลองป้าบุญมีแบบประยุกต์ โดยให้ฝึกอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุได้ โปรแกรมที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และสามารถทำกิจวัตรประจำวันในการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมและคงไว้ในการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้น อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและลดอัตราการเกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

2. ควรมีการประชาสัมพันธ์การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเพิ่มสมรรถภาพทางกายและการ ทรงตัว เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าถึง เข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

3. ควรมีการส่งเสริมความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ให้มีการดำเนินงานด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อความต่อเนื่องในการไปสู่เป้าหมายในการเพิ่มสมรรถภาพทางกายและการทรงตัว อย่างยั่งยืน

4. ควรมีการติดตามผลระยะยาวในการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาโปรแกรม ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและได้ผลที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มการทรงตัวป้องกันการพลัดตก หกล้ม

5. ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่มีปัญหาด้านการทรงตัว

6. ควรมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลายและสามารถหาวัสดุอุปกรณ์ในท้องถิ่นมาประยุกต์ในการออกกำลังกาย ได้แก่ ก้านตาล กะลาตาล กะลามะพร้าว เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. คู่มือการปฏิบัติงานภาคสนาม โครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/contents_detail/2024/20240405104651_11728.pdf
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. สถิติผู้สูงอายุ. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท; 2566.
3. สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, พัชรินทร์ พุทธรักษา, สุพิน สาริกา และวิไล คุปต์นิรัติศัยกุล. ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภออัมพวา. วารสารกายภาพบำบัด 2560; 39: 52-69.
4. รัญชนา หน่อคำ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ. ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร 2559; 43: 58-68.
5. ณัฐริกานต์ ศักดิ์สนิท และสุรสา โค้งประเสริฐ. ผลของการฝึกรำไทยร่วมกับการใส่น้ำหนักที่ข้อเท้าที่มีต่อความสามารถในการเดินและการทรงตัวในผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ 2564; 22: 384-396.
6. มยุรี ถนอมสุข. ผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกายแบบผสมผสานต่อระดับกิจกรรมทางกายและสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายผู้สูงอายุ. วารสารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการ 2558; 43: 277-289.
7. ทิติภา ศรีสมัย, เสาวนีย์ นาคมะเริง, พลลพัฏฐ์ ยงฤทธิปกรณ์, วัณทนา ศิริธราธิวัตร, ภารดี เอื้อวิชญาแพทย์, กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์, และคนอื่นๆ. ผลของการออกกำลังกายด้วยรำมวยโบราณประยุกต์ต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุชาวไท: การศึกษานำร่อง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2560; 61: 745-755.
8. คณิน ประยูรเกียรติ และก้องสยาม ลับไพรี. การพัฒนาวิธีการออกกำลังกายตามแนวคิดภูมิปัญญาไทยเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ 2563; 12: 95-109.
9. บุปผาชาติ อุปถัมภ์นรากร. การอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับรำรำมะนา จังหวัดชัยนาท. วารสารจันทรเกษมสาร 2554; 17: 119-126.
10. จรัสศรี ศรีโภคา และวรศิษฎ์ ศรีบุรินทร์. ผลของการออกกำลังกายด้วยไม้พลองและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่มี ผลต่อสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลปากชม จังหวัดเลย. วารสารคณะพลศึกษา 2565; 25: 56-67.
11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: บริษัท ณจันตา ครีเอชั่น จำกัด; 2564.
12. ชัยพัฒน์ ศรีรักษา, เสาวนีย์ นาคมะเริง, พลลพัฏฐ์ ยงฤทธิปกรณ์, วัณทนา ศิริธราธิวัตร,กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์ และทวีศักดิ์ จรรยาเจริญ. ผลของการรำเซิ้งอีสานต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุชาวไทย: การศึกษานำร่อง.จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2560; 62: 211-222.

13. ญาภัทร นิยมสัตย์, วิจิตรา นวนันทวงศ์, พิชญาณัฏฐ์ แก้วอำไพ, ปิยนุช ภิญโญ, มลธิชา คงชนะ, พัชรี ศิริวงศ์, และคนอื่นๆ. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้าต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16: 437-453.
14. Riebe D, Ehrman JK, Liguori G, Magal M, American College of Sports Medicine, editors. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincot Williams & Wilkins; 2017.
15. ศูนย์กายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล. การออกกำลังกายลดเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น เมื่อ 22 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/exercise- reduces-the-risk-of-falls-in-the-elderly/
16. นภสร นีละไพจิตร, เจริญ กระบวนรัตน์และบุญเลิศ อุทยานิก. การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยนาฏศิลป์พื้นบ้านไทยเพื่อพัฒนาการทรงตัวในผู้สูงอายุ. วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ 2566; 49: 99-109
17. เพ็ญพักตร์ หนูผุด. ผลของการรำไทยที่มีต่อความสามารถในการทรงตัวในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
18. ปนดา เตชทรัพย์อมร, ปริญญา เลิศสินไทย และสิริลักษณ์ ใยดี. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการออก กำลังกายด้วยการรำไม้พลองป้าบุญมีแบบประยุกต์กับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านต่อการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมในชุมชน. [รายงานการวิจัย]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.

การพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยทีมพี่เลี้ยง (Coaching) จังหวัดยโสธร

THE DEVELOPING MODELS AND MECHANISMS FOR MANAGEMENT THE LOCAL HEALTH INSURANCE FUNDS BY THE MENTORING TEAM (Coaching) YASOTHON PROVINCE.

(Received: October 22,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 27,2024)

ชาญชัย เสี้ยวทอง[1]
Chanchai Siowthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยทีมพี่เลี้ยง (Coaching) จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการประกอบด้วย กลุ่มพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กลุ่มผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบล และกลุ่มประชาชน รวม 279 คน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเครือข่ายเพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) จำนวน 2 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 26 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือน เมษายน 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ รวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยง จังหวัดยโสธร คือ EPBAM Model ประกอบด้วย 1) Enhancing Access to Healthcare Services: การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) Promotion of Public Participation: การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน 3) Building Knowledge and Skills for the Committee: สร้างความรู้และทักษะให้กับคณะกรรมการ 4) Application of Technology: การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี 5) Monitoring and Evaluation: การติดตามประเมินผล

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ กลไก การบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

Abstract

This action research aimed to study The Developing models and mechanisms for Management the local health insurance funds by the mentoring team (Coaching) Yasothon Province. The sample used in the process development consisted of the fund mentors, the local insurance funds committee, the staff responsible for the local health insurance funds of the Subdistrict Administrative Organization, and the local population, totaling 279 people. The research employed a participatory network process to develop the models and mechanisms for managing the local health insurance funds by applying the principles of action research based on the framework of Kemmis and McTaggart, which includes Planning (P), Action (A), Observation (O), and Reflection (R), conducted over two cycles. Data were collected using a researcher-developed questionnaire over a 26-week period, from April 2024 to September 2024. The data were analyzed using frequency distribution, percentages, categorization, and content analysis.

The research findings revealed that the model and mechanism for managing the local health insurance funds by the mentoring team in Yasothon Province is referred to as the "EPBAM Model" comprising five key elements: 1) Enhancing Access to Healthcare Services, 2) Promotion of Public

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

Participation, 3) Building Knowledge and Skills for the Committee, 4) Application of Technology, and 5) Monitoring and Evaluation.

Keyword: The Developing models, mechanisms, and Management of the Local Health insurance funds

บทนำ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในหลายมาตราได้กำหนดให้ประชาชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายรูปแบบทั้งในส่วนของการเป็นผู้มีสิทธิในการเข้าถึงบริการ การบริหารจัดการ การตรวจสอบและรับรองคุณภาพบริการ ที่ผ่านมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมในหลายรูปแบบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้ประชาชนได้ทราบสิทธิ ได้ร่วมกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าไปมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้นในอนาคต สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13(3) มาตรา18(8) มาตรา 47 และมาตรา 48(4) ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรมหาชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานเพื่อแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้มีคณะกรรมการสนับสนุน และประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามโครงการที่คณะกรรมการอนุมัติ[1] จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลทั้งประเทศทั้งหมด 7,776 แห่ง ในปี พ.ศ. 2549 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่สมัครเข้าร่วมมีกองทุนสุขภาพตำบล จำนวน 870 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.19 ปี พ.ศ.2550 เพิ่ม 18 แห่ง รวมเป็น 888 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.42 ปี จนถึงปี พ.ศ. 2558 มีการขยายไปถึง 7,760 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.79[2] และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นมรดกชิ้นสุดท้ายที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมพงศ์ ได้มอบไว้ ดังนั้นรัฐควรจะมีบทบาทในการสร้างรากฐานชีวิตที่ดีให้แก่ผู้คนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนฯ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณาทองกาวแก้ว11 ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนเกิดจากความเข้าใจว่าเป็นการดำเนินงานของคณะกรรมการจากองค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประชาสัมพันธ์จะเป็นการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ลักษณะเช่นนี้ส่งผลให้ประชาชนไม่ทราบว่าเป็นการดำเนินการของกองทุนฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Park et al.[3] พบว่าประชาชนชาวเกาหลีมีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะของท้องถิ่นในกระบวนการการตัดสินใจและการปฏิบัติในระดับต่ำ ในส่วนของการตัดสินใจนั้นส่วนใหญ่ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐ

ปัจจัยต่างๆ ที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนฯ ได้ร้อยละ 30 โดยอธิบาย ดังนี้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกองทุนฯ สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนฯ เนื่องจากหากประชาชนได้ข้อมูลข่าวสาร จะทำให้เกิดการนำข้อมูลนั้นไปตัดสินใจ และตอบสนองด้วยการแสดงในการเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานของกองทุนฯ สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐ กันภัยและธรรมนิตย์ วราภรณ์ พบว่าการรับรู้ข่าวสารมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนกับการพัฒนาท้องถิ่นในองค์การบริหารส่วนตำบลเขตจังหวัดภาคตะวันตกตอนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณา ทองกาวแก้ว ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการรับรู้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สนธยา บัวผาย[4] พบว่า (1) ระดับการดำเนินงานบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในเขตจังหวัดมหาสารคามโดยรวมอยู่ในระดับมาก (2) ปัจจัยที่ส่งผล ต่อการดำเนินงานบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้แก แรงสนับสนุนทางสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น การรับรูประโยชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพและการรับรูบทบาทของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .743 สามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรได้ร้อยละละ 55.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (3) ขอเสนอแนะอื่น ๆ ไดแก ควรประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อที่ทันสมัย เช่น Facebook, Line website ควรมีสวัสดิการให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม ควรรณรงค์สร้างการรับรูให้ประชาชนในพื้นที่ผ่านผู้นำชุมชน ควรสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (4) รูปแบบการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ไดแก พัฒนาด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาด้านการรับรูประโยชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพ พัฒนาด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงาน และพัฒนาด้านการรับรูบทบาทของคณะกรรมการขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณยังไม่มีความคล่องตัว กลุ่มองค์กรต่างๆ ประชาชนมีข้อจำกัดในการเขียนโครงการ ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน ประชาชนขาดทักษะในการประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่มาสร้างนวัตกรรมสุขภาพ[5]

จังหวัดยโสธรเข้าร่วมกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตั้งแต่ปี 2550 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเริ่มนำร่องเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจังหวัดยโสธรมีเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ 9 อำเภอ ทั้งหมด 87 กองทุนได้เข้าร่วมครบทุกแห่ง พบว่างบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถึง 2566 ได้รับงบประมาณรวมมากกว่า 95,388,058.51 บาท จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีการใช้จ่ายงบประมาณจากเงินกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายมีเงินค้างในบัญชีกองทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สูงมาก ดังข้อมูลยอดเงินงบประมาณที่ใช้ไม่หมด 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2562 – 2566 จำนวน 17,697,192.70 บาท,11,796,313.12 บาท ,6,404,877.38 บาท,7,280,993.43 บาท และ 6,925,771.73 บาท ตามลำดับ โดยปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนที่ยังขาดความเข้าใจเรื่องการจัดการกองทุน การจัดทำแผนการดำเนินงาน การอนุมัติโครงการ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน หรือแกนนำด้านสุขภาพผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่น้อย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนน้อยตามไปด้วย ประกอบกับการขาดแนวทางที่ชัดเจนในการควบคุมกำกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ มีการเปลี่ยนแปลงระบบการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลออนไลน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อยู่หลายครั้ง ทำให้คณะกรรมการหรือคณะทำงานกองทุนที่ปฏิบัติงานเกิดความสับสนและตามระบบการเปลี่ยนแปลงไม่ทัน ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานเป็นทีมพี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร และเป็นทีมพี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เขต 10 อุบลราชธานี จึงสนใจศึกษาพัฒนารูปแบบและกลไกการประเมิน

โดยทีมพี่เลี้ยง (Coaching) ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดยโสธร จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธรให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดยโสธร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยง (Coaching) จังหวัดยโสธร
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยง (Coaching) จังหวัดยโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[6]ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธรโดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร และ 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร ด้านข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร (1 เมษายน 2567 ถึง 30 เมษายน 2567)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร โดยนำข้อมูลบริบท และนโยบาย รูปแบบ และกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร มาออกแบบพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ (1 พฤษภาคม 2567 ถึง 31 สิงหาคม 2567) ดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร

2.1.2 ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มี การแบบสัมภาษณ์การสำรวจข้อมูลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร จากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data การประเมินกองทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์กลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรเอกชน นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร จำนวน 2 วงรอบ (ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567)

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบที่เกิดจากการระดมสมองเพื่อหารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธรของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 87 คน กองทุนในปี 2565-2567 (วันที่ 1-30 กันยายน 2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ทำการศึกษา คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร จาก 9 อำเภอ จำนวน 87 กองทุน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธรมาร่วมพัฒนารูปแบบหรือสร้างโมเดล

2. กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพงานตามวงล้อ PAOR และการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธรของคณะกรรการกองทุน

2.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร จำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มพี่เลี้ยงกองทุน (โค้ช) ระดับจังหวัด จำนวน ๑๘ คน กลุ่มคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 87 กองทุน กองทุนละ 1คน กลุ่มผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น/ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานฯ ของเทศบาล/ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานฯ ขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือคณะทำงานกองทุน 87 กองทุน ๆ ละ ๑ คน กลุ่มประชาชนเครือข่ายสุขภาพในการรับรู้ข่าวสารในพื้นที่ 87 กองทุน ๆ ละ 1 คน รวม 279 คน ดังนี้

2.2 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร ทั้งหมด จำนวน 87 กองทุน ๆ ละ 18 คน รวม 1,566 คน

2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนเมษายน 2567 ถึงเดือน กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มในการพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบรูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธรมีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร 2) ปัญหาอุปสรรคการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร

1.2 แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

1.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ตัวอย่างพื้นที่ทีดำเนินงานประสบผลสำเร็จ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยประเมินการบริหารจัดการกองทุน เป็นการประเมินกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการเพื่อให้กองทุนประเมินตนเองและผู้เกี่ยวข้องประเมินกองทุน ซึ่งจะช่วยตรวจสอบการดำเนินงานว่ามีความครบถ้วน ถูกต้อง และควรจะพัฒนางานด้านใดบ้าง โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ 4 หมวด 1) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนฯ 2) ประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุนฯ 3) ประสิทธิผลการสนับสนุนโครงการ 4) ประสิทธิผลการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม (ทางสุขภาพ) รวม 100 คะแนน ได้แก่

ระดับ A+ 90 – 100 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้

ระดับ A 70 - 89 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี

ระดับ B 50 – 69 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง

ระดับ C น้อยกว่า 50 คะแนน เป็นกองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา

แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำหรับพี่เลี้ยง

แบบประเมินความพึงพอใจและการรับรู้ข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำหรับประชาชน

แบบสอบถาม การพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น “โดยทีมพี่เลี้ยง(Coaching) จังหวัดยโสธร”

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และบริบททั่วไปของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดยโสธร โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากการพัฒนากระบวนการเพื่อให้ได้รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร โดยใช้แนวคำถาม แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การบันทึกเสียง และเก็บข้อมูลผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการแบบสอบถามการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการกองทุนและการประเมินผลการดำเนินงานกองทุน ทำการ

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธรในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มพี่เลี้ยงกองทุน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กลุ่มผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบล และกลุ่มประชาชน จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. บริบทและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดยโสธร โดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร พบว่า จังหวัดยโสธรเข้าร่วมกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตั้งแต่ปี 2550 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเริ่มนำร่องเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจังหวัดยโสธรมีเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ 9 อำเภอ ทั้งหมด 87 กองทุนได้เข้าร่วมครบทุกแห่ง พบว่างบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถึง 2566 ได้รับงบประมาณรวมมากกว่า 95,388,058.51 บาท จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีการใช้จ่ายงบประมาณจากเงินกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายมีเงินค้างในบัญชีกองทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สูงมาก ดังข้อมูลยอดเงินงบประมาณที่ใช้ไม่หมด 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2562 – 2566 จำนวน 17,697,192.70 บาท,11,796,313.12 บาท ,6,404,877.38 บาท,7,280,993.43 บาท และ 6,925,771.73 บาท ตามลำดับ โดยปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนที่ยังขาดความเข้าใจเรื่องการจัดการกองทุน การจัดทำแผนการดำเนินงาน การอนุมัติโครงการ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน หรือแกนนำด้านสุขภาพผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่น้อย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนน้อยตามไปด้วย ประกอบกับการขาดแนวทางที่ชัดเจนในการควบคุมกำกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ มีการเปลี่ยนแปลงระบบการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลออนไลน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อยู่หลายครั้ง ทำให้คณะกรรมการหรือคณะทำงานกองทุนที่ปฏิบัติงานเกิดความสับสนและตามระบบการเปลี่ยนแปลงไม่ทัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการ์ดร่วมกับการประเมินตนเองและการประเมินจากหน่วยงานภายนอกมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร ดังภาพที่ 1

2.1การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Enhancing Access to Healthcare Services) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมและกลไกที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ โดยจัดบริการสาธารณสุขที่

สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาศูนย์บริการในพื้นที่ ทีมพี่เลี้ยงทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการ รวมถึงประเมินและปรับปรุงระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ฐานข้อมูลออนไลน์และช่องทางสื่อสารออนไลน์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึง นอกจากนี้ ยังเสริมสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้บริการสุขภาพเข้าถึงประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

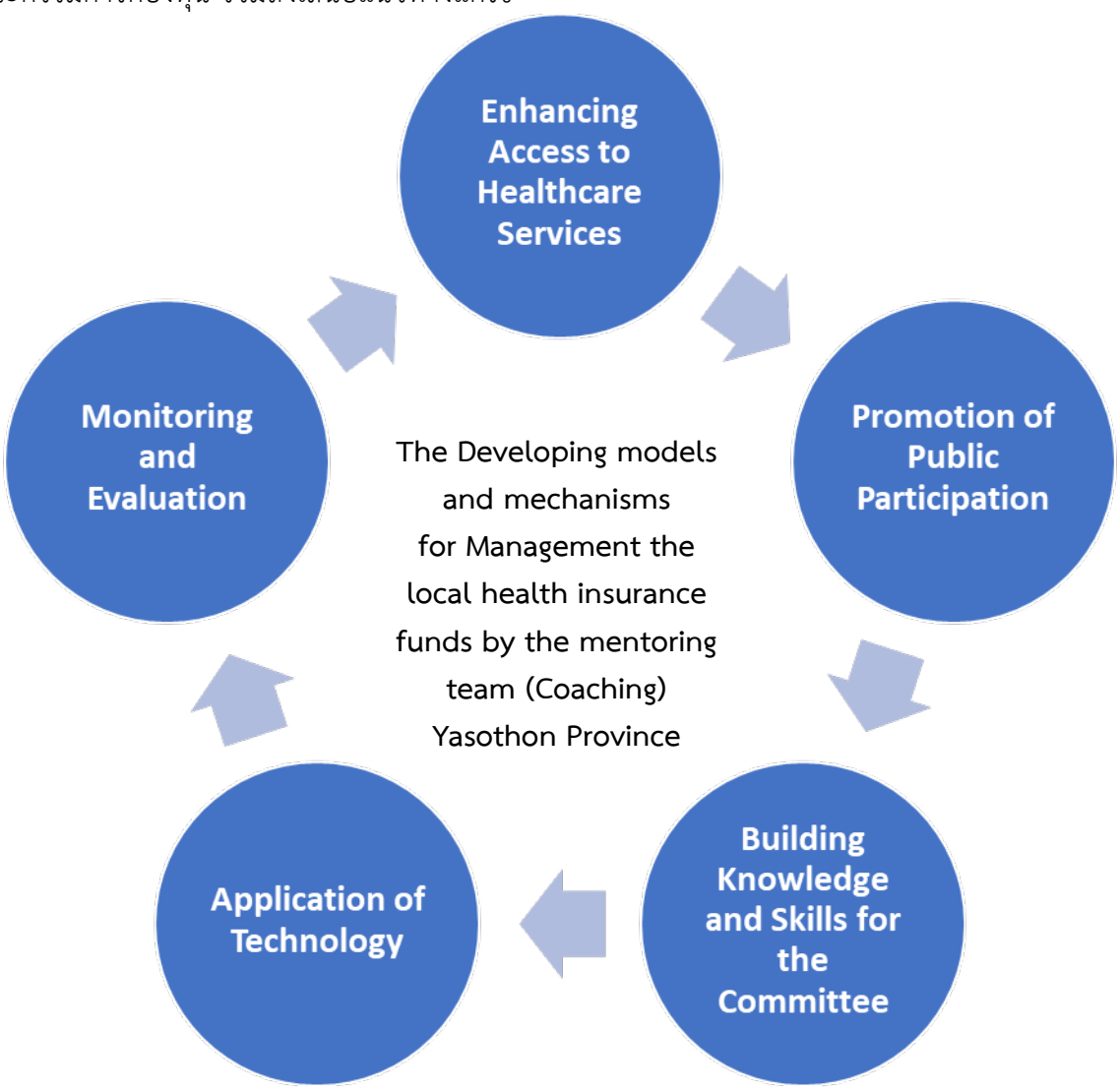
2.2การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน (Promotion of Public Participation) หมายถึง การส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินงานต่าง ๆ ของกองทุน โดยเน้นการร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เช่น คณะกรรมการกองทุน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง การสนับสนุนนี้ประกอบด้วยการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในสิทธิและบทบาทของประชาชน เช่น การจัดประชุมกลุ่ม การอบรม และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ นอกจากนี้ ทีมพี่เลี้ยงจะคอยประเมินและปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนอย่างแท้จริง โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่และการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอน

2.3 สร้างความรู้และทักษะให้กับคณะกรรมการ (Building Knowledge and Skills for the Committee) หมายถึง การพัฒนาความรู้และความสามารถของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีทักษะที่เพียงพอในการบริหารจัดการกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน การส่งเสริมนี้ประกอบด้วยการฝึกอบรมและการให้คำแนะนำจากทีมพี่เลี้ยง เพื่อให้คณะกรรมการเข้าใจในขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกองทุน เช่น การวางแผนงบประมาณ การติดตามผลการดำเนินงาน การเบิกจ่ายงบประมาณ และการประเมินผล นอกจากนี้ ยังเน้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

2.4การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Application of Technology) หมายถึง การนำเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบสารสนเทศมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของกองทุน โดยใช้ระบบฐานข้อมูลออนไลน์ที่เชื่อมต่อกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเก็บและจัดการข้อมูลด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ การติดตามผลการดำเนินโครงการ และการประเมินผลการใช้เงินกองทุน ทั้งนี้ยังใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ เช่น การจัดตั้งกลุ่ม LINE หรือการใช้ Facebook เพื่อแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหรือกิจกรรมสุขภาพที่กองทุนจัดขึ้น ช่วยให้ประชาชนและคณะกรรมการกองทุนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น ติดตามผลการดำเนินงานได้แบบเรียลไทม์ และสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างทีมพี่เลี้ยง หน่วยงานท้องถิ่น และชุมชนอย่างเป็นระบบ

2.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของกองทุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่ากองทุนได้ปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้ มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ การติดตามนี้รวมถึงการเก็บ

ข้อมูลจากการดำเนินงาน เช่น การใช้จ่ายงบประมาณ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และผลลัพธ์ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน ทีมพี่เลี้ยงจะทำหน้าที่ในการตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ผลลัพธ์ และรายงานให้คณะกรรมการกองทุน รวมถึงเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้น การประเมินผลจะทำทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นให้การบริหารจัดการกองทุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่



ภาพที่ 1 รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร พบว่า จังหวัดยโสธรมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทั้งสิ้น 87 กองทุน ปี 2565 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่เข้ารับการประเมิน 46 กองทุน พบว่ามีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับ A+ จำนวน 9 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ระดับ A จำนวน 35 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 76.1 และระดับ B จำนวน 2 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 4.3 หลังการทดลองใช้รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธรที่พัฒนาขึ้น พบว่า ในปี 2566 จังหวัดยโสธรมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทั้งสิ้น 87 มี

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่เข้ารับการประเมิน 30 กองทุน พบว่ามีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับ A+ จำนวน 5 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ระดับ A จำนวน 24 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และระดับ B จำนวน 1 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 3.3 หลังการทดลองใช้รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธรที่พัฒนาขึ้น พบว่า ในปี 2567 จังหวัดยโสธรมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทั้งสิ้น 87 กองทุน มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่เข้ารับการประเมิน 23 กองทุน พบว่ามีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับ A+ จำนวน 8 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 34.8 และระดับ A จำนวน 15 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 65.2 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยทีมพี่เลี้ยงจังหวัดยโสธร เป็นไปตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด[6]ร่วมกับการออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในกลุ่มคณะผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คือ กลุ่มพี่เลี้ยงกองทุน (โค้ช) กลุ่มคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กลุ่มผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น/ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานฯ ของเทศบาล/ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานฯ ขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือคณะทำงานกองทุน และกลุ่มประชาชนเครือข่ายสุขภาพในการรับรู้ข่าวสารในพื้นที่ ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 30 สัปดาห์ ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม การวางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการสังเกตและสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ทั้งด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนฯ ประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุนฯ ประสิทธิผลการสนับสนุนโครงการ และประสิทธิผลการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐานันทบุตร และคณะ[7] ที่พบว่า การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพนั้นจำเป็นที่กองทุนสุขภาพต้องทำให้เห็นที่มาของรายได้และค่าใช้จ่าย มีกลุ่มบุคคลที่ไว้วางใจได้เข้ามาบริหารจัดการ มีกระบวนการบริหารจัดการที่ประชาชนยอมรับได้ มีกิจกรรมที่กลุ่มประชากรเป้าหมายเข้าถึงได้ และต้องสร้างความน่าเชื่อถือและมีความโปร่งใสในทุกขั้นตอนของการทำงานและในแง่ของการออกแบบกิจกรรมบริการและผลลัพธ์ กองทุนสุขภาพต้องเอาประชาชนเป็นประชากรเป้าหมายของกิจกรรมของกองทุน ใช้สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีอยู่เดิมเป็นกลไกและเครื่องมือ และทำกองทุนให้เป็นสวัสดิการชุมชน ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการบริหารของคูนท์ซและเวียห์ริช[8] ซึ่งมีความเห็นว่าการจัดการเพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่น จะต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องปฏิบัติ ได้แก่ กระบวนการของการวางแผน การจัดองค์กร การจัดคนเข้าทำงาน การสั่งการ และการควบคุม เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรเกิดการประสานงานกันทั้งในด้านบุคลากรและวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ เบญจพร สุทธาวาสน์[9] ศึกษาเรื่อง แนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในเขตอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า แนวทางที่เหมาะสมในการบริหารจัดการกองทุน คือการบูรณาการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมคิด ร่วมค้นหา ร่วมแก้ไขและร่วมกำหนดทิศทางในการพัฒนากองทุนหนักประกัน

สุขภาพ โดยแบ่งตามองค์ประกอบของการบริหารจัดการวงล้อเดมมิ่ง (PDCA) ดังนี้ ด้านการจัดทำแผน (Plan) จากการศึกษาพบว่ากระบวนการวางแผนเป็นกระบวนการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานโดยมีส่วนร่วมในการหาปัญหาตามบริบทของพื้นที่ โดยเป็นไปตามหลักการมีส่วนร่วมแบบแท้จริง มีการใช้ข้อมูลจากพื้นที่ที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน ด้านการปฏิบัติตามแผน (Do) พบว่าขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแผนงานหรือโครงการที่วางไว้จะมีขึ้นตอนการดำเนินตั้งแต่เริ่มต้น คือ มอบหมายแผนงานหรือโครงการไปดำเนินกิจกรรมให้ตรงกับแผนงานของโครงการนั้นๆ โดยการมอบหมายโครงการ จะมอบให้กับประธานแต่ละกลุ่มแต่ละองค์กรเป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมในชุมชนของตนเอง และมีสมาชิกในการดำเนินกิจกรรม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขของแต่ละหมู่บ้าน แต่ก่อนที่จะมีการดำเนินงานตามกิจกรรม ตามโครงการจะมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ฝึกทักษะให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน โดยทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ที่รับผิดชอบ อีกทั้งกรรมการที่มีหน้าที่บริหารจัดการโครงการต้องทำด้วยความโปร่งใสและชุมชนสามารถตรวจสอบได้ ด้านการตรวจสอบการดำเนินงาน (Check) คณะกรรมการบริหารกองทุน จะแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ตรวจสอบว่าโครงการต่างๆที่ได้รับอนุมัติ ดำเนินการแล้วหรือยัง เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งการตรวจสอบจากการสอบถามชุมชน จากเอกสาร ภาพถ่าย หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน รายงานผลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะให้ที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนได้รับทราบ การตรวจสอบที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินงานตามโครงการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลเป็นการตรวจสอบอย่างไม่เป็นทางการ กล่าวคือ เจ้าหน้าที่จะร่วมทำกิจกรรมไปพร้อมๆกับการตรวจสอบและติดตามโครงการจนกระทั่งเสร็จสิ้นโครงการ และด้านการปรับปรุงแก้ไข (Act) พบขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุงแผนงานหรือโครงการ มีส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างมากตั้งแต่กระบวนการวางแผนเป็นต้นมา หากไม่มีการปรับปรุงหรือลดหย่อนให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยกระบวนการแก้ปัญหาจะมีกลวิธีต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่แต่ที่เป็นแนวเดียวกัน คือ ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนจะเรียกประชุม เพื่อให้คณะกรรมการบริหารกองทุนลงมติหาข้อสรุป และแนวทางแก้ไขปัญหา โดยยึดตามความเหมาะสมของสถานการณ์และพื้นที่ ทำให้กระบวนการบริหารจัดการกองทุนมีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อประชาชนอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ควรขยายการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในกระบวนการบริหารจัดการกองทุน เช่น การติดตามผลการดำเนินงาน การจัดการข้อมูล และการสื่อสารกับประชาชน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใสยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการใช้ระบบฐานข้อมูลออนไลน์เพื่อเชื่อมโยงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะช่วยให้การเก็บและจัดการข้อมูลเป็นระบบมากขึ้นและสามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่การวางแผน การตัดสินใจ จนถึงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มความน่าเชื่อถือ โดยการจัดอบรมหรือสร้างกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของประชาชนจะช่วยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนได้มากขึ้น

1.3 ควรมีการจัดอบรมหรือฝึกทักษะให้กับคณะกรรมการกองทุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มี

ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบริหารจัดการกองทุน โดยเฉพาะในเรื่องของการวางแผนงบประมาณ การติดตามผลการดำเนินงาน และการประเมินผล รวมถึงเสริมทักษะด้านการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนมีความคล่องตัว โปร่งใส และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำรูปแบบและกลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น เขตเมืองและชนบท เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและความสามารถในการปรับตัวของรูปแบบการบริหารกองทุนในพื้นที่ที่หลากหลาย

2.2 ควรทำการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความยั่งยืนของกลไกการบริหารจัดการกองทุนในระยะยาว รวมถึงการติดตามผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและสังคมต่อการบริหารกองทุน เพื่อให้มั่นใจว่ากลไกนี้สามารถพัฒนาและตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้

2.3 ควรวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (E-Health) และแอปพลิเคชันสุขภาพ มาใช้ในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน รวมถึงศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายการใช้งานเทคโนโลยีให้ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). บทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). รายงานประจำปี 2558: การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
3. Park, Y. H., et al. (2015). Citizen participation in local public health decision-making in Korea. Journal of Public Health Policy, 36(4), 567-580.
4. สนธยา บัวผาย. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น. วารสารการบริหารจัดการสุขภาพ, 5(2), 45-55.
5. ณิชนันท์ งามน้อย. (2559). การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในจังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยทางสังคมศาสตร์, 8(3), 62-78.
6. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
7. ขนิษฐานันทบุตร, สุพรรณี ขันทอง & คณะ. (2562). การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น: รูปแบบและกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน, 13(2), 55-67.
8. คูนท์ซ, คริสเตียน, & เวียห์ริช, ปีเตอร์. (2009). การจัดการเพื่อการพัฒนา: แนวคิดและทฤษฎี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. เบญจพร สุทธาวาสน์. (2559). แนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมในเขตอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 10, 45-57.

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

The Development of an Administrative Model to the High Performance Organization (HPO) of Muang Ubon Ratchathani District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province.

(Received: October 26,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

ศรายุทธ ภานุมนต์วาที[1] อุทัย นิปัจจการสุนทร[2] กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์[1]
Sarayut Phanumonwat[1] Uthai Nipatchakarnsunthon[2] Kanyarat Kanyakan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม 1) กลุ่มการพัฒนารูปแบบ เป็นผู้บริหาร/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้บริหาร 40 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง 2) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 7 คน 3) กลุ่มทดลองใช้รูปแบบเป็นผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินองค์ประกอบ และตัวชี้วัด 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตามรูปแบบ 4) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired sample t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1. องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มี 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจกับประชาชน (Trust) 2) ทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่ง (Teamwork & Talent) 3) Technology (ใช้เทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน) 4) Targets (ทำงานแบบมุ่งเป้าหมาย) 5) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) 6) ภาวะผู้นำ (Leadership) 7) การพัฒนาบุคลากร (Workforce Development) 8) การสร้างนวัตกรรม (Innovation) และ 9) การจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management) 2. รูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.60, S.D.=0.32) 3. หลังการนำรูปแบบไปใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=1.08-0.53, t=5.98p<.001)

คำสำคัญ : รูปแบบ, การบริหารจัดการ, องค์กรสมรรถนะสูง

Abstract

Action Research aimed to develop an administrative model to the high performance organization (HPO) of Muang Ubon Ratchathani district public health office. Four sample groups: 1) Model development group 40 executives/related persons/executives by specific selection 2) Seven experts examined the appropriateness of the model. 3) The model trial group consisted of 35 administrators and officials under the Muang Ubon Ratchathani district public health office. The tools used to collect data were 1) a focus group recording form 2) a component and indicator assessment form 3) a form compliance questionnaire 4) a satisfaction assessment form for using the form to analyze data with statistical statistics. Descriptive Paired sample t-test and Content Analysis .

The research results found that : 1. The elements of an administrative model to the high performance organization (HPO) of Muang Ubon Ratchathani district public health office Consisting of 9 aspects: 1) Trust

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

2) Teamwork & Talent 3) Technology 4) Targets 5) Strategic Planning 6) Leadership 7) Workforce Development 8) Innovation and 9) Knowledge Management 2. High-performance organizational management model of the Mueang Ubon Ratchathani District Public Health Office. It is appropriate and possible to implement. is at the highest level ($\overline{X}$ =4.60, S.D.=0.32) 3. After implementing the model, the mean scores for compliance with the success indicators of the model increased significantly than before implementing the model (95% CI=1.08-0.53, t=5.98p<. 001)

Keywords: Model, Administrative, High Performance Organization (HPO)

บทนำ

แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ถือเป็นกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อน การดำเนินงานขององค์กร ตามแนวปฏิบัติ 4T คือ Trust (สร้างความไว้เนื้อเชื่อใจกับประชาชน ฝ่ายนโยบาย ฝ่ายต่างประเทศ บุคลากร และเครือข่าย) Teamwork & Talent (ทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่งที่สร้าง ความเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี) Technology (ใช้เทคโนโลยี ให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่าเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็วแม่นยำ) Targets (ทำงานแบบมุ่งเป้าหมาย สามารถจัดการทรัพยากร) เพื่อเป็นการยกระดับองค์กรให้สอดคล้องกับนโยบายที่สำคัญ และบรรลุเป้าหมายสู่องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T[1]

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี มีบทบาทในการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และมีบทบาทหลักในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 20 แห่ง ดูแลประชากร 887,979 คน การบริหารงานที่ผ่านมายังมีปัญหาหลายประการ เช่น 1) การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังที่ไม่สอดคล้องกับภารกิจ และสภาวการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ นโยบาย สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี 2) การบริหารงบประมาณและพัสดุที่มีข้อจำกัดซึ่งไม่สามารถตอบสนองการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) เจ้าหน้าที่ขาดกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น[2] ผู้วิจัยในบทบาทสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวชี้วัดของการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) แบ่งเป็น 4 ระยะ 1) การศึกษาองค์ประกอบและตัวชี้วัดของการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง 2) การศึกษาสภาพปัจจุบันของการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง 3) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง 4) การศึกษาผลการนำรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะ

สูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบองค์กรสมรรถนะสูง จากแนวคิดของนักวิชาการต่าง ๆ ดังนี้ แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T[3] , แนวคิด PMQA 4.0[4] สามารถสรุปเป็นองค์ประกอบของบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี 9 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจกับประชาชน (Trust) 2) ทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่ง (Teamwork & Talent) 3) Technology (ใช้เทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน) 4) Targets (ทำงานแบบมุ่งเป้าหมาย) 5) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) 6) ภาวะผู้นำ (Leadership) 7) การพัฒนาบุคลากร (Workforce Development) 8) การสร้างนวัตกรรม (Innovation) และ 9) การจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 205 คน

กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ดังนี้

1) การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้บริหาร กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 40 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling Random)

2) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์ทางด้านการบริหารงานสาธารณสุข โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling Random) จำนวน 7 คน

3) กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม **ในประเด็น** (1) ปัจจัยการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง (2) การดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี (3) ข้อเนอแนะทั่วไป 2) แบบประเมินองค์ประกอบและตัวชี้วัด หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ Cronbach (1990) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78-.93 3) 3) แบบสอบถามรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี 3 ตอน ดังนี้ **ตอนที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) โดยมีตัวเลือกที่กำหนดคำตอบไว้ให้ (Forced Choice) และเติมคำลงในช่องว่าง เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์การทำงานด้านการบริหาร **ตอนที่ 2** ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง 4) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired sample t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา **(Content Analysis)**

ผลการวิจัย

1. องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มี 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจกับประชาชน (Trust) 2) ทำงาน

เป็นทีม และสนับสนุนคนเก่ง (Teamwork & Talent) 3) Technology (ใช้เทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน) 4) Targets (ทำงานแบบมุ่งเป้าหมาย) 5) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) 6) ภาวะผู้นำ (Leadership) 7) การพัฒนาบุคลากร (Workforce Development) 8) การสร้างนวัตกรรม (Innovation) และ 9) การจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management)

2. รูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ 4.60= S.D.=0.32)

3. ผลการนำรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ 3.51= S.D.=0.58) ส่วนหลังการพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\overline{X}$ =4.31= S.D.=0.42) และเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=1.08-0.53, t=5.98p<.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบฯ (n=35)

คะแนนความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ		หลังการพัฒนารูปแบบฯ		95%CI	t	P value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
	3.51	0.58	4.31	0.42	1.08-0.53	5.98	<.001

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.56= S.D.=0.41)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มี 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจกับประชาชน (Trust) 2) ทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่ง (Teamwork & Talent) 3) Technology (ใช้เทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน) 4) Targets (ทำงานแบบมุ่งเป้าหมาย) 5) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) 6) ภาวะผู้นำ (Leadership) 7) การพัฒนาบุคลากร (Workforce Development) 8) การสร้างนวัตกรรม (Innovation) และ 9) การจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management) มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ 4.60= S.D.=0.32) ผลการนำรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=1.08-0.53, t=5.98p<.001) อธิบายได้ว่ารูปแบบฯ พัฒนาขึ้นจากการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผ่านการประเมินความเหมาะสมและเป็นประโยชน์

โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติจริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของน้ำทิพย์ สีกำ่, ปุณณดา มูลศรี, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ[5] รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากกว่าทุกกลุ่ม ข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ,) ในจังหวัดกาฬสินธ์ สู่การเป็นองค์กรสมรรถะสูง พบว่า มี 4 ด้าน ประกอบด้วย) การนำองค์กร 2) บุคลากร 3) บริหารจัดการ และ1) การบรรลุเป้าหมาย ตัวชี้วัดองค์กร ควรเสนอนำแนวทางทั้ง 4 ให้หน่วยงานในสังกัด เพื่อขับเคลื่อนสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย Moph-4T ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 9 ด้าน ไปใช้ในการพัฒนาสู่องค์สมรรถนะสูง โดยขยายผลการปฏิบัติไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการรายงานระบบการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร.
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี. (2567). บทบาทในการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T. กรุงเทพมหานคร: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2561). คู่มือแนวทางการพัฒนาองค์กรสู่ระบบราชการ 4.0. กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.
5. น้ำทิพย์ สีกำ่, ปุณณดา มูลศรี, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. (2566). รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.16,3 (กันยายน - ธันวาคม 2566), 114-126.

การพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of Innovation in Sterile Ice Preparation for Organ Preservation Surgery Using the “Smart Nurse Smart Bag “Thermoplastic Polyurethane (TPU) Bag in Surgical Nursing at Khon Kaen Hospital.

(Received: October 26,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

พีรญา พาอ่อนตา[1]
Peeraya Paonta

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่ใช้ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อ โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ น้ำแข็งปลอดเชื้อ อวัยวะที่เตรียมปลูกถ่าย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ของโรงพยาบาลขอนแก่น และเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะและมีหน้าที่ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อสำหรับการผ่าตัด จำนวน 60 คน พัฒนาโดยใช้กระบวนการ P-A-O-R ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เป็น 2 วงรอบ ประกอบด้วยวงรอบละ 4 ระยะ ประกอบด้วย ขั้นวางแผน (Plan) วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน,ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) 1) วางแผนการออกแบบนวัตกรรมโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน, 2) จัดทำนวัตกรรม, สังเกตการณ์ (Observe) 3) นำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการผ่าตัดในปี 2566 ติดตามผลของการใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น และขั้นสะท้อนผล (Refection) ประเมินผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการใช้นวัตกรรมและปรับปรุงแผนการพัฒนา, เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เพศ, อายุ, อายุงาน,ระดับการศึกษา แบบประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า อวัยวะที่เตรียมปลูกถ่ายไม่เกิดการบาดเจ็บจากสิ่งแปลกปลอมที่เกิดจากกระบวนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อที่ใช้ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน ร้อยละ 100 ไม่พบสิ่งปนเปื้อนขนาดใหญ่กว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง ร้อยละ 100 ไม่พบสิ่งปนเปื้อนขนาดเล็กกว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสิ่งที่ประดิษฐ์ขึ้นในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อ, ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน, การปลูกถ่ายอวัยวะ

Abstract

This study is an Action Research project aimed at developing innovations for preparing sterile ice at Khon Kaen Hospital. The sample group consisted of 30 professional nurses working in the operating rooms, responsible for preparing sterile ice for organ transplants. The innovation was developed using the P-A-O-R (Planning, Action, Observation, Reflection) process based on the Kemmis and McTaggart model. The steps included: 1.) Planning: Analyze the issues encountered during the operation. 2.)Action: Design the innovation based on the identified problems and develop the innovation. 3.)Observation: Implement the developed innovation in surgeries during 2023 and monitor the outcomes. 4.)Reflection: Evaluate the results, analyze obstacles encountered, and adjust the development plan accordingly. The tools used in the study included the developed innovation, general data recording forms, and innovation evaluation forms. Quantitative data

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

were analyzed using frequency and percentage statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the development showed: The outcomes of using the innovation revealed that 100% of prepared organs were free from foreign object injuries caused by the sterile ice preparation process, 100% of ice samples were free from large contaminants (larger than 1 millimeter), and 100% were free from small contaminants (smaller than 1 millimeter). Additionally, the number of patients correctly following pre-operative instructions increased, and healthcare personnel were highest satisfied with the innovation.

Keywords: Sterile Ice Preparation, Thermoplastic Polyurethane (TPU) Bag, Organ Transplantation

บทนำ

การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นหัตถการที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ ทุก ๆ 1 วันมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 17 คน จากการรออวัยวะเพื่อการปลูกถ่าย[1] ในสหรัฐอเมริกา มีการปลูกถ่ายอวัยวะ 41,354 ครั้งในปี 2021 เพิ่มขึ้น 5.9% เมื่อเทียบกับปี 2020 มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ[2] เนื่องจากมีอวัยวะที่จัดสรรไม่เพียงพอ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นผู้บริจาคจำนวนลดลง อวัยวะที่บริจาคไม่เหมาะสม หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการการจัดเก็บ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วส่งผลเสียต่อผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายอวัยวะและสูญเสียงบประมาณมหาศาล[3]

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีผู้รอรับบริจาคอวัยวะที่สูงถึง 6242 คน/ปี และได้มีผู้รับการปลูกถ่ายเฉลี่ย 681 คน/ปี (ค่าเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลัง) คิดเป็นค่าเฉลี่ย 10.9% ของผู้รับบริจาคอวัยวะทั้งหมด[4] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้ จึงได้จัดรณรงค์ให้ทุกภาคส่วนมีการประชาสัมพันธ์เห็นถึงความสำคัญของการบริจาคอวัยวะและจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนในกระบวนการการดูแลผู้ป่วยบริจาคอวัยวะ ตั้งแต่เริ่มจัดหาอวัยวะจากการบริจาคจนถึงสิ้นสุดกระบวนการการปลูกถ่าย โดยมีผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายอวัยวะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากและเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและกระทบต่อเศรษฐกิจมาก ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูงถึงค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 500,000 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ จากการใช้งบประมาณที่มหาศาลและความร่วมมือทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วย 1 ราย ถือว่าเป็นการปลูกถ่ายอวัยวะ 1 อวัยวะ เป็นเรื่องที่สำคัญในระดับชาติ[5]

เป็นที่ทราบกันดีว่าการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญในวงการแพทย์ สามารถทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติอีกครั้งอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี[6] โดยเฉพาะผู้ป่วยตับวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะพบว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษานั้นสูงมาก ในแต่ละปีรัฐบาลต้องจ่ายเงินค่าดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ผ่านระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ปีละอย่างน้อย 5 หมื่นล้านบาท ดังนั้นหากสามารถปลูกถ่ายตับให้ผู้ป่วยได้ก็จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างชัดเจนและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยตับวายเรื้อรังระยะสุดท้าย[7] แม้ว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจะเป็นการรักษาที่มีประโยชน์มาก แต่ยังมีความจำกัด ในประเทศไทยมีปัญหาสำคัญ คือการขาดแคลนอวัยวะที่นำมาปลูกถ่าย คุณภาพของอวัยวะที่บริจาคไม่ดี และความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ในทุกรูปแบบที่อาจจะเกิดขึ้น[8]

โรงพยาบาลในประเทศไทยหลายโรงพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของแผนพัฒนานี้ และได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับติติยภูมิ ที่มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และจากสถิติจะเห็นได้ว่าแนวโน้มการปลูกถ่ายอวัยวะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกปี[9] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ได้มี

การวางแผนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้เกิดมาตรฐานการพยาบาลการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่มีคุณภาพและปลอดภัย ในเขตภูมิภาคมากขึ้น ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการบูรณาการ การมีส่วนร่วมของพหุภาคี โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และตอบสนอง Service plan สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ[10]

ในกระบวนการผ่าตัดบริจาคอวัยวะหรือการปลูกถ่ายอวัยวะจำเป็นต้องใช้น้ำแข็งจากน้ำเกลือที่ใช้ในทางการแพทย์ (0.9% Normal saline) โดยนำน้ำแข็งใส่ลงไปบริเวณรอบ ๆอวัยวะที่ต้องการเตรียมเพื่อคงสภาพให้เหมาะสมสำหรับการปลูกถ่าย หากเป็นการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ น้ำแข็งจะช่วยไม่ให้อวัยวะได้รับผลกระทบระหว่างรับการผ่าตัด และส่งเสริมให้อวัยวะกลับมาทำงานได้ดีอีกครั้งหลังจากการทำผ่าตัด[11] ปัจจุบันการเตรียมน้ำแข็งที่ใช้สำหรับการผ่าตัดยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีหลายขั้นตอน ใช้เวลาเตรียมนานประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งการทุบน้ำแข็งในขวดอาจทำให้เกิดสิ่งแปลกปลอมที่มีความแหลมคม สามารถทำให้อวัยวะที่ถูกจัดเตรียมสำหรับปลูกถ่ายบาดเจ็บได้ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการปนเปื้อน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอาจมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดและสูญเสียอวัยวะได้[12]

จากปัญหาดังกล่าว การพัฒนากระบวนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อจึงถือเป็นอีกหนึ่งกระบวนการสำคัญ ที่จะทำให้การผ่าตัดเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อแก้ปัญหาอวัยวะได้รับบาดเจ็บจากกระบวนการนี้ อีกทั้งการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะเป็นหัตถการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จึงต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดถือเป็นหนึ่งในทีมที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด[13] ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงทั้งหมดที่จะเกิดกับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีบทบาทในการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะโดยตรงได้เล็งเห็นความสำคัญในกระบวนการนี้ จึงได้พัฒนาคิดค้นนวัตกรรมอุปกรณ์ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อตั้งแต่ถุงผ้า ถุงผ้าสังเคราะห์ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน จนถึงเครื่องปั่นน้ำแข็งปลอดเชื้อภายใต้ชื่อ “Peeraya I-crusher” ปั่นถนัด ประหยัดแรง เพื่อลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บของอวัยวะสำหรับปลูกถ่าย ส่งเสริมให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการปลูกถ่ายอวัยวะ ลดระยะเวลาเตรียม สะดวกปลอดภัยต่อบุคลากรในทีมขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อประเมินผลของการใช้นวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานมีนวัตกรรมที่ใช้ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะที่มีประสิทธิภาพ

วิธีการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kammis & McTaggart (1988) หลักการทำ P-A-O-R Spiral Cycle ประกอบด้วย 4 ระยะ[14] ได้แก่ ขั้นวางแผน (Plan) วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน,ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) 1) วางแผนการออกแบบนวัตกรรมโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน , 2) จัดทำนวัตกรรม, สังเกตการณ์ (Observe) 3) นำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการผ่าตัดในปี 2566 ติดตามผลของการใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น และขั้นสะท้อนผล (Refection) ประเมินผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการใช้นวัตกรรมและปรับปรุงแผนการพัฒนา ทำการศึกษา ณ ห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ 1 มีนาคม 66 – 1 เมษายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น แบบประเมินนวัตกรรมของกระทรวงสาธารณสุข นำมาสร้างเครื่องมือใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เพศ, อายุ, อายุงาน, ระดับการศึกษา แบบประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์การพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัด 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.90

ส่วนที่ 1 รูปแบบการพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการระดมสมองของทีมพยาบาลห้องผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะ ได้แก่ 1) ระดมสมองทีมพยาบาลจัดทำแนวทางจัดทำแผนการสอนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด วางแผนแนวทางปฏิบัติแนวทางในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อที่ถูกต้องเมื่อนำไปใช้ 2) จัดทำคู่มือ เอกสารสื่อการสอน สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ ห้องผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะโรงพยาบาลขอนแก่น ในเรื่องการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 3) จัดประชุมชี้แจงการนำใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสำหรับแพทย์พยาบาลและทีมสหสาขาใน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อความเข้าใจและปฏิบัติในแนวทางที่กำหนด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลห้องผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะ โรงพยาบาลขอนแก่น ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาในการทำงานที่ห้องผ่าตัดประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

2. แบบประเมินการบาดเจ็บจากสิ่งแปลกปลอมที่เกิดจากกระบวนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อที่ใช้ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทนกับอวัยวะที่เตรียมปลูกถ่าย สิ่งปนเปื้อนขนาดใหญ่กว่า 1

มิลลิเมตรในน้ำแข็ง และสิ่งปนเปื้อนขนาดเล็กกว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ น้ำแข็งปลอดเชื้อในการทำผ่าตัด อวัยวะที่ทำการปลูกถ่ายที่จัดเก็บในห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่น และเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะและมีหน้าที่ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อสำหรับการผ่าตัด ปี 2566 และปี 2567 จำนวน 60 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่าง มีเพศชาย 8 คน และ เพศหญิง 52 คน จากห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มที่ 1 กลุ่มน้ำแข็งปลอดเชื้อในการทำผ่าตัด

ประชากร คือ น้ำแข็งปลอดเชื้อในการทำผ่าตัดที่ใช้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะที่จัดเก็บในห้องผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ น้ำแข็งปลอดเชื้อในการทำผ่าตัดที่ใช้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะที่จัดเก็บในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2566 จำนวน 60 ถุง และ ปี 2567 จำนวน 60 ถุง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

Inclusion criteria 1. น้ำแข็งปลอดเชื้อในการทำผ่าตัดที่ใช้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะ 2. จัดเก็บในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2566 และ ปี 2567

Exclusion criteria 1. น้ำแข็งปลอดเชื้อในการทำผ่าตัดที่ใช้ทำการผ่าตัดหัตถการอื่น 2. ไม่ได้จัดเก็บในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่นในปี 2566 และ ปี 2567

กลุ่มที่ 2 กลุ่มอวัยวะที่ทำการปลูกถ่ายที่จัดเก็บในห้องผ่าตัด

ประชากร คือ อวัยวะที่ทำการปลูกถ่ายที่จัดเก็บในห้องผ่าตัดที่จัดเก็บในห้องผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ อวัยวะที่ทำการปลูกถ่ายที่จัดเก็บในห้องผ่าตัดที่จัดเก็บในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2566 และ ปี 2567 จำนวน 60 ชิ้น ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจากห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

Inclusion criteria 1. อวัยวะที่ทำการปลูกถ่ายที่จัดเก็บในห้องผ่าตัด 2. จัดเก็บในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2566 และ ปี 2567

Exclusion criteria 1. อวัยวะอื่นที่ไม่ได้ทำการปลูกถ่ายจัดเก็บในห้องผ่าตัด 2. ไม่ได้จัดเก็บในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่นในปี 2566 และ ปี 2567

กลุ่มที่ 3 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะและมีหน้าที่ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อสำหรับการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะและมีหน้าที่ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อสำหรับการผ่าตัด ปี 2566 และปี 2567 จำนวน 60 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจากห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

Inclusion criteria 1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด 2. ทำการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะและมีหน้าที่ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อสำหรับการผ่าตัด ปี 2566 และปี 2567 3. มีอายุมากกว่า 20 ปี บริบูรณ์ 4. ทำงานในโรงพยาบาลขอนแก่น 5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion criteria 1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอื่นของโรงพยาบาล 2. ไม่ทำการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะและมีหน้าที่ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อสำหรับการผ่าตัด ปี 2566 และปี 2567 3. มีอายุน้อยกว่า 20 ปี บริบูรณ์ 4. ทำงานในโรงพยาบาลนอกพื้นที่ 5. ขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับใช้แบบประเมินนวัตกรรมของกระทรวงสาธารณสุข นำมาสร้างเครื่องมือใช้เป็น แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะและมีหน้าที่ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อสำหรับการผ่าตัด ปี 2566 และปี 2567 จำนวน 60 คน ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานที่ห้องผ่าตัด ประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน 1) การบาดเจ็บจากสิ่งแปลกปลอมที่เกิดจากกระบวนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อที่ใช้ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทนกับอวัยวะที่เตรียมปลูกถ่าย 2) สิ่งปนเปื้อนขนาดใหญ่กว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง และ 3) สิ่งปนเปื้อนขนาดเล็กกว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน เพื่อเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อ จำนวน 10 ข้อ โดยมีการประยุกต์มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ท แบบ Rating Scale 5 ระดับ กำหนดระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง บุคลากรที่ใช้มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง บุคลากรที่ใช้มีความพึงพอใจน้อย

คะแนน 3 หมายถึง บุคลากรที่ใช้มีความพึงพอใจปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง บุคลากรที่ใช้มีความพึงพอใจมาก

คะแนน 5 หมายถึง บุคลากรที่ใช้มีความพึงพอใจมากที่สุด

การแปลความหมายระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมถุงซิลิโคลเพื่อเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อ แบบ Rating Scale 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
4.51-5.00	ความพึงพอใจมากที่สุด
3.51-4.50	ความพึงพอใจมาก
2.51-3.50	ความพึงพอใจปานกลาง
1.51-2.50	ความพึงพอใจน้อย
1.00-1.50	ความพึงพอใจ น้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ศึกษาเก็บรวบรวมจากแบบสัมภาษณ์และสอบถามจากพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีบทบาทในการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การ

แจกแจงความถี่ อัตราส่วนร้อยละ ในเรื่องอวัยวะที่เตรียมปลูกถ่ายไม่เกิดการบาดเจ็บจากสิ่งแปลกปลอมที่เกิดจากกระบวนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อที่ใช้ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน ไม่พบสิ่งปนเปื้อนขนาดใหญ่กว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง ไม่พบสิ่งปนเปื้อนขนาดเล็กกว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็งของผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

3. ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีบทบาทในการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายชี้แจงอย่างละเอียดแก่กลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้แก่วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย รายละเอียดในการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับของงานวิจัย วิธีการขั้นตอน ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถเข้ารับบริการได้ตามปกติและได้รับการดูแลตามมาตรฐานข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อ สงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

การพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งผลการศึกษาเป็นดังนี้

1. เกิดนวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

2. ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่นเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมจากแบบสัมภาษณ์และสอบถามจากพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีบทบาทในการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวน 60 คน ในปี 2566 และปี 2567 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-29 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ประสบการณ์ปฏิบัติงานระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลห้องผ่าตัด 1-5 ปีมากที่สุด

2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนานวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ อัตราส่วนร้อยละ ในเรื่องอวัยวะที่เตรียมปลูกถ่ายไม่เกิดการบาดเจ็บจากสิ่งแปลกปลอมที่เกิดจากกระบวนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อที่ใช้ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน ร้อยละ 100 ไม่พบสิ่งปนเปื้อนขนาดใหญ่กว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง ร้อยละ 100 ไม่พบสิ่งปนเปื้อนขนาดเล็กกว่า 1 มิลลิเมตร ร้อยละ 100 ในน้ำแข็งของผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

2.3 ประเมินความพึงพอใจ ของบุคลากรทีมพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีบทบาทในการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังใช้แนวปฏิบัติการพบว่าพยาบาล

วิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.6, S.D. =0.56) ความสะดวกต่อการใช้งาน ง่ายต่อการทำความสะอาด มีความทนทานแข็งแรง คุณภาพดี รูปลักษณ์สวยงาม สะอาด หาซื้อได้ง่าย ใช้เวลาไม่นาน และมีน้ำหนักเบามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แพร่ผ่านความเย็นได้ดี ราคาย่อมเยา แห้งง่าย เคลื่อนย้ายสะดวก ประสิทธิภาพในการใช้นวัตกรรมและความพึงพอใจของนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

นวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้น พบว่า อวัยวะที่เตรียมปลูกถ่ายไม่เกิดการบาดเจ็บจากสิ่งแปลกปลอมที่เกิดจากกระบวนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อที่ใช้ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน ร้อยละ 100 ไม่พบสิ่งปนเปื้อนขนาดใหญ่กว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง ร้อยละ 100 ไม่พบสิ่งปนเปื้อนขนาดเล็กกว่า 1 มิลลิเมตรในน้ำแข็ง ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสิ่งที่ประดิษฐ์ขึ้นในระดับมากที่สุด การพัฒนากระบวนการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อจึงถือเป็นอีกหนึ่งกระบวนการสำคัญ ที่จะทำให้การผ่าตัดเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อแก้ปัญหาอวัยวะได้รับบาดเจ็บจากกระบวนการนี้ อีกทั้งการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะเป็นหัตถการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จึงต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดถือเป็นหนึ่งในทีมที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงทั้งหมดที่จะเกิดกับผู้ป่วย[6,11,13] ทั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีบทบาทในการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะโดยตรงได้เล็งเห็นความสำคัญในกระบวนการนี้ จึงได้พัฒนาคิดค้นนวัตกรรมอุปกรณ์ในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อตั้งแต่ถุงผ้า ถุงผ้าสังเคราะห์ถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน จนถึงเครื่องปั่นน้ำแข็งปลอดเชื้อภายใต้ชื่อ “ Peeraya I-crusher” ปั่นถนัด ประหยัดแรง เพื่อลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บของอวัยวะสำหรับปลูกถ่าย ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการปลูกถ่ายอวัยวะ ลดระยะเวลาเตรียม สะดวก ปลอดภัยต่อบุคลากรในทีมส่งเสริมให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. นวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ควรมีการปรับใช้กับ Operation อื่น เช่น Anatrophic nephrolithotomy (ANL)

2. ควรมีการติดตาม ประเมินผลการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อสามารถขยายผลไปใช้ได้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลหลังการใช้นวัตกรรมในการเตรียมน้ำแข็งปลอดเชื้อในกระบวนการการผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะด้วยถุงเทอร์โมพลาสติกโพลียูรีเทน “Smart Nurse Smart Bag” ในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากห้องผ่าตัดจัดเก็บอวัยวะและโรงพยาบาลขอนแก่น ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น หัวหน้าหน่วยศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ประธานคณะกรรมการวิจัย และพัฒนา R2R หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการตรวจรักษา พิเศษที่สนับสนุนเวลาในการศึกษาและพัฒนา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับด้านระเบียบวิจัยการช่วยประสานงาน กับทีมสหสาขาจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. OPTN Organ Procurement & Transplantation Network. (2023) Continued increase in organ donation drives new records in 2023; New milestones exceeded. Published on: Wednesday, January 10, 2024.
(สืบค้นข้อมูลออนไลน์เมื่อ วันที่ 20 กันยายน 67 Continued increase in organ donation drives new records in 2023; New milestones exceeded - OPTN)
2. United Network for Organ Sharing. (2022). New all-time records set for organ transplants and deceased donor donation in 2021. (สืบค้นข้อมูลออนไลน์เมื่อ วันที่ 20 กันยายน 67 https://unos.org/news/2021-all-time-records-organ-transplants-deceased-donor-donation/#:~:text=In%202021%2C%2041%2C354%20organ%20transplants,and%20Transplantation%20Network%20under%20federal)
3. Muco E, Yarrarapu SNS, Douedi H, Burns B. Tissue and Organ Donation. 2023 Jul 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 32491363. (สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491363/)
4. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ(2566). สภากาชาดไทย. รายงานประจำปี พ.ศ.2566. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย.(สืบค้นข้อมูลออนไลน์https://www.organdonate.in.th/assets/files/odc2566.pdf)
5. กระทรวงสาธารณสุข (2565) รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565.(สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/54)
6. Charan, T., Kaewput, W., Pattawarin, P., & Cheungpasitporn, W. (2022). Progress and recent advances in solid organ transplantation. MDPI Journals, 11(8), 2112.(สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://doi.org/10.3390/jcm11082112)
7. El-Bandar, N., Lerchbaumer, M. H., Peters, R., Maxeiner, A., Kotsch, K., Sattler, A., Miller, K., Schlomm, T., Hamm, B., Budde, K., & et al. (2022). Contrast-enhanced ultrasound (CEUS) perfusion is associated with kidney function in living kidney donors. Journal of Clinical Medicine, 11, 791. (สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://doi.org/10.3390/jcm11030791)
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567). (สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://www.nhso.go.th/operating_results/64)
9. กระทรวงสาธารณสุข (2559) แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). (สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf)
10. เวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). สถิติศูนย์รับบริจาคอวัยวะ
11. Nicholson, L. M., & Hosgood, A. S. (2023). Organ retrieval and preservation. Surgery (Oxford), 41(9), 559-565. (สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://www.researchgate.net/publication/342252922_Organ_retrieval_and_preservation)

12. Westenberg, L. B., van Londen, M., Sotomayor, C. G., Moers, C., Minnee, R. C., Bakker, S. J. L., & Pol, R. A. (2021). The association between body composition measurements and surgical complications after living kidney donation. Journal of Clinical Medicine, 10, 155. (สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://doi.org/10.3390/jcm10010155)
13. นันทวรรณ เหลืองธาดา.(2558) 2 ทศวรรษการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี: บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดใน การเตรียมความพร้อมการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย.รามาธิบดีรามาพยาบาลสาร.21(1): 12-0.
14. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin University Press. (สืบค้นข้อมูลออนไลน์ https://chatgpt.com/c/67179dd5-1a50-8011-9598-b147cad3f905?model=gpt-4o-canmore)

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Continuity of care model for Intermediate Care in stroke patients of Kalasin Hospital, Kalasin Province.

(Received: October 26,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

นันทิยา ภูกิ่งพลอย[1]
Nantiya Poukingploy[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการศึกษาในช่วงเดือน ในช่วงเดือนตุลาคม 2566-กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 87 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก แบบประเมิน ADL แบบประเมิน MRS Score วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน สถิติเชิงอนุมาน t-test และเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.02 อายุส่วนมากน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 33.33 (Mean± SD = 58.46±1.67, Min=52, Max=75ปี) อาชีพส่วนมากรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.78 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 การศึกษาส่วนมากประถมศึกษา ร้อยละ 40.23 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็น Ischemic stroke ร้อยละ 82.76 โรคร่วมส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 32.18 ความลำบากของผู้ป่วยส่วนมากเดินลำบาก และ ความอ่อนแรง แขน ขา ร้อยละ 97.70 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง ร้อยละ 42.53 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 5 กระบวนการสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2) ประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามมาตรฐาน 3) ปรับปรุงข้อมูลสภาพปัญหาก่อนจำหน่าย 4) พัฒนาระบบการติดตามอาการด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย 5) มีระบบสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยเพื่อการบริบาลฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการพัฒนาพบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนเฉลี่ย ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 3.12)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ, การพยาบาลต่อเนื่องในชุมชน, การมีส่วนร่วม

Abstract

This research is participatory action research. Aim to develop and implement a continuity of care model for stroke patients in the rehabilitation phase at Kalasin Hospital, Kalasin Province. Sample consisted of a multidisciplinary team and 87 stroke intermediate care patients phase. Research tools instruments included a general and clinical data collection form, an ADL assessment form, and an MRS Score assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, inferential statistics, t-tests, and qualitative content analysis.

Results of the study Stroke patients in the rehabilitation phase Most of them were male (54.02%), 33.33% were under 60 years old (Mean±SD = 58.46±1.67, Min=52, Max=75 years old), 36.78% were general laborers, 100% were Buddhists, 40.23% were primary school education, 82.76% were ischemic stroke, 32.18% were comorbidities, 97.70% were diabetes, and 42.53% were diabetic. Most of the patients had difficulty walking and weakness in their arms and legs. The ability to perform daily life was mostly independent, 42.53%. The development of the model consisted of 5 important processes: 1) Develop guidelines for referring patients for continuous care at home, 2) Evaluate and prepare for discharge according to standards, 3) Update problem information before discharge, 4) Develop a symptom tracking system with modern technology, and 5) Have a patient health record book for rehabilitation care. After the development, it was found that the ability to perform daily life, the average ADL score increased significantly at the statistical level of .05 (t = 3.12).

Keywords: Intermediate care stroke, continuing nursing care in the community, participation in network partners

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 11.62 ของผู้เสียชีวิตในปี 2562 และเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดภาวะทุพลภาพอันดับ 3 ทั่วโลก สถานการณ์โลกจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นทุกปีปัจจุบันพบประมาณ 15 ล้านคนทั่วโลก และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกอีกด้วย ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมักมีความพิการหลงเหลือ โดยเฉพาะทรงตัวและการเคลื่อนไหว ประสาทการรับรู้การสื่อสาร อารมณ์ ด้านครอบครัว สังคม และยังพบว่าส่วนนึงเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี[1] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 278.49 รายต่อประชากรแสนคน เพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี โดยในปี 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 4,309 รายต่อประชากร 806,746 คิดเป็นร้อยละ 0.53 ในปี 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 4,604 รายต่อประชากร 797,270 คิดเป็นร้อยละ 0.58 และในปี 2567 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม จนถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4,878 รายต่อประชากร 785,235 คิดเป็นร้อยละ 0.62 ประเทศไทยในปี 2564 - 2566 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 330, 332 และ 336 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี 2564-2566 เป็นร้อยละ 11.00, 11.02 และ 12.25 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[2]

การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นเรื่องสำคัญมากจากสถิติในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงการฟื้นฟูระยะกลาง ในปี 2566 มีเพียงร้อยละ 12.89 เท่านั้น และจากผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 17.86 ที่เข้ารับการรักษาทันในช่วง Golden period และได้นอนโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟู จะมีแค่ ร้อยละ 4 ที่พ้นระยะวิกฤติ และจะถูกจำหน่ายให้กลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤต และมีอาการคงที่แล้วแต่ยังมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า15 คะแนน ร่วมกับความบกพร่อง และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่จำเป็นต้องได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะกลางต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน ครอบครัว และชุมชนที่อาศัย การเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี การฟื้นตัวที่ดี มีภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุด ลดความพิการ ทุพพลภาพ ลดการเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และสามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติ ลดงบประมาณด้านการรักษาของภาครัฐ[3]

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วย 1,425 คน 1,518 คน 1,699 คน ตามลำดับ จากการทบทวนรายงานในปี 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่รับไว้รักษา 1,699 คน โดยส่งต่อฟื้นฟูสภาพ Intermediate care ครบ 6 เดือน โดยมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 15 คะแนน หรือคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) มากกว่า 15 แต่มี multi impairment จำนวน 806 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.43 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อ และมีความจำเป็นต้องดูแลรักษาต่อเนื่องต่อปีมีปริมาณมาก บ่งชี้ได้ว่าระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่รองรับการส่งต่อมีความสำคัญมาก บางรายมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน เพื่อลดความพิการ ซึ่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ยังไม่มีหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ จึงมี

ความจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปรักษาและฟื้นฟูสภาพยังสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านใน 3 รูปแบบ คือ IMC BED /IMC OPD/IMC COM เพื่อเป็นการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชนต่อไป

จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปจนถึงครอบครัวและชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสู่ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้บริการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน ในช่วงเดือน ตุลาคม 2566-กันยายน 2567 รวมดำเนินการวิจัย 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ในช่วงเดือน ในช่วงเดือน ตุลาคม 2566-กันยายน 2567 จำนวน จำนวน 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และมีการฟื้นตัวจากระยะวิกฤตและฉุกฉินเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ในช่วงเดือน ในช่วงเดือน ตุลาคม 2566-กันยายน 2567 คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 87 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนความในการผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่มการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องในชุมชน การดูแลต่อเนื่องความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องในชุมชน แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

1.2 เครื่องมือในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ รายบุคคล คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ วิดีโอการสอนสาธิต เรื่อง การดูแลตนเองในการชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพแบบบันทึกผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุด ดังนี้

2.1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้อง รายได้ ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะโรคหลอดเลือดสมอง โรคร่วม ความลำบากของผู้ป่วย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ที่ Mahoney & Barthel เป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 10 ด้าน ได้แก่ การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การดูแลตนเอง การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ การแต่งตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหารและการขึ้นบันได

2.3 แบบประเมินความพิการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Ranking Scale; MRS Score) จำนวน 6 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้อง รายได้ ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะโรคหลอดเลือดสมอง โรคร่วม ความลำบากของผู้ป่วย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน ADL, MRS Score ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 87 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 47 คน ร้อยละ 54.02 รองลงมาเป็นหญิง จำนวน 40 คน ร้อยละ 45.98 อายุส่วนมากน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 29 คน ร้อยละ 33.33 รองลงมา 60-65 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ24.14 และ 66-70 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 19.54 ตามลำดับ (Mean± SD = 58.46±1.67, Min=52, Max=75ปี) อาชีพ ส่วนมากรับจ้างทั่วไป 32 คน 36.78 รองลงมาค้าขาย จำนวน 24 คน ร้อยละ 27.59 ทำไร่ทำนา และ รับราชการ จำนวน 12 คน เท่ากัน ร้อยละ 13.79 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด 87 คน ร้อยละ 100 การศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 35 คน ร้อยละ 40.23 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.29 และ ปริญญาตรี จำนวน 16 คน ร้อยละ 18.39 ตามลำดับ ประเภท ของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น Ischemic stroke จำนวน 72 คน ร้อยละ 82.76 และ Hemorrhagic stroke จำนวน 15 คน ร้อยละ 17.24 โรคร่วมส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 28 คน ร้อยละ 32.18 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน ร้อยละ 22.99 และไตวาย จำนวน 10 คน ร้อยละ 11.49 ตามลำดับ ความลำบากของผู้ป่วย ส่วนมากเดินลำบาก และ ความอ่อนแรง แขนขา จำนวน 85 คน ร้อยละ 97.70 เท่ากัน และ เหนื่อยล้า จำนวน 72 คน ร้อยละ 82.76 และนอนไม่หลับ จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.29 ตามลำดับ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง จำนวน 37 คน ร้อยละ 42.53 รองลงมาภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 31 คน ร้อยละ 35.63 และ ภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 9 คน ร้อยละ 10.34 ตามลำดับ ดัง

แสดงใน ตาราง 1

การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า มีปัญหาการร่วมเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังขาดความรู้และบางรายผู้ดูแลยังไม่มีความมั่นใจการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยที่แพทย์ให้จำหน่ายบางรายยังไม่มีความพร้อมในการดูแล เช่นขาดอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อข้อมูลในระบบ “โปงลาง COC “ ยังขาดความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลและฟื้นฟูต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านพบว่าเจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้านออกเยี่ยมผู้ป่วยช้ากว่ากำหนดการตามแผน การติดตามประเมินอาการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าจะผู้ดูแลบางรายยังขาดทักษะ ขาดความมั่นใจการ และขาดความตระหนักถึงการดูแลในระยะฟื้นฟู เช่น การไม่กล้าจับตัวผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว ยังให้อาหารไม่ถูกหลัก และที่สำคัญไม่ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปาก

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

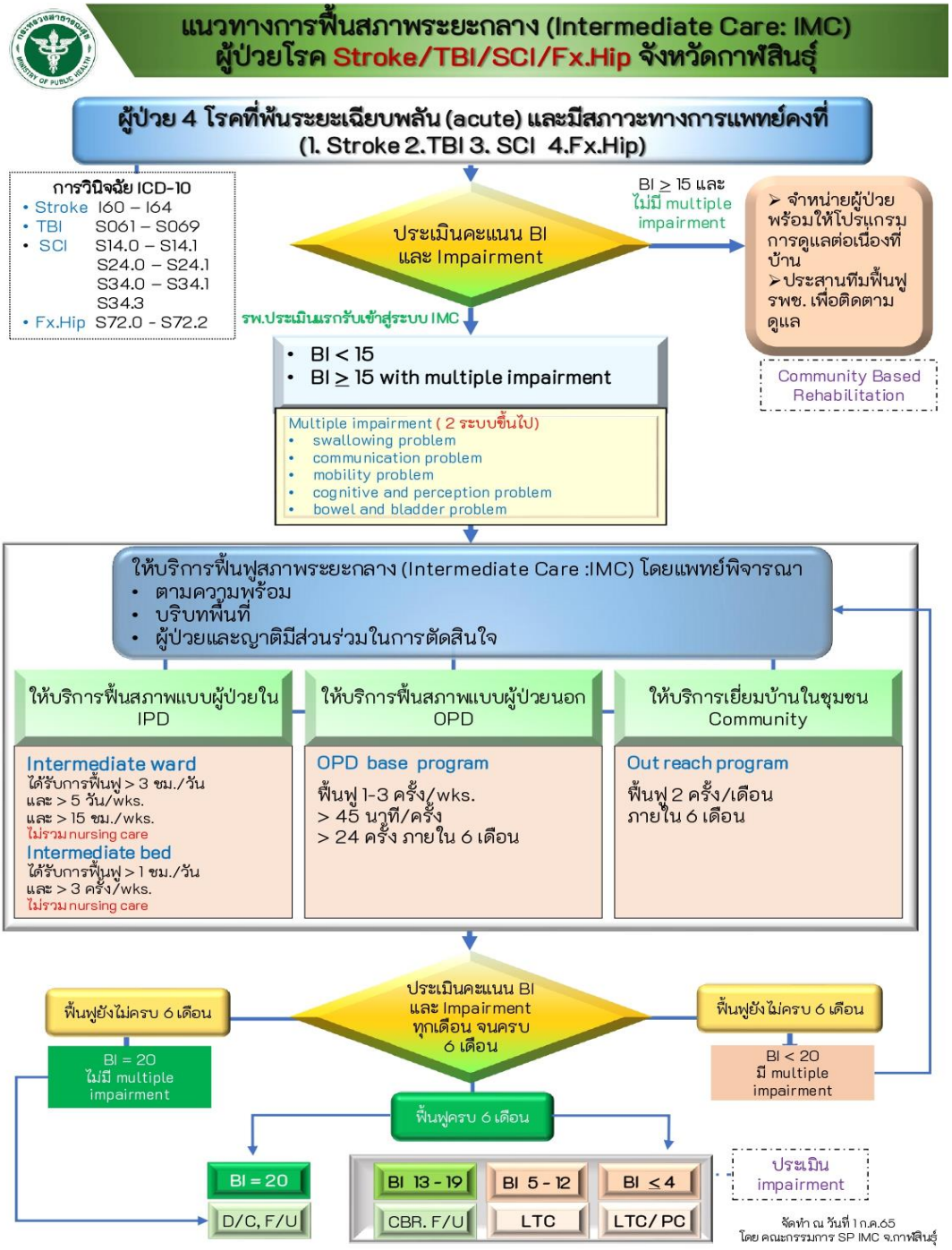
การพัฒนารูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 5 กระบวนการสำคัญ ดังนี้ 1. พัฒนาแนวปฏิบัติติการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ทันสมัยและเป็นไปแนวทางเดียวกัน 2) ประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยตามมาตรฐาน 3) ปรับปรุงข้อมูลสภาพปัญหาก่อนจำหน่ายและปญหาที่ต้องได้รับการติดตามหลังจำหน่ายโดยการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในโปรแกรม “โปงลาง COC” 4) พัฒนาระบบการติดตามอาการด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือใช้โซเชียลมีเดียเช่น Application Line OA 5) มีระบบสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยเพื่อการบริบาลฟื้นฟูสภาพ

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการประเมินความพิการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Ranking Scale; MRS Score) พบว่า ส่วนมาก มีความผิดปกติมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มีคนช่วยได้ สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนพยุงมีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียงปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จำนวน 28 คน ร้อยละ 32.18 รองลงมาไม่มีความผิดปกติที่รุนแรงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่างทำงานอาชีพได้ จำนวน 22 คน ร้อยละ25.29 และ ไม่มีความผิดปกติเลย จำนวน 12 คน ร้อยละ 13.79 ตามลำดับ

3.2 หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง จำนวน 39 คน ร้อยละ 44.83รองลงมาภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 29 คน ร้อยละ 33.33 และภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 11 คนร้อยละ 12.64 และภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 8 คน ร้อยละ 9.20 ตามลำดับ

3.3 ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ย ADL เพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 8.32 คะแนน (SD 2.45 คะแนน) ภายหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ย ADL มีค่า 9.68 คะแนน (SD 2.39 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย ADL ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 3.12) ดังตาราง 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 1 การทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=87)

รายการ	Means	S.D.	t	p-value
คะแนน ADL ก่อนการพัฒนา	8.32	2.45	3.12	0.036*
คะแนน ADL หลังการพัฒนา	9.68	2.39		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูส่วนมากเป็นเพศชาย อายุน้อยกว่า 60 ปี มีอาชีพส่วนมากรับจ้างทั่วไป นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาส่วนมากประถมศึกษา ประเภทของโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็น Ischemic stroke โรคร่วมส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ความลำบากของผู้ป่วยส่วนมากเดินลำบาก และ ความอ่อนแรง แขน ขา ด้านระบบพบปัญหาการร่วมเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายพบว่า ระบบการส่งต่อข้อมูล ปัญหาการเยี่ยมบ้าน การติดตามประเมินอาการ ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังขาดองค์ความรู้ สอดคล้องกับ ยุวดี ผงสา[8] และสอดคล้องกับ ศิล เทพบุตร์ [9]

การพัฒนารูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ เน้นกระบวนการ พัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย การประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยตามมาตรฐาน 3) ปรับปรุงข้อมูลสภาพปัญหาก่อนจำหน่าย ติดตามอาการด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีระบบสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยเพื่อการบริบาลฟื้นฟูสภาพ สอดคล้องกับ ณีรนุช วงค์เจริญ และคณะ[10] และสอดคล้องกับ อภันตรี กองทอง[11] และสอดคล้องกับ เขมจิรา มิตพะมา[12]

ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู การประเมินความพิการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (MRS Score) ดีขึ้น และการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานอย่างจริงจัง การทำงานร่วมกับชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการส่งต่อการดูแลในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ อาคม รัฐวงษา และ อรสา กงตาล[13] และสอดคล้องกับ สุดศิริ หิรัญชุณหะ และ คณะ[14]

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพควรมีการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต้องปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการจึงจะประสบผลสำเร็จได้

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ญาติผู้ดูแล และบุคลากร ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World stroke day. Available from: www.worldstrokecampaign.org/media/pages/aboutwordstrokeday2010.aspx.
2. Burden of Disease Research Program Thailand, International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disability Adjust Life Year: DALY. Nonthaburi province, Thailand; 2014.
3. Saver JL. Time is brain: Quantified. Stroke 2006; 37(2): 263-266.
4. Tiamkao S. Stroke fast track. North-Eastern Neuroscience Association. Khon Kaen: Klungnana¬tham; 2012; 50-55.
5. ไพรวัลย์ พรมที. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. Journal of Nursing and Health Care. หน้าปีที่ 39 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2564 หน้า 128-137
6. Techaatik P, Wunsupon S, Sumritrin S. Effectiveness of implementing evidence-based practice for traumatic patients at out-patient of the accident and emergency unit. Journal of Nursing Science & Health 2011; 34(3): 65-74.
7. รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง.กลุ่มการพยาบาล. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. 2567
8. ยุวดี ผงสา. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วารสาร สสจ. ขอนแก่น ปีที่ 2ฉบับที่ 2กรกฎาคม –ธันวาคม2563 หน้า139-153
9. ศิล เทพบุตร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. 63 122-124
10. ณีรนุช วงค์เจริญ ทัศนมินทร์ รัชตาธนรัชต์ และ พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 04 (2563): ตุลาคม – ธันวาคม. หน้า 61-71
11. อภันตรี กองทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. หน้า 1-11 วารสารศูนย์อนามัยที่ 2 พิษนุโลก
12. เขมจิรา มิตพะมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. โรงพยาบาลเซกา. 2564.
13.อาคม รัฐวงษา และ อรสา กงตาล. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. วารสารมหาวิทยาลัยขอนแก่น หน้า 670-680
14. สุดศิริ หิรัญชุณหะ และ คณะ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2564 หน้า 115-127

อัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (respiratory distress syndrome : RDS) ก่อนและหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว (fast track to surfactant) ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Mortality Rate in Preterm Newborns with Respiratory Distress Syndrome (RDS) Due to Surfactant Deficiency Before and After Implementing a Fast-Track Surfactant Administration Protocol at King Narai Hospital.

(Received: October 26,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

นาวิน การะยะ[1], มุทิตา มีแสง[1], พงศกร ฉ่ำพึ่ง[1]
Navin Garaya[1], Muthita Meesang[1], Pongsakorn Champueng[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนและหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว ศึกษาในทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัย RDS และได้รับการรักษาด้วยแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว (fast track to surfactant) ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 350 คน รวบรวมข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant วิเคราะห์ข้อมูลด้วย logistic regression และ Multiple logistic regression ในการประเมิน odd ratio โดยค่า p<0.05

ผลการศึกษา: จากจำนวนทารก 350 คน ทารกเสียชีวิตจำนวน 32 คน (13.4%) สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (71.8%) ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 18.88±7.18 วัน ระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.64±7.42 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 52,888±45,312.84บาท ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนและหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) คือ อายุครรภ์ < 30 สัปดาห์ (OR 4.98, 95%CI 2.09-11.85) มารดามีภาวะ pre eclamsia (OR 9.89, 95%CI 2.32-42.04) การผ่าตัดคลอด (OR 2.28, 95%CI 1.99-5.24) และทารกท่าก้น (OR 1.05, 95%CI 1.01-4.36)

คำสำคัญ : ภาวะหายใจลำบาก, การขาดสารลดแรงตึงผิว

Abstract

This study was retrospective aimed to study the mortality rate and the factors associated with mortality before and after the implementation of a fast-track surfactant administration protocol. Conducted on all preterm newborns diagnosed with RDS who were treated under the fast-track surfactant protocol at King Narai Hospital between October 1, 2019, and September 30, 2023. A total of 350 newborns were included. Data collected included basic demographic information, general risk factors, pregnancy-related complications, and surfactant treatment details. Statistical analysis was performed using logistic regression and multiple logistic regression to assess the odds ratios, with a significance level of $p < 0.05$.

Results: Out of 350 newborns. A total of 32 newborns (13.4%) died, with the most common cause of death being sepsis (71.8%). The average duration of mechanical ventilation was 18.88±7.18 days, and the average length of hospital stay was 18.64±7.42 days. The average treatment cost was 52,888±45,312.84 THB. Statistically significant factors associated with mortality before and after implementing the fast-track surfactant protocol ($p < 0.05$) included: Gestational age < 30 weeks (OR 4.98, 95% CI 2.09–11.85) Maternal pre-eclampsia (OR 9.89, 95% CI 2.32–42.04) Cesarean section (OR 2.28, 95% CI 1.99–5.24) Breech presentation (OR 1.05, 95% CI 1.01–4.36)

Keywords: Respiratory distress, Surfactant deficiency

[1] กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิวในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (RDS; respiratory distress syndrome) เกิดจากการที่โครงสร้างปอดของทารกยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ การสร้างสารสร้างแรงตึงผิว (surfactant) ในถุงลมไม่มากพอ[1] หรือมีความผิดปกติของการสร้างและการหลั่งสารลดแรงตึงผิวออกมาในถุงลม โดยสารนี้จะช่วยให้ภายหลังการหายใจออกของทารกจะช่วยให้ถุงลมคงรูปอยู่ได้โดยไม่แฟบ ทำให้ทารกมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง[2] เกิดภาวะขาดออกซิเจน เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดเสียชีวิต การรักษาหลัก คือ การให้สารลดแรงตึงผิว โดยถือระยะเวลาการให้ dose แรกภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดเป็น Early surfactant therapy และมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังคลอดเป็น Late surfactant therapy เพื่อการรักษา (selective or rescue treatment)[3] การให้ surfactant มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง เพื่อลดการเสียชีวิต และลดการเกิดภาวะโรคปอดเรื้อรังในทารกได้ ลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาในการวินิจฉัยและการให้ยารักษาควรทำอย่างรวดเร็วภายในไม่เกิน 2 ชั่วโมงแรกหลังทารกเกิด (early surfactant therapy)[4]

จากสถานการณ์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช อัตราการตายของทารกปริกำเนิด ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่าอัตราการตายของทารกปริกำเนิด 15.07, 14.45, และ 14.35 ต่อ 1000 การเกิดทั้งหมด ทารกกลุ่มหนึ่งเป็นทารกที่มีภาวะหายใจลำบากและต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยงานทารกป่วย ผลของทารกป่วยนอกจากผลเสียต่อร่างกายทารก[5] ยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลแก่บิดา มารดา ผู้ปกครอง รวมไปถึงค่าใช้จ่ายของครอบครัว และโรงพยาบาล ในภาพรวมแม้จะมีการพัฒนา ความรู้ทักษะและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของทารก จำนวนทารกป่วยด้วยภาวะ RDS ที่มีจำนวนมากจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล[6] จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าการให้ยารักษา surfactant ล่าช้ากว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิดในทารกที่วินิจฉัย RDS เช่น การไม่มีเกณฑ์การให้ surfactant ชัดเจน การรอเบิกจ่ายยา การรอการทำหัตถการรอดูภาพ X-ray ปอดทารก ดังนั้นจึงมีการจัดทำแนวทาง fast track to surfactant เพื่อให้ทารกที่ได้รับการวินิจฉัย RDS ได้รับยาอย่างรวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิด ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชขึ้นในปี 2560 เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ ที่ผ่านมายังไม่เคยศึกษาถึงอัตราการเสียชีวิตหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว (fast track to surfactant) ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช[7] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิว ก่อนและหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหา RDS ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตก่อนและหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว (fast track to surfactant) ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกหลังจัดทำแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว (fast track to surfactant) ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการวินิจฉัย RDS ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 625 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัย RDS และได้รับการรักษาด้วยแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิวอย่างรวดเร็ว (fast track to surfactant) ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2566

เกณฑ์การคัดเข้า 1. เกิดในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หรือถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลพบุรี 2. มีการบันทึกในเวชระเบียนครบสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก 1. ทารกมีความพิการแต่กำเนิด 2. ทารกสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนการให้สารลดแรงตึงผิว 3. เวชระเบียนไม่ครบสมบูรณ์

กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้สูตรคำนวญของ Robert V. Krejcie and W.Morgan

$$n = \frac{X^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

X^2 = 3.84 คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 890 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 238 คน

ผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ สถานที่การเกิด เพศ อายุครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักแรกเกิด คะแนน APGAR score ที่ 1 นาที, ที่ 5 นาที

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป ได้แก่ อายุมารดา อาชีพ จำนวนการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์, PROM,
Antepartum hemorrhage, Pre eclamsia

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant ได้แก่ การได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant หลังคลอด ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล การรอดชีวิตของทารก สาเหตุการเสียชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนดมารดา ใช้สถิติ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลของทารกที่รอดชีวิตและเสียชีวิต ใช้สถิติ Chi-square test, t-test วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดแบบปัจจัยเดียว ด้วย logistic regression และคราวละหลายปัจจัยด้วย Multiple logistic regression ในการประเมิน odd ratio โดยค่า $p<0.05$

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนด (n=238)

ปัจจัยพื้นฐาน	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ) (N=206)	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ) (N=32)	Odd Ratio (95%CI)	p-value
สถานที่การเกิด				
เกิดในโรงพยาบาล	175 (84.9)	26 (81.3)	Reference	
ส่งต่อมาจาก ร.พ.อื่น	31 (15.1)	6 (18.7)	1.72 (0.71-4.16)	0.23
เพศ				
ชาย	120 (58.3)	21 (65.6)	Reference	
หญิง	86 (41.7)	11 (34.4)	0.65 (0.31-1.38)	0.26
อายุครรภ์ Mean ± SD (min-max)				
> 30 สัปดาห์	11 (5.3)	4 (12.5)	Reference	
31-34 สัปดาห์	120 (58.3)	5 (15.6)	0.84 (0.30-2.12)	0.02*
28-30 สัปดาห์	30 (14.6)	8 (25.0)	1.12 (1.04-0.34)	0.00*
< 28 สัปดาห์	45 (21.8)	15 (46.9)	1.53 (1.48-4.82)	0.00*
mean±SD	31.00±2.66	29.85±3.43		
วิธีการคลอด				
Normal labor	78 (37.9)	23 (71.9)	Reference	
C/S	128 (62.1)	10 (28.1)	2.34 (1.13-4.83)	0.00*
น้ำหนักแรกเกิด Mean ± SD (min-max)				
≥2,000 กรัม	37 (17.9)	6 (15.6)	Reference	
1,500-1,999 กรัม	83 (40.3)	8 (25.0)	0.59 (0.18-1.92)	0.18
1,000-1,499 กรัม	64 (31.1)	12 (37.5)	0.30 (0.10-0.93)	0.24
< 1,000 กรัม	23 (10.7)	7 (21.9)	0.63 (0.23-1.80)	0.36
mean±SD	1,626.70±486.77	1,521.14±633.80		
APGAR score ที่ 1 นาที				
>7	84 (40.8)	9 (31.3)	Reference	
4-7	88 (42.7)	10 (28.1)	1.30 (1.12-4.78)	0.01*
< 4	34 (16.5)	13 (40.6)	2.38 (1.58-3.25)	0.00*
mean±SD	6.06±2.69	5.94±2.38		
APGAR score ที่ 5 นาที				
>7	83 (40.3)	8 (25)	Reference	
4-7	103 (50.0)	12 (37.5)	2.30 (1.12-1.78)	0.06
< 4	20 (9.7)	12 (37.5)	1.82 (1.09-3.79)	0.00*
mean±SD	7.87±2.21	7.65±2.34		

*p<0.05

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยเสี่ยงทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด (n=238)

ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ) **(N=206)**	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ) **(N=32)**	Odd Ratio (95%CI)	p-value
อายุมารดา Mean ± SD (min-max)				
35 ปี ขึ้นไป	139 (67.5)	12 (37.5)	Reference	
17-34 ปี	59 (28.6)	16 (50.1)	0.38 (0.92-1.57)	0.07
< 17 ปี	8 (3.9)	4 (12.4)	1.12 (1.02-3.48)	0.00*
อาชีพ				
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	155 (75.2)	25 (78.1)	Reference	
รับจ้าง	28 (13.6)	2 (6.3)	0.17 (0.32-0.87)	0.32
เกษตรกรรมและอื่นๆ	20 (9.7)	3 (9.3)	0.07 (0.01-0.63)	0.11
นักเรียน	3 (1.5)	2 (6.3)	0.20 (0.29-1.37)	0.08
จำนวนการตั้งครรภ์				
2-4 ครั้ง	74 (35.9)	22 (68.8)	Reference	
1 ครั้ง	132 (64.1)	10 (31.2)	0.76 (0.34-1.65)	0.49

*p<0.05

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ (n=238)

ปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ) **(N=206)**	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ) **(N=32)**	Odd Ratio (95%CI)	p-value
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	10 (4.9)	4 (12.5)	3.32 (1.16-9.55)	0.03*
PROM	15 (7.3)	6 (18.8)	2.62 (1.94-7.30)	0.08
Antepartum hemorrhage	4 (1.9)	1 (3.1)	1.47 (0.16-13.62)	0.74
Pre eclamsia	5 (2.4)	7 (21.9)	12.56 (3.45-45.66)	0.00*

*p<0.05

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant (n=238)

ข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ) **(N=206)**	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ) **(N=32)**	Odd Ratio (95%CI)	p-value
การได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด				
ได้รับ	198 (96.1)	30 (93.8)	Reference	0.43
ไม่ได้รับ	8 (3.9)	2 (6.2)	0.49 (0.09-2.57)	
ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant หลังคลอด Mean ± SD (min-max)	1.52±0.48	1.82±0.34	-	0.00
ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)				
Mean ± SD (min-max)	17.22±7.68	18.88±7.18	-	0.04
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)				
Mean ± SD (min-max)	46.86±27.42	18.64±7.42	-	0.03
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)				

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant (n=238)

ข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ) **(N=206)**	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ) **(N=32)**	Odd Ratio (95%CI)	p-value
Mean ± SD (min-max)	199,941±125,559.95	52,888±45,312.84	-	0.01

*p<0.05

ตารางที่ 5 แสดงภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา **(N=238)**

ภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา	**จำนวน**	**ร้อยละ**
Patent ductus arteriosus (PDA)	42	17.6
Ventilator associated pneumonia	81	34.0
Retinopathy of prematurity (ROP)	18	7.6
Bronchopulmonary dysplasia (BPD)	34	14.3

ตารางที่ 6 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด (n=32)

สาเหตุการเสียชีวิต	**จำนวน**	**ร้อยละ**
Neonatal sepsis (positive blood culture)	11	34.4
Neonatal sepsis (negative blood culture)	12	37.5
Pneumonia	7	21.9
Pneumothorax	2	6.2

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง	**Odd Ratio (95%CI)**	**p-value**
อายุครรภ์ < 30 สัปดาห์	4.98 (2.09-11.85)	0.00*
การผ่าตัดคลอด	2.28 (1.99-5.24)	0.04*
ทารกท่าก้น	1.05 (1.01-4.36)	0.00*
มารดามี Pre eclamsia	9.89 (2.32-42.04)	0.02*

*p<0.05

จากการศึกษาทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัย RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant อย่างรวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 238 คน ทารกรอดชีวิตจำนวน 206 คน (86.6%) ซึ่งในทารกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นทารกที่เกิดในโรงพยาบาลจำนวน 175 คน (84.9%) เป็นทารกเพศชายจำนวน 120 คน (58.3%) อายุครรภ์เฉลี่ย 31.00±2.66 สัปดาห์ คลอดปกติจำนวน 78 คน (37.9%) ผ่าตัดคลอดจำนวน 128 คน (62.1%) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,626.70±486.77 กรัม คะแนนแอ๊พการ์ที่ 1 นาที 6.06±2.69คะแนน แอ๊พการ์ที่ 5 นาที 7.87±2.21 ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant หลังคลอดเฉลี่ย 1.52±0.48 ชั่วโมง ระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจ 17.22±7.68 วัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 46.86±27.42 วัน

ทารกเสียชีวิตมีจำนวน 32 คน (13.4%) เป็นทารกที่เกิดในโรงพยาบาลจำนวน 26 คน (81.3%) เป็นทารกเพศชายจำนวน 21 คน (65.6%) อายุครรภ์เฉลี่ย 29.85±3.43 สัปดาห์ คลอดปกติจำนวน 23 คน (71.9%) ผ่าตัดคลอดจำนวน 10 คน (28.1%) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,521.14±633.80 กรัม คะแนนแอ๊พการ์ที่ 1 นาที

5.94±2.38 คะแนน แอ๊พการ์ที่ 5 นาที 7.65±2.34 ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant หลังคลอดเฉลี่ย 2.82±0.34 ชั่วโมง ระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจ 18.88±7.18 วัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.64±7.42 วัน

สาเหตุการเสียชีวิตของของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS ส่วนใหญ่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 23 คน (71.8%) Pneumonia จำนวน 7 คน (21.9%) Pneumothorax จำนวน 2 คน (6.2%)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS ได้แก่ อายุครรภ์ วิธีการคลอด คะแนนแอ๊พการ์ที่ 1,5 นาที อายุของมารดา มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มารดามีภาวะ Pre eclamsia เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) คือ อายุครรภ์ < 30 สัปดาห์ (OR 4.98, 95%CI 2.09-11.85) มารดามีภาวะ pre eclamsia (OR 9.89, 95%CI 2.32-42.04) การผ่าตัดคลอด (OR 2.28, 95%CI 1.99-5.24) หลังคลอดไม่เกิน 2 ชั่วโมง (OR -0.47, 95%CI 0.16-0.67)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลการใช้ surfactant ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบทารกรอดชีวิตร้อยละ 86.6 สูงกว่าการศึกษาของ นพวรรณ พงศ์โสภา[13] ที่มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 75.4 สูงกว่าการศึกษาของ วไลพร โรจน์สง่า[14] พบทารกรอดชีวิตร้อยละ 52.1 และสูงกว่าการศึกษาของ Wang H.[15]มีอัตราการรอดชีวิตของทารกร้อยละ 79.9 อัตราการรอดชีวิตทารกใกล้เคียงกับการศึกษาของ Horpaopan S.[16] ที่มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 81.3 สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจาก neonatal sepsis, pneumonia และ pneumothorax ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[13-16]ระยะเวลาที่ทารกรอดชีวิตได้รับสาร surfactant หลังคลอดเฉลี่ย 1.52 ชั่วโมง ซึ่งเร็วกว่าการศึกษาของ ชนิตา พจน์พิศุทธิพงศ์ และพรมนัส พันธุ์สุจริตไทย[17] มีระยะเวลาการได้รับสาร surfactant 3-20 ชั่วโมง และการศึกษาของ Wang H. ที่เวลาเฉลี่ยของการได้ รับสาร surfactant คือ 5 ชั่วโมง (2.1-12 ชั่วโมง) โดยเมื่อเทียบกับแนวทางการรักษาแบบ early rescue (ไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลังคลอด) ทั้งนี้เนื่องจากทารกส่วนใหญ่เกิดในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชและทารกที่คาดว่าจะเกิดก่อนกำหนด มารดาจะถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมาคลอดที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทำให้การส่งตรวจทางรังสี การวินิจฉัยและการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น

ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาได้แก่ Pneumonia, PDA และ BPD ยังคงเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษานี้พบ PDA และ BPD ร้อยละ 17.6 และ 14.3 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Horpaopan S ที่เกิด PDA และ BPD ร้อยละ 67 และ ร้อยละ 46.1 ตามลำดับ และการเกิด pneumothorax ของการศึกษานี้พบร้อยละ 6.2 น้อยกว่าการศึกษาของ Aguar M และคณะ[18] คือ ร้อยละ 6.8 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลทารกที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจมีเทคโนโลยีความทันสมัยและประสิทธิภาพมากกว่าในอดีต อีกทั้งในการศึกษานี้น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 1611.31 กรัม ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Aguar M และคณะ ที่มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,250 กรัม

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจของการศึกษานี้กับการศึกษาของ ชนิตา พจน์พิศุทธิ พงศ์และ พรมนัส พันธ์สุจริตไทย ในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยในการศึกษา นี้สั้นกว่า คือ 17.22 วัน ขณะที่การศึกษาของโรงพยาบาลสระบุรีเท่ากับ 21.5 วัน ส่วนระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของการศึกษานี้มากกว่าโรงพยาบาลสระบุรี โดยระยะเวลานอนโรงพยาบาลรวมเท่ากับ 46.86 วัน

ในขณะที่ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของโรงพยาบาลสระบุรีเท่ากับ 29.4 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมจากการศึกษานี้เฉลี่ย 199,451 บาทต่อราย ส่วนโรงพยาบาลสระบุรีเท่ากับ 153,502 บาทต่อราย เนื่องจากการศึกษานี้มีจำนวนทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัมมากร้อยละ 31.1 ถึงแม้จะสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจจากทารกได้เร็วกว่าแต่เนื่องด้วยทารกกลุ่มนี้น้ำหนักตัวน้อยและอาจจะมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวัง จึงยังคงต้องรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนกว่าน้ำหนักตัวและอาการทางคลินิกจะคงที่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารก ได้แก่ อายุครรภ์ < 30 สัปดาห์ การผ่าตัดคลอด มารดามี Pre eclamsia ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา โดยเฉพาะระยะเวลาที่ทารกได้รับ surfactant พบว่าทารกที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีอัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)[13-16] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cochrane review และแนวทาง การให้ surfactant ในปัจจุบันซึ่งพยายามให้เร็วที่สุด เพื่อลดการเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อปอด (lung injury) ที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คะแนนแอ๊พการ์มีผลต่อการรอดชีวิตของทารก จากการศึกษาของ Forsblad[19] พบว่าคะแนน แอ๊พการ์ที่ 1, 5 และ 10 นาที สัมพันธ์กับการรอดชีวิต โดยเฉพาะคะแนนที่ 5 นาทีมีความสัมพันธ์มากที่สุด ต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่าคะแนนแอ๊พการ์ที่ 1 นาที มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น แต่เมื่อนำเข้าสมการไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลงานวิจัยนี้ พบว่าการให้ surfactant อย่างรวดเร็วตามแนวทาง ในผู้ป่วยที่เป็น RDS สามารถลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากการรักษาได้ และปัจจัยที่ลดอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกที่มีภาวะ RDS จำเป็นต้องส่งเสริมให้ปฏิบัติตามแนวทาง รวมถึงให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็วที่สุด นอกจากนี้การเพิ่มมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมารดาระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะ pre eclamsia จะลดอัตราการเสียชีวิตของทารกได้

เอกสารอ้างอิง

1.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสถิติสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี; 2562.
2.เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรอดชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย กว่า 1,500 กรัม ในโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2555; 51: 304-13.
3.ชนิตา พจน์พิศุทธิพงศ์ และ พรมนัส พันธ์สุจริตไทย. ผลของการใช้ surfactant ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น Respiratory distress syndrome ของโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกุมารเวชศาตร์. 2556; 236-41.
4.นพวรรณ พงษ์โสภา. ผลการรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2558; 29: 505-513.
5.นันทวัลย์ ตันติธนวัฒน์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ในโรง พยาบาลแพร่. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2555; 51: 296-303.
6.วไลพร โรจน์สง่า. ผลของการใช้Surfactant ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น Respiratory distress syndrome ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2560; 26(1); 56-63.
7.ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานกุมารเวชกรรม. รายงานประจำปี 2562-2566. ลพบุรี. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ; 2566.

8.สุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์. Respiratory distress and respiratory distress syndrome.ใน: วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาณจนพัฒนกุล, สุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์, บรรณาธิการ.ปัญหาทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2550.
9.สุดาพร ไพรคณะรัตน์. อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยมาก ในโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการ แพทย์ เขต 6-7. 2553; 24: 601-12.
10.American Academy of Pediatrics: American College of Obstetricians and Gynecologist. Guidelines for Perinatal Care. 7th Ed. 2012.
11.Aguar M, Cernada M, Brugada M, Gimeno A, Gutierrez A, Vento M. Minimally invasive surfactant therapy with a gastric tube is as effective asthe intubation, surfactant, and extubation technique in preterm babies.Actapaepiatr. 2014; 103: 229- 33.
12.Bahadue FL, Soll R. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. Cochrane database of systematic reviews 2012; 14(11).
13.Bhakta KY. Respiratory distress syndrome. In: Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR, editors.Manual of neonatal care. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams. 2012: 406-16.
14.Chotigeat U, Ratchatanorravut S, Kanjanapattanakul W. Compare severity of bronchopulmonary dysplasia in neonates with respiratory distress syndrome treated with surfactant to without surfactant.J Med Assoc Thai. 2011; 94: 35-40.
15.Chotigeat U, Promwong N, Kanjanapattanakul W, Khorana M, Sangtawesin V, Horpaopan S.Comparison outcomes of surfactant therapy in respiratory distress syndrome in two periods. JMed Assoc Thai. 2008; 91: 109-14.
16.Fujiwara T, Chida S, Watabe Y,Maeta H, Morita H, Abe T. Artificial surfactant therapy in hyaline membrane disease. Lancet. 1980; 1: 55-9.
17.Forsblad K, Kallen K, Marsal K, Hellstrom-Westa - sL. APGAR Score predicts short term outcomes in infants born at 25 gestational weeks. Acta Paediatr. 2007; 96: 166-71.
18.Halliday HL. Respiratory distress syndrome. In: Greenough A, Milner AD, editors.Neonatal respiratory disorders. 2nd ed. London: Arnold. 2003; 247-64.
19.Rosen O, Marion RW. Approach to the neonate with congenital anomalies. AAP Textbook of Pediatric Care. Last updated: August 26, 2020.

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

Factors Affecting Health Literacy of Village Health Volunteers at Klong Si Health Promoting Hospital, Village No. 13, Klong Si Sub-district, Klong Luang District, Pathum Thani Province.

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

ไพฑูรย์ ดำริห์[1]
Phitthun Damri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะ และปัจจัยด้านการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 159 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะ การปฏิบัติงาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.9 อายุเฉลี่ย 57.86 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 77.4 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 42.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.9 และมีระยะเวลาการเป็น อสม. 11-20 ปี ร้อยละ 42.1 ด้านปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.9) ส่วนปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน พบว่าการรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.6, 68.6 และ 57.2 ตามลำดับ ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.9 รองลงมาคือระดับดีมาก ร้อยละ 25.2 ระดับพอใช้ ร้อยละ 15.7 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 110.89 คะแนน ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ (β = 0.606, $p < 0.001$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (β = 0.353, $p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (β = 0.202, $p < 0.001$) และอายุ (β = -0.002, $p < 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 54.3

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยที่มีผล

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study: 1) personal factors, competency standard factors, and performance factors of Village Health Volunteers (VHVs); 2) health literacy levels of VHVs; and 3) factors affecting health literacy of VHVs at Klong Si Health Promoting Hospital, Village No. 13, Klong Si Sub-district, Klong Luang District, Pathum Thani Province. The sample consisted of 159 VHVs registered and working in the area for at least one year. Data were collected using a four-part questionnaire covering general information, competency standard factors, work performance, and health literacy. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that most participants were male (50.9%), with a mean age of 57.86. Most had completed primary education (54.1%), were married (77.4%), earned monthly income between 5,001-10,000 baht (42.8%), had no underlying diseases (50.9%), and had served as VHVs for 11-20 years (42.1%). Regarding competency standards, most

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

VHVs demonstrated moderate-level capabilities (50.9%). For performance factors, role perception, work motivation, and social support were at high levels (56.6%, 68.6%, and 57.2%, respectively). Concerning health literacy, the majority demonstrated good levels (57.9%), followed by very good (25.2%), fair (15.7%), and poor levels (1.2%), with an average score of 110.89. Factors affecting VHVs' health literacy were role perception (β = 0.606, $p < 0.001$), work motivation (β = 0.353, $p < 0.001$), social support (β = 0.202, $p < 0.001$), and age (β = -0.002, $p < 0.001$). These factors collectively explained 54.3% of the variance in health literacy.

Keywords: Village Health Volunteers, Health Literacy, Affecting Factors

บทนำ

การดำเนินงานสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน อสม. มีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพชุมชน ทั้งการดูแลแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงการเฝ้าระวังโรคในชุมชน[1] นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นสื่อกลางระหว่างภาครัฐกับประชาชน[2] สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักประสบปัญหาในการดูแลสุขภาพหลายด้าน ได้แก่ การแสวงหาและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ การป้องกันโรคที่ป้องกันได้ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การวิเคราะห์ผลดีผลเสียและการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตน รวมถึงขาดทักษะในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากสื่อต่างๆ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ[2]

จากสถิติในปี 2565 ประเทศไทยมี อสม. จำนวน 1,047,800 คน โดยเฉพาะในจังหวัดปทุมธานี มี อสม. 9,547 คน ดูแลประชาชน 539,076 หลังคาเรือน คิดเป็นสัดส่วน อสม. 1 คนต่อ 56 หลังคาเรือน[3] พบปัญหาสำคัญคือการขาดแคลนกำลังคนในการปฏิบัติงานเชิงรุกและการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน[4] ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ที่ผ่านมา รัฐบาลได้พยายามแก้ปัญหาโดยกำหนดนโยบาย อสม. 4.0 มุ่งพัฒนาศักยภาพใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การมีจิตอาสาและความเป็นผู้นำ และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[3] เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลสุขภาพ[2] อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ[5] เน้นความสำคัญของการพัฒนาทักษะและความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[6] ที่อธิบายถึงกระบวนการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จึงมีความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับ อสม. รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในพื้นที่อื่น ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน นำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน การลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว และการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่

อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยด้านการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยด้านการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวนทั้งสิ้น 159 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของทาโร่ยามาเน่[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5% ได้ขนาดตัวอย่าง 114 คน อย่างไรก็ตามเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ประชากรทั้งหมด 159 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ รพ.สต.คลองสี่ มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ อสม. ที่ย้ายออกนอกพื้นที่หรือลาออกระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาการเป็น อสม.

2. แบบสอบถามปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด (5-1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (>26 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) และระดับต่ำ (7-16 คะแนน)[8] ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.873

3. แบบสอบถามการปฏิบัติงานของ อสม. ประกอบด้วยคำถาม 23 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ (9 ข้อ) คะแนน 9-45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (>34 คะแนน) ระดับปานกลาง (22-34 คะแนน) และระดับต่ำ (9-21 คะแนน) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (7 ข้อ) คะแนน 7-35 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง (>26 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) และระดับต่ำ (7-16 คะแนน) แรงสนับสนุนทางสังคม (6 ข้อ) คะแนน 6-30 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับสูง (>23 คะแนน) ระดับปาน

กลาง (15-23 คะแนน) และระดับต่ำ (6-14 คะแนน)[8] ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient อยู่ระหว่าง 0.783-0.943

4. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 42 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (15 ข้อ) การเข้าถึงข้อมูล (6 ข้อ) ทักษะการสื่อสาร (5 ข้อ) การจัดการตนเอง (6 ข้อ) การตัดสินใจ (5 ข้อ) และการรู้เท่าทันสื่อ (5 ข้อ) คะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก (>117 คะแนน) ระดับดี (103-117 คะแนน) ระดับพอใช้ (88-102 คะแนน) และระดับไม่ดี (<88 คะแนน)[8] ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient อยู่ระหว่าง 0.857-0.920

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ และประสานงานกับหัวหน้า อสม. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแจกแบบสอบถามและรอรับคืนในวันเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง

3. ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามทุกฉบับ จากนั้นคัดแยกแบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป โดยได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาทั้งหมด 159 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สำหรับระดับคะแนนของตัวแปรต่างๆ นำเสนอด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression) โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะ และการปฏิบัติงาน และตัวแปรตามคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 81 คน (ร้อยละ 50.9) อยู่ในช่วงอายุ 66-80 ปี จำนวน 73 คน (ร้อยละ 45.9) โดยมีอายุเฉลี่ย 57.86 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 86 คน (ร้อยละ 54.1) มีสถานภาพสมรส จำนวน 123 คน (ร้อยละ 77.4) มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 68 คน (ร้อยละ 42.8) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 81 คน (ร้อยละ 50.9) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-22.99 kg/m² จำนวน 44 คน (ร้อยละ 27.7) และมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในช่วง 11-20 ปี จำนวน 67 คน (ร้อยละ 42.1)

ปัจจัยความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 81 คน (ร้อยละ 50.9) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 49.1) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 26.90 คะแนน

สำหรับปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ด้านการรับรู้บทบาทพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 56.6) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 69 คน (ร้อยละ 43.4) มีคะแนนเฉลี่ย 35.83 คะแนน

ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 109 คน (ร้อยละ 68.6) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 31.4) มีคะแนนเฉลี่ย 28.42 คะแนน และด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 91 คน (ร้อยละ 57.2) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 42.8) มีคะแนนเฉลี่ย 24.22 คะแนน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 92 คน (ร้อยละ 57.9) รองลงมาคือระดับดีมาก จำนวน 40 คน (ร้อยละ 25.2) ระดับพอใช้ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 15.7) และระดับไม่ดี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.2) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 110.89 คะแนน

เมื่อจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 54.7) รองลงมาคือระดับน้อยและน้อยที่สุด จำนวนเท่ากันคือ 25 คน (ร้อยละ 15.7) และระดับปานกลาง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 13.8) มีคะแนนเฉลี่ย 11.25 คะแนน

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 72 คน (ร้อยละ 45.3) รองลงมาคือระดับดี จำนวน 53 คน (ร้อยละ 33.3) ระดับไม่ดี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 14.5) และระดับพอใช้ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 6.9)

ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 52 คน (ร้อยละ 32.7) รองลงมาคือระดับพอใช้ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 30.2) ระดับดีมาก จำนวน 47 คน (ร้อยละ 29.6) และระดับไม่ดี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 7.5) มีคะแนนเฉลี่ย 18.61 คะแนน

ด้านทักษะการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 30.2) รองลงมาคือระดับพอใช้ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 23.9) ระดับดีมาก จำนวน 37 คน (ร้อยละ 23.3) และระดับไม่ดี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 22.6) มีคะแนนเฉลี่ย 21.16 คะแนน

ด้านทักษะการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 59 คน (ร้อยละ 37.1) รองลงมาคือระดับดีมาก จำนวน 36 คน (ร้อยละ 22.6) ระดับพอใช้ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 21.4) และระดับไม่ดี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 18.9) มีคะแนนเฉลี่ย 18.30 คะแนน

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 70 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือระดับดีมาก จำนวน 45 คน (ร้อยละ 28.3) ระดับพอใช้ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 14.5) และระดับไม่ดี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 13.2) มีคะแนนเฉลี่ย 18.15 คะแนน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p-value < 0.001, β = 0.606) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (p-value < 0.001, β = 0.353) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (p-value < 0.001, β = 0.202) และอายุ (p-value < 0.001, β = -0.002) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ได้ร้อยละ 54.3 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่13 ตำบลคลองสี่

อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 25.69 + 0.713 (การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) + 0.403 (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) + 0.156 (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) - 0.0003 (อายุ) จากตาราง 4.23 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่ 13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนได้ ดังนี้

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือการรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าเมื่อคะแนน การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 0.713 คะแนน (b = 0.713)

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า เมื่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 0.403 คะแนน (b = 0.403)

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม พบว่า เมื่อการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 0.156 คะแนน (b = 0.156)

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ อายุ พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะลดลง 0.003 คะแนน (b = 0.003)

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 159)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta (β)	t	p-value
ค่าคงที่				
การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	0.713	0.606	7.303	< 0.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.403	0.353	6.730	< 0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.156	0.202	2.897	< 0.001
อายุ	-0.003	-0.002	2.327	< 0.001

Constant (a) = 25.69 R Square = 0.543 Adjusted R Square = 0.541 F = 31.64 P = <0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และอายุ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ที่13 ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความสามารถตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปรางค์ จักรไชย[9] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 3.84, SD = 0.86) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีม สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรรัตน์ คูหะมณี[10] ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของทรรศนีย์ บุญมั่น[11] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีโดยปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (p-value < 0.001, β = 0.606) การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p-value < 0.001, β = 0.253) การได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม (p-value < 0.001, β = 0.202) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (p-value < 0.001, β = 0.046) จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อยอดในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนรวมถึงการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการรับรู้ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้พัฒนาศักยภาพและยกระดับให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 และให้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ควรเสริมสร้างและสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน สร้างเวทีการแสดงศักยภาพ มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้พัฒนาศักยภาพและยกระดับให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 และให้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยมีการยกย่อง ชมเชยและเกิดกิจกรรมเสริมขวัญกำลังใจ สร้างความร่วมมือในชุมชนและได้รับการส่งเสริมด้านวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

2. ควรนำปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและอายุ มาพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554. หน้า 1-10.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม.สู่ อสค. กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย); 2560.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
4. สำเริง แหยงกระโทก. คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติเห็นชอบกรอบแนวทางการเฝ้าระวังโรคปอดอักเสบที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 24 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/24412 5
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine 2008;67(12):2072-8.
6. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
7. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
8. Bloom BS. Taxonomy of Education. New York: David McKay Company; 1975.
9. ปรางค์ จักรไชย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(1):16-28.
10. อุไรรัตน์ คูหะมณี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารการแพทย์ 2564;45(1):32-48.
11. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

Associated factors of a ruptured appendicitis in acute appendicitis patients for appendectomy occur within 24 hours at Somdetphraphutthaloetla Hospital Samutsongkhram Province

(Received: October 23,2024 ; Revised: October 27,2024 ; Accepted: October 28,2024)

เกษมา มัชฌิมดำรง[1]
Kedsama Muchchimdamrong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโปรแกรม Atiz EMR ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบและได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยเข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 188 ราย แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตก จำนวน 151 ราย และกลุ่มไส้ติ่งอักเสบแตก จำนวน 37 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ ที่ระดับนัยสำคัญ p-value < 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส (OR 0.027, 95% CI 0.079 - 0.652) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ชั่วโมง โดยพบความสัมพันธ์ของปัจจัยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 24 ชั่วโมง (OR 0.112, 95% CI 0.027 - 0.465) และระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลในช่วง 20 ถึง 24 ชั่วโมง (OR 0.078, 95% CI 0.008 - 0.721)
คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ไส้ติ่งอักเสบ, ไส้ติ่งอักเสบแตก, การผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง

Abstract

This study was survey research. The objective was to study the associated factors of a ruptured appendix in acute appendicitis patients for appendectomy occurs within 24 hours at Somdetphraphutthaloetla Hospital, Samutsongkhram Province. The study was retrospective data from medical records of appendicitis patients whose appendectomy occurred within 24 hours in the Atiz EMR program of Somdetphraphutthaloetla Hospital from October 1st, 2023 – September 30, 2024. The sample was 188 patients divided into two groups, the acute appendicitis group among 151 patients, and the ruptured appendicitis group of 37 patients. The data was analyzed using Descriptive statistics, Univariate analysis, and Multiple logistic regression (P < 0.05)

The result of the study found that associated factors of a ruptured appendicitis in appendicitis patients for appendectomy occur within 24 hours including body temperature over 38 degrees (OR 0.027, 95% CI 0.079 - 0.652), duration time from abdominal pain to hospital greater than or equal to 20 hours. It was found that the associated factors between duration time from abdominal pain to hospital more than 24 hours (OR 0.112, 95% CI 0.027 - 0.465) and duration time from abdominal pain to hospital 20 to 24 hours (OR 0.078, 95% CI 0.008 - 0.721)
Keywords: Associated factors, Appendicitis, Rupture appendicitis, Appendectomy occurs within 24 hours

บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) เป็นโรคทางศัลยกรรมเร่งด่วนที่พบได้บ่อยในห้องฉุกเฉิน โดยมีอุบัติการณ์ทั่วโลก 100 คนต่อประชากร 100,000 คน หรือประมาณร้อยละ 7 ของจำนวนประชากร เกิดได้ทุกเพศ ทุกวัย โดยพบในผู้ชายร้อย

[1] กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ละ 8.6 อายุระหว่าง 10-14 ปี ผู้หญิงร้อยละ 6.7 อายุระหว่าง 15-19 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันมี คือ ไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis) ซึ่งเกิดอุบัติการณ์ประมาณ 2 ต่อ 10,000 คน[1] ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 40-57 อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 55-70[2] พบผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตกมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5 ในขณะที่ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเสียชีวิตพียงร้อยละ 1 และเมื่อเปรียบเทียบอัตราความพิการ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เกิดไส้ติ่งอักเสบแตกกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดไส้ติ่งอักเสบแตก พบว่าผู้ป่วยที่เกิดไส้ติ่งอักเสบแตก จะมีอัตราความพิการ และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 10 และร้อยละ 5 ตามลำดับ รวมถึงมีระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น[3,4,5] สำหรับข้อมูลในประเทศไทย จากรายงานอัตราป่วยตายด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบของผู้ป่วยสิทธิ UC ปี 2561 - 2563 พบผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันจำนวน 73,864 , 71,153, และ 65,099 คน ตามลำดับ เสียชีวิตในปี 2561 ร้อยละ 0.21 (155 คน) ในปี 2562 และ 2563 ร้อยละของการเสียชีวิตเท่ากัน คือ 0.19 (137 คน, 124 คน) ส่วนอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตกพบร้อยละ 12.18 (8,663 คน), 10.40 (7,405 คน), และ 10.19 (6,600 คน) ตามลำดับ ร้อยละ 11 - 35 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เป็นผลจากการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาที่เร็วขึ้น มียาปฏิชีวนะใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการผ่าตัดที่รวดเร็วก่อนที่จะเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก[6,7,8]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกมีหลายปัจจัย ได้โดยจำแนกเป็นด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชาย อายุน้อยกว่า 10 ปี และมากกว่า 60 ปี[9] ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร[10,11] โรคประจำตัว เช่น Dementia , Schizophrenia, Diabetes mellitus, Steroid dependency รวมถึงการตั้งครรภ์[7] ด้านอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ปวดท้องก่อนมาถึงห้องฉุกเฉินนานกว่า 24 ชั่วโมง มีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ครั้ง/นาที (เม็ดเลือดขาวสูงกว่า 16,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิลิตร อาการเกร็งโดยทั่วเมื่อกดท้อง (Generalized guarding) ปวดท้องบริเวณส่วนล่าง (RLQ)[8,10] ด้านการดูแลรักษา ได้แก่ ระยะเวลารอผ่าตัดนานเกิน 24 ชั่วโมง[12]

จากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2560 ถึงปัจจุบัน คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาศัลยกรรม ได้กำหนดภาวะปวดท้องฉุกเฉินใน 5 ภาวะ ที่สถานบริการสุขภาพในสังกัดจะต้องพัฒนาระบบให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดย 1 ใน 5 ภาวะดังกล่าว คือ ภาวะไส้ติ่งอักเสบ[13] โดยมีการกำหนดร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เป็นตัวชี้วัดสำหรับการประเมิน ติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบของสถานบริการต่างๆ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาศัลยกรรม เขตสุขภาพที่ 5 ได้กำหนดเป้าหมายของตัวชี้วัดร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่าร้อยละ 10 ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพตอบสนองและสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นสถานบริการหนึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 จึงได้มีการพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบมาอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปีงบประมาณ 2564, 2565, และ 2566 รับดูแลรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 219, 266 และ 190 คน ตามลำดับ พบเกิด ไส้ติ่งอักเสบแตก ร้อยละ 22.83 (50 คน), 13.91 (37 คน) และ 20.53 (39 คน) ตามลำดับ[14] จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าตัวชี้วัดร้อยละภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกยังไม่บรรลุเป้าหมาย อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าทีมนำพัฒนาคุณภาพสาขาศัลยกรรม จะพัฒนาระบบการดูแลรักษาให้รวดเร็วขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะแรกที่เริ่มพัฒนากำหนดให้ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทุกรายจะต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และต่อมา ได้ปรับเป็นภายใน 8 ชั่วโมง เพื่อให้สอดคล้องกับคณะกรรมการพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพสาขาศัลยกรรม เขตสุขภาพที่ 5 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ เพื่อป้องกันการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าและได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ซึ่งถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยจากโปรแกรม Atiz EMR ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 190 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าและได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 และได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 188 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก จำนวน 151 คน กลุ่มที่ไส้ติ่งอักเสบแตก 37 คน (คัดออก 2 คน เนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยไม่สมบูรณ์) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูล ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 และได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบภายใน 24 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยไม่เพียงพอหรือไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ คือ แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis record form) ที่ออกแบบโดยคณะกรรมการทีมนำพัฒนาคุณภาพสาขาศัลยกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั้งหมด 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต บริเวณที่ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร อาการเจ็บเมื่อกดหน้าท้องแล้วปล่อย (Rebound tenderness) การเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องเมื่อถูกกด (Guarding) คะแนน Alvarado score ส่วนที่ 3 ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจถึงโรงพยาบาล ระยะเวลารอผ่าตัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis record form) ที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยในโปรแกรม Atiz EMR ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวระหว่าง กลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตกและกลุ่มไส้ติ่งอักเสบแตกด้วย Univariate Analysis

2. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression และกำหนด p-value < 0.05 ถือว่ามี

นัยสำคัญทางสถิติ (Statistical significance) และแสดงผลด้วยค่าสถิติ Odd ratio (OR) และ 95% confidence interval

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 52.13 เพศหญิงร้อยละ 47.87 ส่วนใหญ่อายุ 20 -29 ปี รองลงมาอายุ 40 - 49 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป อายุ 10 - 19 ปี อายุ 30 - 39 ปี อายุ 50 - 59 ปี และอายุน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.70, 18.09, 16.49, 17.55 , 13.30, 11.17, และ 3.72 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 -22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร รองลงมา 25 - 60 กิโลกรัม/ตารางเมตร น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ 23 - 24.5 คิดเป็นร้อยละ 37.77, 29.79, 14.36, และ 17.55 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.94 มีโรคประจำตัวร้อยละ 26.06 โดยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 10.11

2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตกและกลุ่มไส้ติ่งอักเสบแตกด้วย Univariate analysis

ผลจาก Univariate analysis ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเพศ (P = 0.532) ดัชนีมวลกาย (P = 0.914) โรคประจำตัว (P = 0.912) ตำแหน่งปวดท้อง (P = 0.986) ท้องแข็งเกร็งเมื่อกด (P = 0.289) กดท้องแล้วปล่อยแล้วเจ็บ (P = 0.752) คลื่นไส้ (P = 0.632) อาเจียน (P = 0.644) เบื่ออาหาร (P = 0.134) อัตราการเต้นของหัวใจ (P = 0.075) ความดันโลหิตค่าบน (P = 0.372) จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) (P = 0.446) Alvarado score (P = 0.056) ระยะเวลารอผ่าตัด (P = 0.848) ส่วนปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม คือ อายุ (P = 0.011) อุณหภูมิร่างกาย (P = 0.000) ระยะเวลาที่มีอาการปวดท้องก่อนมาถึง ER (P = 0.000) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตกและกลุ่มไส้ติ่งอักเสบแตก

ข้อมูล	ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก (N = 151) N%	ไส้ติ่งอักเสบแตก (N = 37) N%	P-value
ข้อมูลทั่วไป			
เพศ			0.532
ชาย	77 (51.0)	21 (56.8)	
หญิง	74 (49.0)	16 (43.2)	
อายุ			0.011*
< 10 ปี	5 (3.3)	2 (5.4)	
10 - 19 ปี	27 (17.9)	6 (16.2)	
20 – 29 ปี	35 (23.2)	2 (5.4)	
30 – 39 ปี	22 (14.6)	3 (8.1)	
40 – 49 ปี	28 (16.5)	6 (16.2)	
50 – 59 ปี	13 (8.6)	8 (21.6)	
> 60 ปี	21 (13.9)	10 (27.0)	
Mean (SD)	35.99 (18.30)	44 ปี (21.87)	
ดัชนีมวลกาย			0.914
< 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	25 (16.6)	8 (21.6)	
18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	62 (41.1)	9 (24.3)	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตกและกลุ่มไส้ติ่งอักเสบแตก

ข้อมูล	ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก (N = 151) N%	ไส้ติ่งอักเสบแตก (N = 37) N%	P-value
23.0 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	20 (13.2)	7 (18.9)	
> 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร	43 (28.5)	13 (35.1)	
Mean (SD)	22.89 (5.24)	22.86 (6.41)	
โรคประจำตัว			0.912
ไม่มีโรคประจำตัว	112 (74.17)	27 (73.0)	
มีโรคประจำตัว	39 (25.83)	10 (27.0)	
ข้อมูลลักษณะทางคลินิก			
ตำแหน่งปวดท้อง			0.986
RLQ	147 (97.4)	36 (97.3)	
ปวดทั่วท้อง	4 (2.6)	1 (2.7)	
ท้องแข็งเกร็งเมื่อกด			0.289
ไม่มี	46 (30.5)	8 (21.6)	
มี	105 (69.5)	29 (78.4)	
อาการเจ็บเมื่อกดท้องแล้วปล่อย			0.752
ไม่มี	37 (24.5)	10 (27.0)	
มี	114 (75.5)	27 (73.0)	
คลื่นไส้			0.632
ไม่มี	39 (25 8)	11 (29.7)	
มี	112 (74.2)	26 (70.3)	
อาเจียน			0.644
ไม่มี	51 (33.8)	14 (37.8)	
มี	100 (66.2)	23 (62.2)	
เบื่ออาหาร			0.134
ไม่มี	61 (40.4)	10 (27.0)	
มี	90 (59.6)	27 (73.0)	
อุณหภูมิร่างกาย			0.000*
36 – 37 องศาเซลเซียส	58 (38.4)	8 (21.6)	
37.1 - 37.5 องศาเซลเซียส	39 (25.8)	5 (13.5)	
37.6 – 38.0 องศาเซลเซียส	21 (13.9)	5 (13.5)	
> 38 องศาเซลเซียส	33 (21.9)	19 (51.4)	
Mean (SD)	37.08 (0.75)	37.18 (0.77)	
อัตราการเต้นของหัวใจ			0.075
< 60 ครั้ง/นาที	2 (1.3)	0 (0.0)	
60 - 69 ครั้ง/นาที	8 (5.3)	0 (0.0)	
70 – 79 ครั้ง/นาที	24 (15.9)	4 (10.8)	
80 - 89 ครั้ง/นาที	36 (23.8)	9 (24.3)	
> 90 ครั้ง/นาที	81 (53.6)	24 (64.9)	
Mean (SD)	92.17 (17.91)	98. (18.78)	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตกและกลุ่มไส้ติ่งอักเสบแตก

ข้อมูล	ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก (N = 151) N%	ไส้ติ่งอักเสบแตก (N = 37) N%	P-value
ความดันโลหิตค่าบน			0.372
< 90 มิลลิเมตรปรอท	1 (0.7)	0 (0.0)	
90 – 100 มิลลิเมตรปรอท	13 (8.6)	6 (16.2)	
101 – 110 มิลลิเมตรปรอท	18 (11.9)	6 (16.2)	
111 – 120 มิลลิเมตรปรอท	28 (18.5)	4 (10.8)	
121- 130 มิลลิเมตรปรอท	30 (19.9)	4 (10.8)	
131 – 140 มิลลิเมตรปรอท	27 (17.9)	4 (10.8)	
> 140 มิลลิเมตรปรอท	33 (21.9)	11 (29.7)	
Mean (SD)	125.91 (19.77)	121.31 (24.10)	
จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC)			0.446
< 10,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	16 (10.6)	3 (8.1)	
10,001 – 12,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	17 (11.3)	4 (10.8)	
12,001 – 14,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	26 (17.2)	4 (10.8)	
12,001 – 14,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	26 (17.2)	4 (10.8)	
14,000 – 16,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	32 (21.2)	12 (32.4)	
>16,000เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	60 (39.7)	14 (37.8)	
Mean (SD)	15266.60 (4412.35)	15615.14 (5441.42)	
Alvarado score			0.056
< 5 คะแนน	14 (9.3)	3 (8.1)	
5 – 6 คะแนน	53 (35.1)	6 (16.2)	
7 – 8 คะแนน	67 (44.4)	23 (62.2)	
> 9 คะแนน	17 (11.3)	5 (13.5)	
Mean (SD)	6.59 (1.60)	7.09 (1.38)	
ข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง			
ระยะเวลาที่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล			0.000*
< 4 ชั่วโมง	18 (11.9)	1 (2.7)	
5 – 9 ชั่วโมง	42 (27.8)	3 (8.1)	
10 – 14 ชั่วโมง	18 (11.9)	3 (8.1)	
15 – 19 ชั่วโมง	8 (5.3)	1 (2.7)	
20 – 24 ชั่วโมง	33 (21.9)	11 (29.7)	
> 24 ชั่วโมง	32 (21.2)	18 (48.6)	
Mean (SD)	21.56 (21.83)	45.03 (37.55)	
ระยะเวลารอผ่าตัด			0.848
< 240 นาที	81 (53.6)	15 (40.5)	
240 – 359 นาที	32 (21.2)	15 (40.5)	
360 – 479 นาที	16 (10.6)	3 (8.1)	
480 – 599 นาที	12 (7.9)	2 (5.4)	
600 - 719 นาที	3 (2.0)	2 (5.4)	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตกและกลุ่มไส้ติ่งอักเสบแตก

ข้อมูล	ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก (N = 151) N%	ไส้ติ่งอักเสบแตก (N = 37) N%	P-value
720 - 839 นาที	2 (1.3)	0 (0.0)	
> 839 นาที	5 (3.3)	0 (0.0)	
Mean (SD)	290 (238.72)	280.79 (150.51)	

*p < 0.05

3. หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม คือ อายุ อุณหภูมิร่างกาย ระยะเวลาที่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล ด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส (P = 0.003) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 24 ชั่วโมง (P = 0.003) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลในช่วง 20 – 24 ชั่วโมง (P = 0.025) และนำปัจจัยอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 24 ชั่วโมง ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลในช่วง 20 – 24 ชั่วโมง หาอัตราส่วนแต้มต่อ (Odds ratio, OR) จากการทดสอบ Binary logistic regression พบว่า ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส จะมีโอกาสเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก 0.027 เท่าของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 38 องศาเซลเซียส (OR 0.027, 95% CI 0.079 - 0.652) ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 24 ชั่วโมง จะมีโอกาสเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก 0.112 เท่าของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง (OR 0.112 ,95% CI 0.027 - 0.465) ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลในช่วง 20 – 24 ชั่วโมง จะมีโอกาสเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก 0.078 เท่าของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 20 ชั่วโมง (OR 0.078 , 95% CI 0.008 - 0.721) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่า odds ratio, 95% Cl, P-value ของปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก

ปัจจัยเสี่ยง	OR	95% Cl	P-value
อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส	0.027	0.079 - 0.652	0.003
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 24 ชั่วโมง	0.112	0.027 - 0.465	0.003
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลในช่วง 20 – 24 ชั่วโมง	0.078	0.008 - 0.721	0.025

หมายเหตุ: OR ย่อมาจาก odds ratio

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยแรกด้านอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส สอดคล้องกับการศึกษาของ Sagir IH, Sirikurnpiboon S. และไพจิตร อธิไภริน[9,15,16] โดยทั้ง 3 การศึกษา ได้สรุปผลการศึกษาว่าอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก เนื่องจากภาวะไข้เป็นอาการที่

บ่งบอกถึงการเกิดการอักเสบของไส้ติ่ง ซึ่งอุณหภูมิร่างกายจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของ การอักเสบ เมื่อมีการอักเสบมากขึ้นจะเกิดการ บวมของเนื้อเยื่อไส้ติ่งและแตกได้ นอกจากนี้ Pietrangelo A[17] ได้อธิบายว่าภาวะไส้ติ่งอักเสบผู้ป่วยจะมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 37.2 – 38 องศาเซลเซียส ในขณะที่ภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกผู้ป่วยจะมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ปัจจัย ที่สอง ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล โดยพบระยะเวลาที่มากกว่า 24 ชั่วโมง และระยะเวลาในช่วง 20 – 24 ชั่วโมง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก สอดคล้องกับการศึกษาของ Tantarattanapong, S., อดุลกฤษณ์ นาต๊ะ, ปาณัสม์ ศรีอรนันต์, และประวิทย์ พัฒนสุกาญจน์กูล[8,10,11,12] โดยทั้ง 4 การศึกษา ได้สรุปผลการศึกษาว่าระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลที่มากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก และการศึกษาของ ที่อภิปรายผลการศึกษาว่าระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนมาถึงโรงพยาบาลที่ มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก เนื่องจากระยะเวลาการปวดนานขึ้นก่อนได้รับการรักษาจะทำให้มีกระบวนการอักเสบมากขึ้นเรื่อย ๆ จนไส้ติ่งอักเสบแตกในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพื่อเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรและลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน และผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรนำปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกจากงานวิจัยอื่นๆ มาศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์ในด้านการวินิจฉัยและการตัดสินใจให้ การรักษาที่รวดเร็ว ก่อนผู้ป่วยเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา

3. นำผลการศึกษานี้ไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ชั่วโมง และการตัดสินใจให้การรักษาที่รวดเร็วก่อนผู้ป่วยเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก รวมทั้งการให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเกี่ยวกับอาการปวดท้องที่สงสัยมีภาวะไส้ติ่งอักเสบ และระยะเวลาที่ควรมาพบแพทย์ จะช่วยให้ประชาชนมีความตระหนักในสำคัญมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ปรียาภรณ์ เสนะวัตและกิจจา เจียรวัฒนกนก. คะแนนพยากรณ์ภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันโดยใช้อาการทางคลินิก. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562; 10(2): 16 - 30.
2. Lima AP., Vieira FJ. Clinical-epidemiological profile of acute appendicitis: retrospective analysis of 638 cases. Col. Bras. Cir 2016; 43(4): 248 - 253.
3. Kalaycı T., Balcı S. Factors Affecting Morbidity in Appendectomy: A Single Center Experience. Turk J Colorectal 202; 132: 41 - 47.
4. Howell EC., Dubina ED., Lee SL. Perforation risk in pediatric appendicitis: assessment and management. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics 2018; 9: 135 –145.
5. Dogra BB, Acute appendicitis: Common surgical emergency. Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University 2014; 7(6): 749 - 752.
6.งานพัฒนาระบบคลังข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน. ชุดข้อมูลอัตราป่วยตาย (Fatality rate) ด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบ สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ ปี 2560 – 2563. [*อินเตอร์เน็ต*]. 2564 สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://data.go.th/en/dataset/dataset- pp_36_05

7. Prachanukool T, Yuksen C., Tienpratarn W., Savatmongkorngul, S., Tangkulpanich P., Jenpanitpong C..., and Nuanprom P. Clinical Prediction Score for Ruptured Appendicitis in ED. [*Internet*]. 2021 [cited 2024 April 10]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7981174/pdf/EMI2021-6947952.pdf
8. Tantarattanapong S. Risk factors associated with perforated acute appendicitis in geriatric emergency patients. Open Access Emergency Medicine 2018; 10: 129 –134.
9. Sagir IH. Risk factors for perforation in acute appendicitis. *Al-Qadisiah Medical Journal 2015;* 11(1): 35 - 40.
10. อดุลกฤษณ์ นาต๊ะ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก. [*อินเตอร์เน็ต*]. 2564 สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึง จาก: http://www.tako.moph.go.th/
11.ปาณัสม์ ศรีอรนันต์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารการแพทย์ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563; 35(1): 55 – 66.
12. ประวิทย์ พัฒนสกาญจน์กูล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับไส้ติ่งอักเสบแตก: การศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง. วารสารโรงพยาบาลอำนาจเจริญ 2562: 1397-1428.
13. ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์. ศัลยศาสตร์ปริทัศน์; วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2566; (1) : 1-3.
14. ทีมนำพัฒนาคุณภาพทางคลินิกสาขาศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (2564, 2565, 2566). รายงานตัวชี้วัดทีมนำทางคลินิกสาขาศัลยกรรม.
15. Sirikurnpiboon S., and Amornpornchareon S. Factors Associated with Perforated Appendicitis in Elderly Patients in a Tertiary Care Hospital. [*Internet*]. 2015 [cited 2024 April 10]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4561309/pdf/SRP2015-847681.pdf
16. ไพจิตร อธิไภริน. ปัจจัยทำนายทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2022; 6(1): 92 - 101.
17. Ann Pietrangelo A. Emergency Signs and Symptoms of Appendicitis. [*Internet*]. 2024 [cited 2024 April 10]. Available from: https://www.healthline.com/health/digestive-health/appendicitis-emergency-symptoms#symptoms

ผลการใช้การโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

Results of using the rehabilitation program for methamphetamine users in the Ban Daeng Yai community, Phutthaisong Subdistrict, Phutthaisong District, Buriram Province.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

วรัชนก เสโส[1]
Varachanok Seso[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้การโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ทำการศึกษาในช่วงเดือน ในช่วงเดือนมกราคม 2566 - กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานยาเสพติดและภาคีเครือข่ายยาเสพติดอำเภอพุทไธสง จำนวน 25 คน และ ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ จำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบดำเนินการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือการบำบัด แบบประเมินความสงบจากสติบำบัด และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน t-test และเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ใช้ยาบ้าคืออยากลอง ร้อยละ 61.54 สารเสพติดร่วมคือกัญชา ร้อยละ 53.85 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 10 กระบวนการสำคัญ ดังนี้ 1) ดำเนินการจัดตั้งมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาล 2) ส่งเสริมความรู้เรื่องยาเสพติดในชุมชนทุกหมู่บ้าน 3) ความเป็นเจ้าของในภาคีเครือข่ายชุมชน 4) พัฒนาชุมชนต้นแบบอย่างยั่งยืน 5)พัฒนาชุมชนล้อมรักษ์ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน 6) รายงานเสนอปัญหาในฝ่ายปกครองอำเภอทุกเดือน 7) ทำการสอนแบบพี่สอนน้องให้พยาบาลรุ่นใหม่ใช้โปรแกรมบำบัดได้ 8) พัฒนาโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูให้ทันสมัยอยู่เสมอ 9) ติดตามผู้ผ่านการบำบัดให้ครอบคลุมและจริงจัง 10) ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังพฤติกรรมในชุมชนร่วมกันผลการใช้โปรแกรมพบว่า ระดับความร่วมมือ ระดับความสงบ และระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =5.83, 5.96, 3.68)

คำสำคัญ: ผู้เสพยาบ้า, การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา, การมีส่วนร่วม

Abstract

This research is participatory action research. Aim to study the results of using a rehabilitation program for methamphetamine users in the Ban Daeng Yai community, Phutthaisong Subdistrict, Phutthaisong District, Buriram Province. Study was during January 2023 - September 2023. Sample group consisted of 25 interdisciplinary teams responsible for drug work and drug networks in Phutthaisong District and 13 methamphetamine addicts in the Ban Daeng Yai community. Research tools included focus group discussion forms, general data collection forms, treatment cooperation assessment forms, mindfulness therapy calmness assessment forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, t-test, and qualitative content analysis.

Results found sample group of methamphetamine users Most were The reason for using methamphetamine was because they wanted to try it (61.54%). The co-drug was marijuana (53.85%). The program development consisted of 10 important processes as follows: 1) Establishing a mini-thanyarak in the hospital. 2) Promoting knowledge about drugs in every village community. 3) Ownership in community networks. 4) Developing sustainable model communities. 5) Develop a community that encompasses all villages. 6) Report and present problems to the district administration every month. 7) Teach new nurses how to use the therapy program. 8) Develop a rehabilitation therapy program that is always up-to-date. 9) Follow up on those who have undergone therapy to be comprehensive and serious. 10) Work with partners to monitor behavior in the community together. The results of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพุทไธสง

using the program showed that the level of cooperation, calmness, and satisfaction increased significantly at a statistical level of .05 (t =5.83, 5.96, 3.68).

Keywords: methamphetamine users, drug user rehabilitation, participation

บทนำ

ปัญหายาเสพติดนับว่าเป็นปัญหาทั่วโลก ในปี 2562 พบเสพติดยาเสพติดประมาณ 265 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสพสารเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ประมาณ 80 ล้านคน ในประเทศไทย ยาบ้า ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก พบผู้เสพมีอายุน้อยซึ่งมีอายุไม่เกิน 24 ปี ในปี 2564 พบคดีจับกุมยายาบ้ามากสุด น้ำหนัก 23,365 กิโลกรัม และได้ตรวจยึดยาบ้าได้ 550 ล้านเม็ด[1] จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการอาหารและยา มีการทำลาย ยาเสพติด จำนวนมากกว่า 40,000 กิโลกรัม จาก 185 คดี ในปี 2563-2565 มีผู้บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 228,205 คน 205,121 คน และ 212,583 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้บำบัดครบ 186,526 คน 166,060 คน และ 125,205 คน ตามลำดับ[2] คิดเป็นร้อยละ 52.71, 50.21, และ 43.95 ตามลำดับ[3]

จังหวัดบุรีรัมย์[4] ในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยยาเสพติด 5,033 คน 5,022 คน และ 3,529 คน ตามลำดับ การบำบัดครบตามจำนวน 4,143 คน 3,975 คน และ 2,492 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 60.12, 60.83, 53.36 ตามลำดับ อำเภอพุทไธสง ในปี 2563-2565 พบผู้เสพยาเสพติด 121 คน 127 คน และ 121 คน ตามลำดับ บำบัดครบร้อยละ 26.7, 52.71, และ 41.11 อำเภอพุทไธสง เป็นเขตรอยต่อการนำเข้ายาเสพติดจากหลายจังหวัด มีการนำเข้ายาเสพติดตามทุกเส้นรอยต่อ การตรวจจับหรือปราบปรามไม่ครอบคลุม ช่วงเทศกาลต่างๆ เช่นปีใหม่ สงกรานต์ วัยรุ่นบางส่วน เดินทางกลับบ้านเกิดนำยาเสพติดจากเมืองใหญ่เข้าหมู่บ้าน ให้เพื่อนเสพหรือจำหน่ายในกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาบ้าเพิ่มมากขึ้นขึ้น สถานบำบัดและบุคลากรจึงไม่เพียงพอ

การบำบัดฟื้นฟูในชุมชนโดยชุมชนเป็นศูนย์การมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ผู้เสพผู้ติดได้รับการดูแลติดตามให้ชุมชนยอมรับดำเนินชีวิตในสังคมได้ปกติ[5] การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วม การเตรียมความพร้อมทุกด้านโดยเฉพาะโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพยาบ้านั้นจำต้องมีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ชัดเจนตอบโจทย์ปัญหาผู้เข้ารับการฟื้นฟู การปรับปรุงพัฒนาโปรแกรม Modify Matrix Program และการใช้สติบำบัด มีผู้สร้างต้นแบบและเป็นแนวทางการพัฒนา การใช้แนวคิด การฝึกทักษะการเลิกยาเบื้องต้น กลุ่มครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ การบำบัดโดยใช้สมาธิ สติ ร่วมกับทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ ทฤษฎีของการจูงใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ กลุ่มสัมพันธ์ ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ล้วนเป็นรูปแบบที่ใช้แล้วประสบผลสำเร็จในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้[6]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลการใช้การโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชน ตามบทบาทของพยาบาล โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนครอบครัว ต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนให้ใช้ชีวิตร่วมกับในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยที่เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน ในช่วงเดือน มกราคม 2566 - กันยายน 2566 รวมดำเนินการวิจัย 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานยาเสพติดและภาคีเครือข่ายยาเสพติดอำเภอพุทไธสง จำนวน 74 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เสพยาบ้าชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัม จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานยาเสพติดและภาคีเครือข่ายยาเสพติดอำเภอพุทไธสง จำนวน 25 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 13 คน ในช่วงเดือน มกราคม 2566 - กันยายน 2566 คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนความในการดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่ม การให้ความหมายต่อการดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ การติดตามให้รับบำบัด การดูแลต่อเนื่องไม่ให้เสพซ้ำ การป้องกันผู้เสพยาบ้ารายใหม่ในชุมชน ความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่

1.2 เครื่องมือในการจัดกิจกรรม ได้แก่ โปรแกรมการดูแลบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม Modify Matrix Program ผสมผสานกับสติบำบัด ในผู้ป่วยที่เสพยาบ้า

2. เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุด ดังนี้

2.1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา สาเหตุที่ใช้ สารเสพติดร่วม รายได้

2.2 แบบประเมินความร่วมมือกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ จำนวน 6 ข้อ

2.3) แบบประเมินความสงบตามโปรแกรมสติบำบัด จำนวน 5 ข้อ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 7 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา สาเหตุที่ใช้ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า สารเสพติดร่วม รายได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนประเมินการฟื้นพูสภาพ และความพึงพอใจ ก่อนหลังการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ผลการใช้การโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยที่เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ด้วยจำนวนผู้เสพยามีจำนวนมาก บุคลากรทางสาธารณสุขที่สามารถบำบัดได้มีน้อย และภาระงานประจำค่อนข้างมาก ขาดการทำงานบูรณการร่วมกับภาคีเครือข่าย ขาดการทำงานไม่ต่อเนื่องจากภาระงานของเจ้าหน้าที่ อัตรากำลังไม่เพียงพอ ญาติและผู้ปกครองผู้เสพยาบ้าไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล ไม่ยอมส่งผู้เสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษาจนผู้เสพกลายเป็นผู้ติด การบำบัดรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น มีการเซพยาเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวช พบปัญหาการบำบัดและฟื้นฟูทำได้ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยมีการบำบัดไม่ครบ มีการเสพซ้ำ พบปัญหามีการระบาดของยาเสพติดมีผู้ค้ารายย่อยในชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับผู้เสพ การเข้าถึงยาเสพติดทำได้ง่าย ผู้เสพไม่สามารถปฏิเสธการใช้ยาเสพติดได้ คนในชุมชนและสังคมไม่ให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังและสอดส่องดูแล มีการเสพกัญชาร่วมกับยาบ้าร่วมด้วย ประกอบกับนโยบายกัญชาเสรี และนโยบาย มีการการครอบครองเพื่อเสพ 5 หน่วย ทำให้ควบคุมและเฝ้าระวังได้ยากขึ้น มีการจำหน่ายใบกระท่อม น้ำกระท่อมพร้อมรับประทานอย่างอย่างอิสระ เป็นสิ่งเริ่มต้นในการเข้าวงการเสพยาบ้ากับเพื่อนในชุมชน ปัญหาที่พบในการบำบัดฟื้นฟู พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูไม่ตรงเวลา ขาดความรับผิดชอบ เนื่องจากช่วงระยะเวลาบำบัด 8 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ บางครั้ง 2 - 3 สัปดาห์ (ใช้ 4 เดือน) เวลา บำบัด 1-2 ชั่วโมง เป็นการบำบัดที่ยาวและต่อเนื่อง และเป็นภาระงานในเจ้าหน้าที่ผู้บำบัดซึ่งใช้เวลาจำนวนมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดมานานระหว่างการรักษาฟื้นฟูเผลอเสพซ้ำ ผู้ป่วยบางรายขณะบำบัดจะมีสมาธิสั้นอ่อนเพลีย เหนื่อย

การศึกษาเชิงปริมาณลักษณะทางประชากรที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 13 คน เป็นเพศชายทั้งหมด 13 คน คิดเป็น ร้อยละ 100.00 ช่วงอายุ ส่วนมากอยู่ในช่วง 41-45 ปี และ 51-60 ปี เท่ากัน จำนวน 4 คน ร้อยละ30.77 รองลงมาช่วงอายุ 30-35 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 23.08 และ ช่วงอายุ 46-50 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ15.38 ตามลำดับ (Mean± SD=45 ปี±7.67, Min=33ปี, Max=55 ปี) ช่วงอายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก ส่วนมาก 15-20 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 61.54 รองลงมา 41-45 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 23.08 และต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 7.69 ตามลำดับ อาชีพรับจ้างทั่วไป ทั้งหมด จำนวน 13 คน ร้อยละ 100.00 ศาสนาพุทธทั้งหมด 13 คน ร้อยละ 100 สถานะภาพสมรส ส่วนมากโสด จำนวน 10 คน ร้อยละ 76.92 รองลงมา คู่ จำนวน 2 คน ร้อยละ 15.38 และ หย่าร้าง จำนวน 1 คน ร้อยละ 7.69 การศึกษาส่วนมาก ประถมศึกษา จำนวน 8 คน ร้อยละ 61.54 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน ร้อยละ 30.77 และ มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1 คน ร้อยละ 7.69 ตามลำดับ สาเหตุที่ใช้ยาบ้า ส่วนมาก อยากลอง จำนวน 8คน ร้อยละ 61.54 รองลงมาคือเพื่อนชวน และ ช่วยในการทำงาน จำนวน 2 คน เท่ากัน ร้อยละ 15.38 และใช้เพื่อความสนุกสนาน จำนวน 1 คน ร้อยละ 7.69 ตามลำดับสารเสพติดร่วม ส่วนมากใช้ กัญชา จำนวน 7 คน ร้อยละ 53.85 และใช้ยาบ้าอย่างเดียว จำนวน 6 คน ร้อยละ 46.15 ตามลำดับ รายได้ส่วนมาก อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 6 คน ร้อยละ 46.15 รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 4 คน ร้อยละ 30.77 และ อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท จำนวน 2 คน ร้อยละ 15.38 ตามลำดับ (Mean ± SD = 6,461.54 ± 4,647.86) , Min=1000, Max=19,000 บาท)

2. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 10 กระบวนการสำคัญ ดังนี้ 1) ดำเนินการจัดตั้งมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาล 2) ส่งเสริมความรู้เรื่องยาเสพติดในชุมชนทุกหมู่บ้าน 3) สร้างภาคีเครือข่ายชุมชน สร้างความเป็นเจ้าของ โดยการทำประชาคม กรรมการหมู่บ้าน ประชาคม แก้ไขปัญหายาเสพติด 4) พัฒนาชุมชนต้นแบบในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน 5)พัฒนาชุมชนล้อมรักษ์ให้ครอบคลุมทุกหมู่ บ้านโดยการมีส่วนร่วมกับท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ครู พระ และนักการเมืองท้องถิ่น ร่วมกับคนในชุมชนร่วมพัฒนาหมู่บ้าน 6) รายงานเสนอปัญหายาเสพติด สุขภาพจิตในที่ประชุมประจำเดือนของฝ่ายปกครองอำเภอทุกเดือน 7) ทำการสอนแบบพี่สอนน้อง ให้พยาบาลรุ่นใหม่ใช้โปรแกรมบำบัดยาเสพติดนี้ได้และนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการบำบัดฟื้นฟูในกลุ่มในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ 8) พัฒนาและทดสอบการใช้โปรแกรมบำบัดฟื้นฟูให้ทันสมัยอยู่เสมอ ปรับปรุงด้วยการกระตุ้นด้วยกิจกรรม กลุ่มสัมพันธ์ ระหว่างใช้โปรแกรม ขยายเวลาทำกิจกรรมเพิ่ม 9) ติดตามผู้ผ่านการบำบัดให้ครอบคลุมและจริงจังอย่างใกล้ชิดผ่านภาคีเครือข่ายโดยติดตามผู้ผ่านการบำบัดทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี 10) ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทีมผู้นำชุมชน ทีมตำรวจบ้านติดตาม (ผู้นำ อสม ผู้ปกครอง) โดยมีทีมตำรวจพี่เลี้ยงสอดส่องพฤติกรรมในชุมชนร่วมกัน

3. ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

3.1 ผลการดำเนินงานจากการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพสารเสพติด อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความร่วมมือในการเข้ารับการฟื้นฟูบำบัด ก่อนพัฒนามีผู้เสพยาบ้า จำนวน 106 คน เข้ารับการฟื้นฟูบำบัด จำนวน 57 คน ร้อยละ 53.77 ภายหลังการใช้โปรแกรมเป็นระยะเวลา 9 เดือน พบว่า มีผู้เสพยาบ้า จำนวน 87 คน เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 75 คน ร้อยละ 86.21 ตามลำดับ การกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 57 คน มีการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 16 คน ร้อยละ 28.07ภายหลังการพัฒนาโปรแกรม ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู 75 คน มีการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 12 คน ร้อยละ 16.00 ตามลำดับ

3.2 การประเมินความร่วมมือจากการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ในภาพรวม ก่อนการพัฒนาโปรแกรมมีคะแนนความร่วมมือเฉลี่ย มีค่า 2.85 คะแนน (S.D.=0.37) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ มีค่า 4.32 คะแนน (S.D.=1.06) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากที่สุดในกิจกรรม การแนะนำตัว มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.61 (S.D.=1.16) รองลงมา การผายมือพูดชื่อเล่น วน 3 รอบ เวียนทั้งกลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.45 (S.D.= 0.82) และ การสลับตำแหน่งและเล่นผายมืออีก 3 รอบ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.36 (S.D.=1.22) ตามลำดับ

3.3 การประเมินความรู้สึกสงบจากการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ในภาพรวม ก่อนการพัฒนาโปรแกรมมีคะแนนความรู้สึกสงบเฉลี่ย มีค่า 2.98 คะแนน (S.D.= 0.25) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสงบ มีค่า 4.33 คะแนน (S.D.=1.23) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากที่สุดในกิจกรรม การนึกย้อนและรำลึกความรู้สึก ไม่ต้องคิดตาม สัมผัสปลายจมูก และไปรับรู้ลมหายใจอีกครั้ง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.69 (S.D.=1.42) รองลงมา การหายใจเข้า-หายใจออก ยาวๆ ลึกๆ 4-6 ครั้ง ทำต่อเนื่อง 1 นาที มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.43 (S.D.=1.21) และ การค่อยๆ

ลืมตาและทำสมาธิท่าลืมตามีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.36 (S.D.=1.26) ตามลำดับ

3.4 การประเมินความพึงพอใจ จากการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ในภาพรวม ก่อนการพัฒนาโปรแกรมมีคะแนนความพึงพอใจ มีค่า 3.06 คะแนน (S.D.= 0.37) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมพบว่าความพึงพอใจ มีค่า 4.68 คะแนน (S.D.=1.29) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากที่สุดในด้าน สถานที่ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.83 (S.D.=1.22) รองลงมา ด้านการเป็นผู้นำกลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.68 (S.D.= 1.18) และ ด้านระยะเวลา ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.32 (S.D.= 1.28) ตามลำดับ

3.5 ผลการทดสอบคะแนนความร่วมมือภายหลังการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

การทดสอบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ พบว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมมีคะแนนความร่วมมือเฉลี่ยมีค่า 2.85 คะแนน (S.D.=0.37) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ มีค่า 4.32 คะแนน (S.D.=1.06) อยู่ในระดับมาก ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.83)

การทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสงบ พบว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมมีคะแนนความรู้สึกสงบเฉลี่ย มีค่า 2.98 คะแนน (S.D.=0.25) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสงบ มีค่า 4.33 คะแนน (S.D.=1.23) อยู่ในระดับมาก ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสงบ ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.96)

การทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสงบ พบว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมมีคะแนนความพึงพอใจ มีค่า 3.06 คะแนน (S.D.=0.37) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมพบว่าความพึงพอใจ มีค่า 4.68 คะแนน (S.D.=1.29) อยู่ในระดับมาก ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสงบ ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.96) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบระดับความร่วมมือ ระดับความสงบ ระดับความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=13)

รายการ	Means	S.D.	t	p-value
ความร่วมมือ				
ก่อนพัฒนาโปรแกรม	2.85	0.37	5.83	0.028*
หลังพัฒนาโปรแกรม	4.32	1.06		
ความสงบ				
ก่อนพัฒนาโปรแกรม	2.98	0.25	5.96	0.031*
หลังพัฒนาโปรแกรม	4.33	1.23		
ความพึงพอใจ				
ก่อนพัฒนาโปรแกรม	3.06	0.37	3.68	0.036*
หลังพัฒนาโปรแกรม	4.31	1.29		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ปัญหาเกิดจากมีผู้เสพยาบ้าจำนวนมาก บุคลากรทางสาธารณสุขที่สามารถบำบัดได้มีน้อย และภาระงานประจำค่อนข้างมาก ขาดการทำงานบูรณการร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้ปกครองผู้เสพยาบ้าไม่ยอมให้เข้ารับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยมีการบำบัดไม่ครบ มีการเสพซ้ำ ส่วนมากเป็นเพศชายอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนมาก เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ น้อย สถานะภาพโสด การศึกษาประถมศึกษา สาเหตุที่ใช้อยากลอง สารเสพติดร่วมคือกัญชา เนื่องจากเป็นปัญหาเชิงระบบ ทำให้การแก้ปัญหาเสพยาบ้านั้นทำได้ยาก การบำบัดเป็นเพียงปลายเหตุเท่านั้น จึงทำให้มีภาระด้านการบำบัดรักษาพยาบาลจำนวนมาก สอดคล้องกับ ณฐพร ผลงาม[7]

การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ คือการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความรู้ให้กับชุมชน พัฒนาโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู สร้างชุมชนและหมู่บ้านต้นแบบในระยะยาว ด้วยความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย และการทำงานเป็นทีม จึงประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ[8]

ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ทำให้การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู เพิ่มมากขึ้น อัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยลดลง ความร่วมมือ ความสงบของจิตใจ และความพึงพอใจต่อโปรแกรมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงโปรแกรมเป็นประจำ ทำให้การบำบัดนั้นมีประสิทธิภาพสูงมากขึ้น สอดคล้องกับ กรรณิกา สหเมธาพัฒน์[9]

ข้อเสนอแนะ

1. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่เสพยาบ้าควรมีการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต้องปรับให้เหมาะกับบริบทของชุมชน

2. ควรมีการส่งเสริมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่เสพยาบ้าโดยใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพร่วมกับฝ่ายปกครอง ตำรวจ และชุมชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการจึงจะประสบผลสำเร็จได้

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างในการการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่เสพยาบ้าในชุมชนและหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรในโรงพยาบาลพุทไธสง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทไธสง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2022.
2. United Nations. Yearbook of International Trade Statistics. United Nations: UN Press. 2023.
3. Burden of Disease Research Program Thailand, International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disability Adjust Life Year: DALY. Nonthaburi province, Thailand; 2021.
4. รายงานสถานการณ์ผู้เสพยาเสพติด.กลุ่มการพยาบาล. โรงพยาบาลพุทไธสง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. 2566
5. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี. บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด. 2562.

6. กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563.
7. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2564; 1(2): 49-70.
8. นุชรีย์ ทองเจิม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 2566; 13(2): 17-30.
9. กรรณิกา สหเมธาพัฒน์. รูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ในจังหวัดแห่งหนึ่ง. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก 2566; 1(2): 1-14.

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

The Effectiveness of road traffic accident prevention model with community participation in Kut Bak District, Sakon Nakhon Province.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

จุฬารัตน์ ไชยเพ็ชร[1]
Chularat Chaiyapet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร โดยการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การศึกษาพัฒนารูปแบบ การใช้รูปแบบและประเมินผล โดยศึกษาในทีมพัฒนา ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ประชาชนที่เคยได้รับอุบัติเหตุ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุ แบบสอบถาม แนวคำถามการระดมความคิดเห็น แบบคัดลอกข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independen t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ปัจจัยเสี่ยงและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนพบผู้ประสบอุบัติเหตุ 1,113 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.20 อายุระหว่าง 15-24 ปีร้อยละ 31.90 เวลาเกิดอุบัติเหตุ 16.00-18.00 น.ร้อยละ 18.06 ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ร้อยละ 85.50 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 93.30 ไม่สวมเข็มขัดนิรภัยร้อยละ 62.80 ถนนในหมู่บ้านร้อยละ 51.90 บาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 78.70 และบาดเจ็บรุนแรงจนเสียชีวิตร้อยละ 21.30 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านคน ปัจจัยด้านรถ ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม 2) การดำเนินงานวิจัยนี้ได้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Sensor Plus Model 3) ประสิทธิผลรูปแบบ พบว่า หลังการดำเนินงานอัตราการบาดเจ็บ ระดับความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงและมีความแตกต่างต่างจากก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001, p=0.005 และ p=0.003 ตามลำดับ)

สำคัญ: อุบัติเหตุทางการจราจร, ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน, รูปแบบ Sensor Plus Model

ABSTRACT

This research aims to develop and evaluate the effectiveness of a road traffic accident prevention model with community participation in Kut Bak District, Sakon Nakhon Province. The research and development was divided into 3 phases, which were studies, implementation and evaluation. The study was conducted in a development team, including the road safety operation center committee, people who had accidents, and key informants. Data were collected by accident record, questionnaires, brainstorming questions, and data extraction from a database system. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics, Paired t-test, Independen t-test, and content analysis for qualitative.

The results show that 1) Road accident situation, risk factors and deaths from road accidents found 1,113 accident victims, most of whom were male 66.20 percent, aged 15-24 years 31.90 percent, accident time 16.00-18.00 hrs. 18.06 percent, motorcyclists 85.50 percent did not wear helmets, 93.30 percent did not wear seat belts 62.80 percent, village roads 51.90 percent, minor injuries 78.70 percent and severe injuries resulting in death 21.30 percent, with 3 factors related to accidents: human factors, vehicle factors, road and environmental factors. 2) This research was conducted on road trafhc accident prevention model with particion of Sensor Plus Model. 3) The effectiveness of the model was found to decrease the injury rate, severity, and road accident mortality rate after surgery, with significant statistical differences compared to before surgery. (p=0.001, p=0.005, and p=0.003)

Keywords: Traffic Accident, Road Safety Operation Center, Sensor Plus Model

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดบาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

บทนำ

สถานการณ์ด้านความปลอดภัยทางถนนโดยองค์การอนามัยโลก พบว่า การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของโลก มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 16.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยประเทศไทยมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นลำดับที่ 18 ของโลก เป็นลำดับ 2 ของเอเชียและสูงที่สุดอันดับหนึ่งของอาเซียน [1] ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเฉลี่ยปีละ 23,000 คน หรือ 62 คนต่อวัน ชั่วโมงละ 2-3 ราย ในจำนวนผู้บาดเจ็บ 1 แสนราย จะกลายเป็นผู้พิการราว 6 หมื่นคนต่อปี ซึ่งรัฐต้องสูญเสียงบประมาณกว่า 5 แสนล้านบาท ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมมหาศาล [2,3,4]

จังหวัดสกลนคร มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยพบว่าปี พ.ศ.2561 – 2564 มีสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 303, 317, 273 และ 276 ราย ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2564 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากรสูงถึง 26.5 ต่อแสนประชากร (เป้าหมายไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร) [5] เช่นเดียวกับอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ในช่วงระหว่างปี 2561 – 2564 พบอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 38.91, 32.60, 33.29 และ 39.48 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราเสียชีวิตที่สูงกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ พบผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงในช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ.2561 – 2564 พบผู้บาดเจ็บการเกิดอุบัติเหตุจำนวน 506, 439, 527 และ 339 ราย มีผู้เสียชีวิต จำนวน 8, 5, 1 และ 15 ราย ตามลำดับ และพบอัตราตายสูงสูดในปี 2564 คือ 57.69 ต่อแสนประชากร อำเภอกุดบาก จึงถูกจัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงมาก [6]

อำเภอกุดบาก พบว่า อุบัติเหตุทางถนนระหว่างปี 2562-2564 ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนเป็นคนขับ ร้อยละ 85.20 ส่วนใหญ่ขี่มอเตอร์ไซค์ เกิดขึ้นโดยไม่มีคู่กรณี ร้อยละ 52.90 ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ไม่ได้สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 93.20 และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 62.50 มักเกิดขึ้นบนถนนเทศบาลตำบล ถนนในหมู่บ้านชนบท ร้อยละ 51.90 ความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุ รุนแรงระดับน้อย ร้อยละ 78.30 และระดับมาก ร้อยละ 21.09 จากสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหลายปี แต่จะเห็นได้จากแนวโน้มของข้อมูลสถิติการเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตยังไม่ได้ลดลง จุดอ่อนของระบบการจัดการการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ขาดการใช้ข้อมูลร่วมกัน และขาดการประเมินที่เป็นระบบ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน พบว่าความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จ จึงนำมาสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร และประเมินประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหา โดยใช้เครื่องมือ Haddon's Matrix ในการวิเคราะห์และหลักการกลไกด่านครอบครัว รั้วชุมชน สู่การปฏิบัติอย่างง่าย พัฒนาด้วยการประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สร้างทีมพี่เลี้ยง เครือข่ายการใช้ข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุร่วมกับการสำรวจพื้นที่ วางแผนและกำหนดเป้าหมายการแก้ไขความเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ คนเสี่ยง รถเสี่ยง และถนนเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมเสี่ยง มีการรายงานและจัดการความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในช่วงเทศกาลและภาวะปกติ ภายใต้บริบทการขับเคลื่อนของชุมชน

ดังนั้น การดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและลดอุบัติเหตุจราจรอย่างเป็นระบบของหน่วยงาน องค์กร ชุมชนและภาคประชาชน เป็นการยกระดับผลลัพธ์ในการป้องกันการบาดเจ็บและลดอุบัติเหตุ ลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุที่เกิดกับประชาชนในอำเภอกุดบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สร้างคุณภาพชีวิตที่ปลอดภัยของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบและการพัฒนารูปแบบ (Situation analysis and prototype design) โดยการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective cohort study) เพื่อศึกษาสภาพการณ์เกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน และออกแบบรูปแบบ (Prototype design)

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้รูปแบบ (Trial test) เป็นการออกแบบเชิงระบบในสภาพจริงของพื้นที่ (System design) การทดสอบระบบของรูปแบบ (System run test) และการปรับปรุงรูปแบบ (Model improvement) การทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ทดลองและขยายผลการใช้รูปแบบที่ได้พัฒนาปรับปรุงให้สมบูรณ์ในพื้นที่อำเภอกุดบาก

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลองใช้รูปแบบ เป็นการดำเนินงานตามรูปแบบและประเมินผลรูปแบบในด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนอำเภอกุดบาก สรุปผลและเผยแพร่ตัวแบบ (Model dissemination)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะการศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนและถูกสอบสวนอุบัติเหตุ โดยใช้แบบรายงานอุบัติเหตุจราจรระหว่างปี 2562 – 2564 ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาสถานการณ์และลักษณะของอุบัติเหตุจราจรทางถนนของประชาชนของอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร จำนวน 1,113 คน[7] โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้รับการวินิจฉัยแพทย์ด้วยรหัสการวินิจฉัย ICD10 (International Classification of Diseases 10th Revision) ด้วยรหัส V01-V99 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร และ มีข้อมูลในแบบรายงานอุบัติเหตุจราจรระหว่างปี 2562 – 2564

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ในโมเดลได้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ในการจัดกระบวนการระดมสมอง (Brainstorming) ร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (ศปถ.อำเภอกุดบาก) และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับตำบล รวมทั้งสิ้น 29 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) พิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ระดับอำเภอและระดับตำบล เครือข่ายป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากภาครัฐ ผู้นำ/กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ภาคเอกชน อสม. จิตอาสาทุกระดับและผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่อยู่ในพื้นที่

ระยะที่ 2 ระยะการทดลองใช้รูปแบบ

ระยะการทดลองใช้รูปแบบ ร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (ศปถ.อำเภอกุดบาก) และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับตำบล ประกอบด้วย ตัวแทนคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอกุดบากเครือข่ายจากภาครัฐ ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คน

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม. จิตอาสาทุกระดับ และผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุจราจรทางถนน จำนวนทั้งหมด 60 คน

ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษา ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 1) ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการเข้าถึงพื้นที่ที่จะศึกษา และเป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอและระดับตำบล เครือข่ายป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน อสม.อป.พร. ชรบ. และจิตอาสาทุกระดับที่อยู่ในพื้นที่ จำนวน 29 คน 2) ประชาชนผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในอำเภอกุดบาก ระหว่างเดือนกันยายน 2565 – ตุลาคม 2565

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและเผยแพร่การใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในระยะที่ 3 มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ และระดับตำบล จำนวน 29 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ระดับอำเภอและระดับตำบล เครือข่ายป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากภาครัฐ ผู้นำ/กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 15 คน 2) ภาคเอกชน อสม. อปพร. ชรบ. จิตอาสาทุกระดับ และผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่อยู่ในพื้นที่ จำนวน 14 คน

2. ประชาชนผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในอำเภอกุดบาก ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – 30 มกราคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดลอกข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลรายงานด้านอุบัติเหตุจราจร ด้วยแบบสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (RTI Investigation form) เขตสุขภาพที่ 8

2. แนวคำถามการระดมสมอง (Brainstorming) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับประเด็นด้านการวิเคราะห์ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน ประสบการณ์ในการดำเนินงาน การดำเนินงานกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนนของอำเภอกุดบาก ก่อนเกิดอุบัติเหตุ ขณะเกิดอุบัติเหตุ และหลังเกิดอุบัติเหตุ

3. แบบรายงานความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง เพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล และระดับอำเภอ (Risk-RTI)

4. Application line open chat ที่ส่งสัญญาณตรวจจับความเสี่ยงและแจ้งเหตุการณ์อุบัติเหตุทางถนนอำเภอกุดบากเก็บรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ความเสี่ยงและอุบัติเหตุจราจรทางถนนในอำเภอกุดบาก โดยเครือข่าย คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และจิตอาสา

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกฉบับผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามทั้งฉบับของแบบสอบถาม ค่า IOC [8] ที่ได้อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ทุกข้อ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามลักษณะของการวิจัย 3 ระยะ คือ

ระยะที่1 ระยะการศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบและการพัฒนารูปแบบ เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากระบบข้อมูลทุติยภูมิ จากแบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการตายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการสอบสวนอุบัติเหตุจาก ศปถ.อ.กุดบาก ตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส และการจัดกระบวนการระดมสมอง (Brainstorming) ร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอำเภอกุดบาก (ศปถ.อำเภอกุดบาก) และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับตำบล (ศปถ.ตำบล) เครือข่ายจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน อสม. อปพร. ชรบ.

จิตอาสา และผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่อยู่ในพื้นที่ โดยใช้แบบบันทึกรายงานการประชุม เป็นลักษณะกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) ที่สร้างขึ้นล่วงหน้า ระหว่าง 1 กันยายน 2565 ถึง 26 กันยายน 2565

ระยะที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ทดลอง หลังนำรูปแบบไปทดลองใช้ในกระบวนการดำเนินงานการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ และขยายผลการใช้รูปแบบที่ได้พัฒนาปรับปรุงให้สมบูรณ์ในพื้นที่อำเภอกุดบาก ในระหว่างเดือนกันยายน ถึงตุลาคม 2565 โดยมีกิจกรรมการปฏิบัติการตาม Sensor Plus Model (เซ็นเซอร์ พลัส โมเดล) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในระดับตำบล และ อำเภอกุดบาก รวบรวมรายงานระดับอำเภอโดยศูนย์ปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ และนำเสนอข้อมูลในเวทีการประชุมประจำเดือน

ระยะที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะหลังการใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร จากการรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิจากสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการตายในระหว่างปี 2565-2566 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ตุลาคม 2565 – มกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) และหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตรา และความชุก เปรียบเทียบกับหลังการทดลองใช้รูปแบบในปี 2566 และประเมินประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการเปรียบเทียบก่อน และหลังปฏิบัติการด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independen t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ เลขที่ KUREC-CSC65-008 ลงวันที่ 19 กันยายน 2565

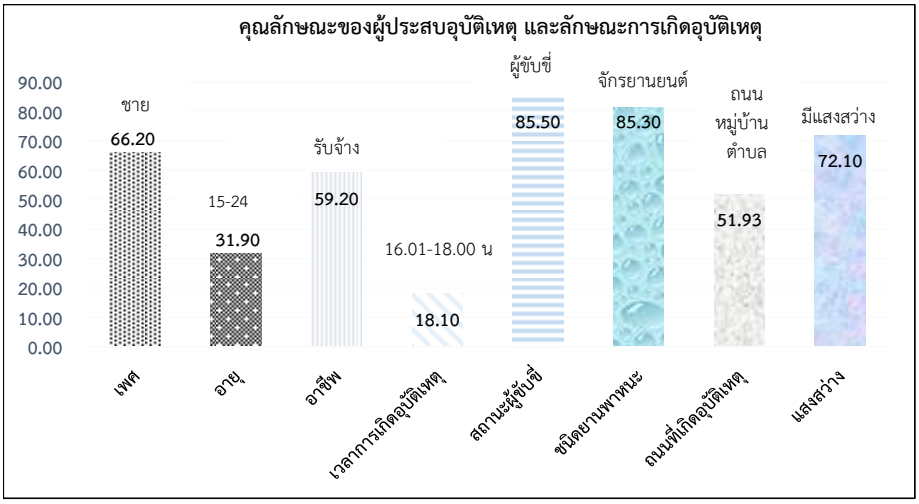
ผลการวิจัย

1. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 737 คน ร้อยละ 66.20 มีอายุ 15-24 ปี จำนวน 355 คน ร้อยละ 31.90 (อายุเฉลี่ย 38 ปี [SD. = 18.00], Min. = 15.00, Max. = 86.00) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.21

2) ปัจจัยด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม และรถ ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ เวลา 16.01 น. - 18.00 น. ร้อยละ 18.06 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเวลากลางวัน ร้อยละ 67.57 และกลางคืน ร้อยละ 32.43 ด้านยานพาหนะ พบว่าเกิดอุบัติเหตุกับรถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 85.27 รองลงมา คือ จักรยาน ร้อยละ 5.30 ส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 85.50 การเกิดอุบัติเหตุประเภทคู่กรณี/ยานพาหนะ พบว่าคู่กรณีที่เกิดอุบัติเหตุเป็นรถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 52.27 รองลงมา คือผู้ขับขี่ล้มเอง ชนรั้ว กำแพงบ้าน เสาไฟ ป้ายสัตว์เลี้ยง สุนัข ควาย ไก่ วัว แมว ร้อยละ 20.22 ถนนที่เกิดเหตุ ถนนเทศบาลตำบลพบมากที่สุด ร้อยละ 51.93 รองลงมา คือถนนในหมู่บ้าน ร้อยละ 36.93 ขณะเกิดอุบัติเหตุมีไฟส่องสว่างร้อยละ 72.10

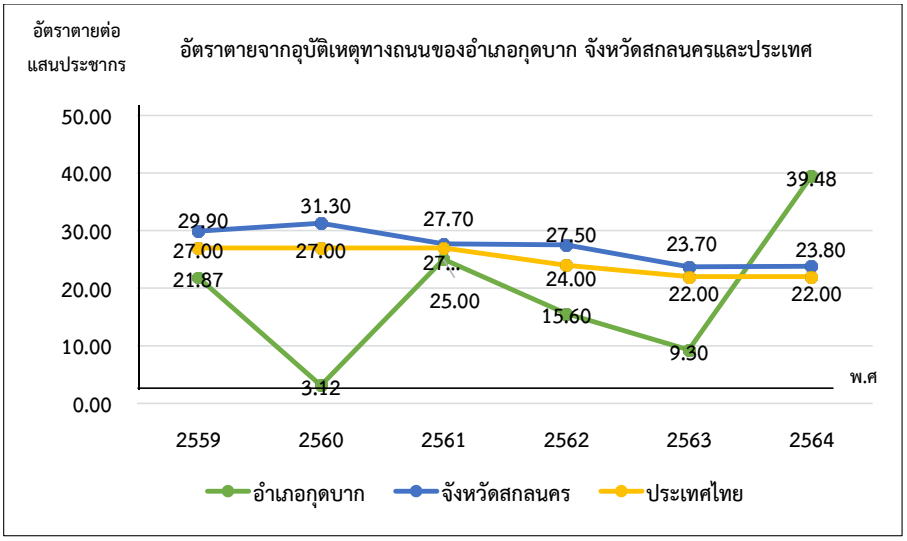
3) ปัจจัยมาตรการด้านการป้องกัน พบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนมีพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 93.30 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 62.80 ไม่มีใบอนุญาตในการขับขี่รถ ร้อยละ 66.60 มีการสวมหมวกนิรภัย คาดเข็มขัดนิรภัย และมีใบอนุญาตในการขับขี่รถ ร้อยละ 6.70, 37.20 และ 33.40ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนนส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 70.90 และมีประวัติการดื่มสุราเพียงร้อยละ 29.10



ภาพประกอบ 1 ร้อยละของผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

4) ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน พบว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บที่ระดับบาดเจ็บเล็กน้อยมากที่สุด ร้อยละ 72.90 รองลงมาประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บที่ระดับบาดเจ็บรุนแรงและส่งต่อจำนวน ร้อยละ 19.60 มีผู้เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ เสียชีวิตระหว่างนำส่งและในโรงพยาบาล ร้อยละ 1.70

5) การเปรียบเทียบอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนตามพื้นที่การเกิดอุบัติเหตุ เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนตามพื้นที่การเกิดอุบัติเหตุ อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนระดับพื้นที่ของอำเภอกุดบาก พื้นที่จังหวัดสกลนคร และประเทศไทย พบว่า พื้นที่ของอำเภอกุดบาก มีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าพื้นที่จังหวัดสกลนคร และประเทศไทย



ภาพประกอบ 2 การเปรียบเทียบอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนตามพื้นที่การเกิดอุบัติเหตุที่มีอิสระต่อกันของพื้นที่อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร และประเทศไทย

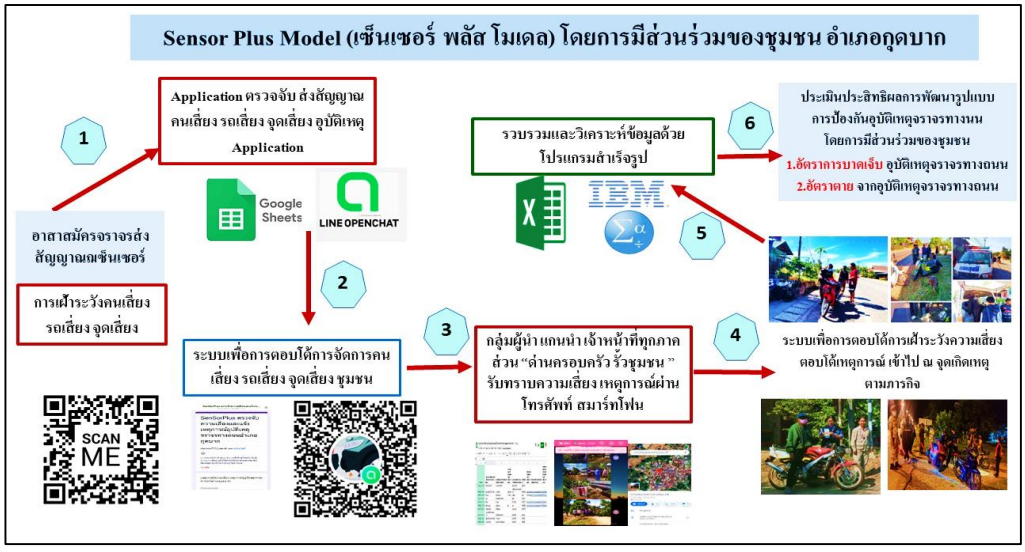
จึงนำมาสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร เพื่อเป็นรูปแบบการดำเนินงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

การพัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบ จากการระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยทีมแกนนำหลักในคือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) อำเภอกุดบาก สังเคราะห์เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า “Sensor Plus Model อำเภอกุดบาก” โดยใช้หลักการกลไก ด่านครอบครัว รั้วชุมชนสู่การปฏิบัติอย่างง่าย ผ่านการสั่งการ กำกับของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) อำเภอกุดบาก ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนในชุมชน ที่เริ่มจากการยกร่างรูปแบบ ด้วยการศึกษาบริบทชุมชนและสภาพปัญหาของพื้นที่ แล้วนำเข้าสู่การระดมแนวคิดเพื่อกำหนดรูปแบบและแนวทางแก้ไขปัญหา การนำไปทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่วิจัย และทำการสรุปผลการพัฒนารูปแบบและนำไปใช้จริง ทั้งนี้ขั้นตอน กระบวนการ และวิธีการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอกุดบาก สอดคล้องกับการพูดคุยจากการระดมสมองที่กล่าวว่า *“ต้องเป็นแนวทางที่ชุมชนจะสามารถดูแลคนในชุมชนร่วมกันโดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและจิตอาสาในชุมชนได้เป็นอย่างดี” (BS02_230965) “เราเคยสำรวจความเสี่ยง ได้รณรงค์ร่วมกันช่วงก่อนมีเทศกาลก็ได้รายงานไป ฝ่ายปกครองเราก็ลงไปแก้ไขในช่วงวันหยุดเทศกาล” (BS01_230965) “มีการตั้งด่าน จุดตรวจและด่านชุมชนที่ให้มี อป.พร อสม. เจ้าหน้าที่ ที่คอยให้คำแนะนำช่วงเทศกาล เทศบาลสนับสนุนอุปกรณ์ และงบประมาณ” (BS01_230965) “ ข้อมูลเฝ้าระวังช่องทางง่าย รวดเร็ว ประชาชนได้รับบริการช่วยเหลือในชุมชน” (BS01_230965) “อำเภอกุดบากเป็นอำเภอเล็ก ๆ คิดว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นหากเราร่วมกันร่วมมือร่วมแรงร่วมใจคิดว่าปัญหาอุบัติเหตุของอำเภอของเราก็คงจะสามารถแก้ไขได้และไม่มีคนที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ” (BS01_230965)*

2. รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา

ภายใต้ความเหมือนและแตกต่างกันของบริบทแต่ละพื้นที่ในชุมชนและความหลากหลายในด้านต่าง ๆ ของวิถีชีวิตประชาชน การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 Sensor Plus Model (เซ็นเซอร์ พลัส โมเดล) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

กระบวนการกลไกการขับเคลื่อน (Mechanism processes)

กระบวนการกลไกการขับเคลื่อน เป็นกลวิธีที่ประยุกต์ใช้เพื่อให้ประสบผลสำเร็จในการป้องกัน

อุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 1) กิจกรรมการประชุมปรึกษาร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อปพร. และ ชรบ. ในชุมชน 2) กิจกรรมการสนับสนุนและส่งเสริมการทำงานของแกนนำ และองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ กำหนดมาตรการจัดตั้ง “ด่านครอบครัว รั้วชุมชน” 3) กิจกรรมการเสริมสร้างพลังและการกระตุ้นการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรู้แก่อาสาสมัครในพื้นที่ตำบล และอำเภอจำนวน 186 คน 4) กิจกรรมการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์สร้างกระแสให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่อำเภอกุดบาก 5) กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการและการรณรงค์ขับเคลื่อนให้เยาวชนพื้นที่นำร่อง รับรู้เกี่ยวกับกฎหมายจราจรกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน ปัจจัยผลกระทบที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเด็กและเยาชน ในโรงเรียน 6) กิจกรรม Dead case conference การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรของอำเภอกุดบาก พบว่า มีการดำเนินการด้านวิศวกรรมจราจรในพื้นที่จากการทำ Dead case conference 5 จุด ดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย และการพัฒนาทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้กับหน่วยปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่น ทั้ง 3 หน่วย

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิเคราะห์ประเมินผลระยะหลังการใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนน พบว่า ประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามกระบวนการ Sensor Plus Model อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีการเฝ้าระวัง จัดการและตอบโต้ ความเสี่ยงด้านคน รถ ถนนและสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดอุบัติทางถนนในหมู่บ้าน (1 ตุลาคม 2565- 30 มกราคม 2566) ผลการรายงานตลอด 24 ชั่วโมง ในการเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงด้านคน รถ ถนนและสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดอุบัติทางถนนในหมู่บ้าน พบว่า ในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน ธันวาคม 2565 ช่วงก่อนปีใหม่ สถานการณ์ทุกพื้นที่ของอำเภอกุดบากมีพื้นที่เสี่ยง โดยพบว่าในเดือนธันวาคมมีหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงระดับมาก มากที่สุดจำนวน 7 หมู่บ้าน ร้อยละ 36.84 มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงมากที่สุด จำนวน 9 เหตุการณ์ ร้อยละ 21.95 และในช่วงเทศกาลปีใหม่มีการเฝ้าระวังเข้มข้นตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม 2565 เริ่มมีรายงานพื้นที่เสี่ยงระดับต่ำ 19 หมู่บ้านร้อยละ 100.00 และในระหว่างวันที่ 30 ธันวาคม – 30 มกราคม มีรายงานพื้นที่เสี่ยงระดับสูง พบมากสูงสุดในช่วงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 มีรายงานพื้นที่เสี่ยง จำนวน 8 หมู่บ้าน ร้อยละ 41.10 พบการรายงานเหตุการณ์สูงสุดจำนวน 39 เหตุการณ์ และเป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 16 เหตุการณ์ ร้อยละ 41.02 ส่วนพื้นที่เสี่ยงระดับปานกลาง พบมากขึ้นในช่วงเดือนพฤศจิกายน จำนวน 3 หมู่บ้าน ร้อยละ 15.79

การตอบโต้พื้นที่เสี่ยงสามารถดำเนินการครบทุกหมู่บ้าน/ชุมชนตามระดับความเสี่ยง ทุกเหตุการณ์คิดเป็นร้อยละ 100.00

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการบาดเจ็บ และอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนประเมินผลลัพธ์เปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2563-2565) พบว่า มีแนวโน้มลดลงในปี 2565

การใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า พื้นที่ที่มีการใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และพื้นที่ที่ไม่มีการใช้รูปแบบ พบว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้ที่บาดเจ็บ จำนวนผู้ที่เสียชีวิต และอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ที่ประเมินผลลัพธ์ช่วงตุลาคม - ธันวาคม 2565 และมกราคม 2566 พื้นที่ทดลองจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้ที่บาดเจ็บ จำนวนผู้ที่เสียชีวิต และอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนน้อยกว่าพื้นที่ควบคุม

การวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราป่วย และอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ที่ประเมินผลลัพธ์ก่อนการทดลอง (ตุลาคม - ธันวาคม 2565 และช่วงเทศกาลปีใหม่ 2566) และหลังการทดลอง (ตุลาคม - ธันวาคม 2565 และมกราคม 2566) การใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า

จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้ที่บาดเจ็บ จำนวนผู้ที่เสียชีวิต และอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนหลังการใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีแนวโน้มลดลง

การเปรียบเทียบการบาดเจ็บ อัตราการบาดเจ็บและระดับความรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Sensor Plus model พบว่าความถี่ของการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนและอัตราการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนของพื้นที่อำเภอกุดบากก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) โดยค่าเฉลี่ยของอุบัติการณ์ลดลงภายหลังจากการดำเนินการ และ เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนก่อนและหลังการทดลอง พบว่าระดับความรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) โดยระดับความรุนแรงลดลงภายหลังการใช้รูปแบบ

การเปรียบการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของพื้นที่อำเภอกุดบาก รวมถึงอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของพื้นที่อำเภอกุดบาก มาจากจำนวนของผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนต่อจำนวนประชากรแสนคน ก่อนการทดลองและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Sensor Plus model พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.005) และ (p = 0.003) โดยค่าเฉลี่ยของอุบัติการณ์ลดลงภายหลังจากการใช้รูปแบบ

สรุปและอภิปรายผล

1. อำเภอกุดบาก พบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงกำหนดประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางการจราจรเป็นนโยบายสำคัญของอำเภอ สอดคล้องกับการเร่งรัดการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนระดับโลกและยุทธศาสตร์ระดับชาติ “ทศวรรษแห่งความปลอดภัย ทางถนน พ.ศ.2564-2573” [9] ผลการศึกษาวิเคราะห์ความเสี่ยงสอดคล้องกับชุดข้อมูลสรุปของ WHO ที่พบว่า ปัจจัยด้านคนที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย [10,11] อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น เกิดจากระบบขับขี่ของพาหนะประเภทรถ ถนนที่ขับขี่ [12,13,14] ปัจจัยด้านรถสอดคล้องกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2563 พบว่า ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถ จักรยานยนต์ [15] 3) ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสภาพของไฟถนนไม่สว่างและไม่มีไฟถนน เป็นความเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุมากกว่า 10.17 เท่าและ 16.22 เท่า มากกว่าการมีไฟถนนที่สว่าง ซึ่งในช่วงเวลา 18.00 น. ไม่มีแสงส่องสว่าง [16,17] ผู้เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 93.30 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 62.80 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 70.90 สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ในประเทศไทย พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถ จักรยานยนต์ มีเพียง ร้อยละ 43.00 ผู้เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 76.30 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 95.10[18] เห็นพ้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน คือ การเมาแล้วขับ ขับรถเร็ว ขับรถระยะประชิด และปฏิบัติตามกฎจราจร [15,19,20,21]

2. รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีการดำเนินการโดยวิธีการบูรณาการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ ขั้นตอนเชิงรุกและเชิงรับ ในสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) อำเภอ และ ศปถ.ท้องถิ่นทุก อปท. ดำเนินการด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน จัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงานโครงการ งบประมาณในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน บริหารและแบ่งหน้าที่ในการป้องกันการบาดเจ็บอุบัติเหตุทางถนน เชื่อมโยงข้อมูล

การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านคน รถ ถนน ในการกำหนดแนวทางป้องกันปัญหาอุบัติเหตุทางถนน สอดคล้องกับการเร่งรัดการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติทางถนนของประเทศไทยที่กำหนดให้มีการใช้ข้อมูลสถิติการบาดเจ็บและการเสียชีวิตในระบบฐานข้อมูล 3 ฐาน[2,3,22] สิ่งสำคัญที่ทำให้การจัดการด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกัน สามารถลดอุบัติการณ์อุบัติเหตุจราจรทางถนนได้ คือ การสื่อสารและการจัดการเหตุการณ์ความเสี่ยงโดยอาสาสมัครด่านครอบครัว รั้วชุมชน การจัดการด้านความปลอดภัย จึงทำให้อุบัติการณ์การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนลดลง โดยมีกลไกการประสานงาน การประเมินผลร่วมกัน ตลอดจนมีการปรับปรุงแนวทางให้เกิดความสมบูรณ์และเหมาะสม กระบวนการส่งสัญญาณสื่อสารและการจัดการความเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุทางถนนด้านคน รถ ถนนและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยให้ทีมด่านครอบครัว รั้วชุมชนเข้าไประงับเหตุการณ์ ความเสี่ยงและมาตรการบังคับใช้กฎหมาย มีผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ทั้งนี้การใช้เครื่องมือสื่อสารในกระบวนการปฏิบัติการเฝ้าระวังความเสี่ยง และการรับส่งข้อมูลรายงานผ่านสื่ออย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ยังมีข้อจำกัดเรื่องสัญญาณของเครื่องมือสื่อสาร เช่นเดียวกับการเสนอแนะแนวทางการลดอุบัติเหตุจากปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ การให้การศึกษาด้านการป้องกันตนเอง การประชาสัมพันธ์ข้อมูลความปลอดภัยทางถนน การสร้างความตระหนักรู้และการบังคับใช้กฎหมาย[23,24] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) อำเภอ และ ศปถ.ท้องถิ่นในทุก อปท .และมีการใช้ระบบข้อมูลข่าวสารเข้ามารายงานสถานการณ์และนำไปสู่การวางแผนแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม[25] ดังนั้นแนวทางการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่ จำเป็นต้องอาศัยกลไกความร่วมมือจากหน่วยงานทุกระดับ เพื่อให้เกิดการบูรณาการจากทีมสหสาขาและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในระดับตำบล และขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ[26] กำหนดมาตรการแก้ไข ด้วยกระบวนการจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การชี้เป้าหมายที่ชัดเจนและจัดการแก้ไขจุดเสี่ยง ออกมาตรการ แก้ปัญหาที่ตรงจุด กำหนดเป้าหมายและประเมินผลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องตามแผน ยุทธศาสตร์ระดับชาติ “ทศวรรษแห่งความปลอดภัย ทางถนน พ.ศ.2554 -2563”[27]

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์อุบัติเหตุจราจรทางถนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แยกตามระดับความรุนแรง พบว่า เหตุการณ์อุบัติเหตุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 โดยค่าเฉลี่ยของอุบัติการณ์ลดลงภายหลังจากการใช้รูปแบบในส่วนของการบาดเจ็บและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.001 แต่ในส่วนของการเสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p = 0.005$ และ $p = 0.003$ ตามลำดับ อุบัติการณ์ต่าง ๆ ลดลงภายหลังจากการใช้รูปแบบ เป็นเพราะการเกิดอุบัติการณ์ในแต่ครั้งไม่มีความรุนแรงมากจนถึงได้รับบาดเจ็บหนักและเสียชีวิต สรุปได้ว่าภายหลังการใช้รูปแบบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับของเหตุการณ์ระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดกับการศึกษาของฉัตร์แก้ว ละครชัย[28] ที่พบว่าอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุลดลงอยู่ในระดับต่ำหลังการสร้างการจัดการด้านความปลอดภัย ซึ่งสิ่งสำคัญอีกประการที่ทำให้การสร้างการจัดการด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกันใน 4 ประเด็นสำเร็จสามารถลดอุบัติการณ์อุบัติเหตุจราจรทางถนนได้ คือ รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างการจัดการด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกันจะเห็นได้จากผลการวิจัยในภาพรวม มีการสื่อสารและการจัดการเหตุการณ์ความเสี่ยงโดยอาสาสมัคร ด่านครอบครัว รั้วชุมชน การจัดการด้านความปลอดภัยจึงทำให้อุบัติการณ์การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนลดลง ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Ranabir et al. [22] ที่พบว่า การป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนต้องทำให้เกิดความปลอดภัยทางถนน โดยใช้แนวทางแบบองค์รวม เพื่อความปลอดภัยทางถนนที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ตั้งแต่ภาครัฐเช่น ตำรวจไปจนถึงด้านการศึกษาต้องบูรณาการหลายภาคส่วนเพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืน โดยกลไกการประสานงาน การประเมินผลร่วมกัน ตลอดจนมีการปรับปรุงแนวทางให้เกิดความสมบูรณ์และเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ด้านความปลอดภัยทางถนน การบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างจริงจัง โดยดำเนินการผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ Internet หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และตำบล

2. ควรส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังและการจัดการความเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มบุคคล องค์กรร่วมเฝ้าระวั และรายงานความเสี่ยงแก่หน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบในการแก้ไขความเสี่ยงด้านคน รถ ถนนและสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรทำการศึกษาในพื้นที่ขนาดใหญ่ขึ้น ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มุ่งเน้นศึกษาหรือดำเนินการให้สอดคล้องกับพื้นที่

2. ควรศึกษาการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศ การรับส่งข้อมูลรายงานผ่านสื่อทางแอพพลิเคชั่นที่หลากหลายรูปแบบ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.ควรสนับสนุน เสริมสร้างพลังของการขับเคลื่อนงานทั้งภาครัฐ หน่วยงาน องค์กรเอกชน ประชาชนควบคู่กัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางถนนในชุมชน อำนวยการกระจายภารกิจในการบังคับใช้กฎหมาย พร้อมทั้งสนับสนุนองค์กรเครือข่าย ในการสร้างกระแสความปลอดภัยทางถนน การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นหรือประกาศของหน่วยงาน เพื่อใช้แก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนนของประชาชนและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในระดับชุมชนให้ได้ผลอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก สาธารณสุขอำเภอกุดบาก ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนและคณะทำงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบลที่อำนวยความสะดวก ประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามโปรแกรมวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

. 1. World Health Organization. World health statistics [Internet]. 2021. [Cited 2023 Oct 22], Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-healthstatistic-reports/2021/whs2021_annex2_20210519.xlsx?sfvrsn=7f635c31_5.

2. Department of disease control. Report on the quality assessment of data on integration of road accident fatalities [Internet]. 2022. [Cited 2023 Oct 22], Available from:https://ddc.moph.go.th/dip/pagecontent. php?page =575 &dept=dip

3. Srisuwan, P. Data Quality Assessment Integrating Road Accident Fatalities. Nonthaburi **:** Department of disease control, 2020;1(1):1-45.

4. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. 2019. [Cited 2023 Oct 22], Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries.

5. กรมควบคุมโรค. การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน [ออนไลน์] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 8]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/ disease_detail.php?d=73.

6. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน. การจัดการท้องถิ่นชุมชน ถนนปลอดภัย. กรุงเทพมหานคร. 2560.
7. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดสกลนคร. รายงานประชาชนประจำปี 2562. กองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. กรุงเทพมหานคร: 2562.
8. Srisa-art, B. Preliminary Research. Bangkok : Phiriyasan. 2010.
9. Banchachai, W. Road accidents and problem handling in Thailand. Thai Journal of Emergency Medicine.2023;2(2):187-98.
10. Academic Center for Road Safety. Local community management safe roads. Bangkok : Academic Center for Road Safety. 2017.
11. Wichaiwong, T. and Duangsong, R. Factors Associated with Level of Severity in Patients Injured from Road Traffic Accidents Treated at Emergency Department of Wapipathum Hospital in Mahasarakham Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2018;21(3):12-21.
12. Bucsuházy, K., et al. Human factors contributing to the road traffic accident occurrence. Transportation research Procedia. 2020;45(1):555-561
13. Kamrani, M., Srinivasan, A. R., Chakraborty, S., and Khattak, A. J. Applying Markov decision process to understand driving decisions using basic safety messages data. Transportation Research Part C: Emerging Technologies. 2020;115(1):102642.
14. Zaidan, R. A., et al. Comprehensive driver behaviour review: Taxonomy, issues and challenges, motivations and research direction towards achieving a smart transportation environment. Engineering Applications of Artificial Intelligence. 2022;111(1):104745.
15. Klinjun, N., Kelly, M., Praditsathaporn, C. and Petsirasan, R. Identification of Factors Affecting Road Traffic Injuries Incidence and Severity in Southern Thailand Based on Accident Investigation Reports. Sustainability. 2021;13(22):12467.
16. Azevedo-Sa, H., et al.. How internal and external risks affect the relationships between trust and driver behavior in automated driving systems. Transportation research part C: emerging technologies. 2021;123(1):102973.
17. Thasai, K., Musikapong P and Pundee R. (2021). Factors Affecting Risk Behaviors of Motorcycle Accidents of High School Students. Safety and Health Journal. 2021; 14(1):50-67
18. บุญยืน ศรีสว่าง. แนวโน้มอุบัติเหตุทางถนนและความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนน เขตพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11,2561; 32(4):1451-1462.
19. ภาวิณี เอี่ยมตระกูล และสรารัตน์ ฉายพงษ์. การศึกษาปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน. วารสารชุมชนวิจัย. 2564;15(3): 30-42.
20. Hammad, H. M., et al. Environmental factors affecting the frequency of road traffic accidents: a case study of sub-urban area of Pakistan. Environmental Science and Pollution Research. 2019;26(12):11674-11685.
21. Chang, F., Li, M., Xu, P., Zhou, H., Haque, M. M., & Huang, H. Injury severity of motorcycle riders involved in traffic crashes in Hunan, China: a mixed ordered logit approach. International journal of environmental research and public health. 2016;13(7):714.
22. Ranabir, S., Archana, N., Ipsita, R., Naorem, S., and Prasad, L. Is there a correlation between body mass index and thyroid stimulating hormone. Endocrinol. Int.J. 2019;7(1): 151-154.
23. ศุภชัย วาสนานนท์, ดลฤดี วาสนานนท์ และนนนน วาสนานนท์. แนวทางการลดอุบัติเหตุทางรถยนต์จากปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2564;41(5): 86-97.
24. เศรษฐกาญจน์ ทิพโอสถ. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน กรณีศึกษา ถนนศุภสารรังสรรค์ เขตเทศบาลนครหาดใหญ่. คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
25. Office of Noncommunicable diseases. Documentation for reporting death data from road accidents In the meeting of committee on road accident information at the provincial level. Nan : Disaster Prevention and Mitigation Office: 2019.

26. Malakitsakul, S. Result of D-RTI Plus Model Procedure for Prevention of Injuries and Deaths from Traffic Accidents in Regional Health Area 3. Journal of Disease and Health Risk DPC3. 2020;14(1):25-34.
27. Sachs, J. D., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G., and Woelm, F. Sustainable development report 2022. UK : Cambridge University Press: 2022.
28. ฉัตร์แก้ว ละครชัย. การประเมินการจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาลและความสัมพันธ์กับอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุของพยาบาล กรณีศึกษาโรง พยาบาลรัฐแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติกลุ่มระดับชาติด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558;2(6): 173-187.

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile

Development Model of Nursing Practice Guidelines for the Care of Patients with Sterile Minor Surgical Wounds.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

สมคิด โกสุมพ์ศิริ[1]
Somkit Kosumsiri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile จำนวน 76 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับมากที่สุด และการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และการประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนและหลังแนวปฏิบัติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และการประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile หลังแนวปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile

Abstract

This study was quasi-experimental research. The objectives are to study the situation of caring for patients with sterile minor surgical wounds and the model for developing nursing practice guidelines for caring for patients with sterile minor surgical wounds. The research period is between September 2024 and December 2024, a total of 4 months. The sample group includes 76 patients with sterile minor surgical wounds. Data is collected from questionnaires. Data is analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the understanding of sterile minor surgical wound care before using the guidelines, sterile minor surgical wound patients had a moderate understanding of sterile minor surgical wound care. After using the guidelines, sterile minor surgical wound patients had the highest understanding of sterile minor surgical wound care. And the care of sterile minor surgical wounds before using the guidelines, sterile minor surgical wound patients had a moderate understanding of sterile minor surgical wound care. After using the guidelines, sterile minor surgical wound patients had the highest understanding of sterile minor surgical wound care. In addition, it was found that the understanding of sterile minor surgical wound care and the assessment of sterile minor surgical wound care before and after the guidelines were statistically significant at the .05 level, where the understanding of sterile minor surgical wound care and the assessment of sterile minor surgical wound care after the guidelines had a higher mean score than before using the guidelines.

Keywords: Nursing guidelines, sterile minor surgical wound patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลยางตลาด

บทนำ

การผ่าตัดไม่เพียงแต่เป็นวิธีการรักษาสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน แต่ยังรวมถึงผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาแบบไม่เร่งด่วนอีกด้วย อย่างไรก็ตาม กระบวนการในการผ่าตัดนั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกาย และในบางกรณีอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ จากการศึกษาพบว่าทั่วโลกมีการผ่าตัดมากกว่า 234 ล้านครั้งต่อปี โดยในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประมาณ 1.3 ล้านคนต่อปี[1]

การผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) เป็นวิธีการผ่าตัดที่มีขนาดไม่เกิน 1 เซนติเมตร ซึ่งมักใช้ยาชาเฉพาะที่แทนการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป ทำให้ลดความเสี่ยงและระยะเวลาในการทำหัตถการในห้องผ่าตัดได้ แผลที่เกิดจากการผ่าตัดเล็กต้องเป็นแผลสะอาด (Clean Wound) ซึ่งหมายถึงแผลที่ไม่มีการติดเชื้อและได้รับการเตรียมการอย่างถูกต้อง โดยมีคุณสมบัติดังนี้ แผลจะต้องได้รับการเตรียมการล่วงหน้าและเย็บปิดหลังจากการผ่าตัด (Primary closure) โดยไม่มีการใส่ท่อระบายหรือระบายแบบเปิด ผ่านเนื้อเยื่อที่ไม่ช้ำและไม่มีการติดเชื้อ รวมถึงในระหว่างการผ่าตัดต้องไม่มีการละเมิดมาตรการปลอดเชื้อ (Aseptic technique) การปฏิบัติตามมาตรฐานเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้แผลหายได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย[2]

เป้าหมายหลักในการดูแลแผลผ่าตัดคือการป้องกันการติดเชื้อทั้งภายในสถานพยาบาลและบริเวณบาดแผล โดยทั่วไปแล้ว การทำหัตถการผ่าตัดมีอัตราการติดเชื้อค่อนข้างต่ำ แต่ความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามหลักการด้านเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด การควบคุมความสะอาดและการลดปัจจัยเสี่ยงจากตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม การเตรียมผู้ป่วยอย่างถูกวิธี การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะและวัสดุในการปิดแผลอย่างเหมาะสม รวมถึงการทำหัตถการอย่างถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้แผลหายเร็วและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ในการดูแลแผลหลังการผ่าตัด พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การทำความสะอาดแผล การเปลี่ยนผ้าปิดแผลอย่างเหมาะสม และการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าแผลจะหายได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย นอกจากนี้ยังต้องมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีดูแลแผลที่บ้าน เช่น การรักษาความสะอาดและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้เกิดแรงกดหรือบาดเจ็บต่อแผล การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟูที่ดีที่สุด[3]

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก โดยเฉพาะในผู้ป่วยนอก (Out-Patient Department) ซึ่งช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย แนวปฏิบัติเหล่านี้อิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ที่มุ่งเน้นการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดช่วยให้พยาบาลสามารถเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เช่น การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วย การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัดอย่างถูกต้องตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ นอกจากนี้ยังรวมถึงการเลือกใช้วัสดุในการปิดแผลและยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในระยะหลังการผ่าตัด พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลที่บ้าน เช่น การรักษาความสะอาดและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้เกิดแรงกดหรือบาดเจ็บต่อแผล การบันทึกผลการปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ก็เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในอนาคต[4] สอดคล้องกับภควดี พลังวชิรา[1] ซึ่งพบว่าสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลบาดแผลจากการผ่าตัดคือการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลรักษาอย่างถูกวิธี เริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมผิวหนังเพื่อทำการผ่าตัด การล้างมือ การฟอกมือ การทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การกำจัดสิ่งปนเปื้อนบนอุปกรณ์ผ่าตัด เช่น การต้มโดยหม้อนึ่งความดัน การทำให้ปราศจากเชื้อโดยการใช้สารฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ สารฆ่าเชื้อที่มี

ไอโอดีนเป็นส่วนประกอบและคลอร์เฮกซีดีน ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด ยังเป็นเรื่องถกเถียงกันอยู่ สำหรับหลังผ่าตัดการดูแลทำความสะอาดแผล การใช้แผ่นฟลาสเตอร์ปิดแผลสมัยใหม่สามารถลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อบริเวณบาดแผลได้ สำหรับการป้องกันการติดเชื้อด้วยสารต้านจุลชีพ มักไม่มีความจำเป็นสำหรับการผ่าตัดบริเวณผิวหนัง แต่เมื่อมีการตัดสินใจว่าจะมีการใชสารต้านจุลชีพก็ควรใช้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ ทั้งนี้เพื่อให้ระดับของสารต้านจุลชีพในกระแสเลือดมีปริมาณสูงเพียงพอที่จะป้องกันภาวะการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด การดูแลบาดแผลยังต้องคำนึงถึง ประเภทของบาดแผลและปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วยที่มีผลต่อการติดเชื้อบริเวณบาดแผล ได้แก่ ภาวะภูมิต้านทานต่ำ โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ โรคอ้วน โรคมะเร็ง ผู้สูงอายุ การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกายและอื่นๆ

โรงพยาบาลยางตลาด มีผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็กเตรียมการไว้ล่วงหน้า ที่มารับบริการในปี 2566 จำนวน 304 ราย ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือการดูแลแผลหลังการผ่าตัด ซึ่งรวมถึงการติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลไม่ถูกต้อง เช่น การให้แผลโดนน้ำหรือความชื้นมากเกินไป นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวดและการบวมที่อาจเกิดขึ้น หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การยกของหนักหรือเคลื่อนไหวมากเกินไป อาการแพ้พลาสเตอร์ก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย ซึ่งอาจทำให้เกิดการอักเสบหรือขยายตัวของแผล นอกจากนี้ การไม่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์หรือไม่ดื่มน้ำเพียงพออาจทำให้แผลหายช้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและแผลเปิด

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile โดยการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสม และการศึกษาผลของการพัฒนา ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงสถานการณ์การดูแลแผลผ่าตัดเล็กได้ดียิ่งขึ้น และสร้างแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคาดหวังว่าจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน สิงหาคม 2567 ถึง เดือน ตุลาคม 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และผลการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก sterile

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และผลการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก sterile ระหว่างเดือน สิงหาคม 2567 ถึง เดือน ตุลาคม 2567 รวม 3 เดือน จำนวน 76 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย 1) แผลผ่าตัดที่เตรียมการผ่าตัดล่วงหน้า 2) เย็บปิดแผลหลังผ่าตัด (Primary closure) 3) ไม่ได้ใส่ท่อระบาย หรือ ระบายแบบเปิด 4) แผลผ่าตัดที่ผ่านเนื้อเยื่อที่ไม่ช้ำ ไม่มีการติดเชื้อ 5) แผลผ่าตัดที่ได้ผ่า ผ่านระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์

6. ระหว่างผ่าตัด ไม่มีการละเมิดมาตรการปลอดเชื้อ (Aceptic technique)

7. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile โดยมีกิจกรรม/ขั้นตอนในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและ การสรุปผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile โดยมีเนื้อหา การจัดเตรียมและดูแลอุปกรณ์ (Equipment) การประเมิน (Assessment) แผล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาลและผลลัพธ์ (Outcome identification and planning)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียนผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile

2.2 แบบสอบถามการประเมินความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile 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

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

2.2 แบบสอบถามการประเมินความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile 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

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 นำแบบสอบถามที่

สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) โดย 1) แบบสอบถามการประเมินความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีค่าเท่ากับ .915 2) แบบสอบถามการประเมินความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีค่าเท่ากับ .907

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile
2. การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile
3. การดำเนินการตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile
4. การสรุปผลการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterileได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และผลการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก sterile ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile เป็น ผู้ป่วยนอก (Out – Patient – Department) รักษาโดยการผ่าตัดเล็ก (Minor surgery) ได้แก่ แผลผ่าตัดที่เตรียมการผ่าตัดล่วงหน้า เย็บปิดแผลหลังผ่าตัด (Primary closure) ไม่ได้ใส่ท่อระบาย หรือ ระบายแบบเปิด แผลผ่าตัดที่ผ่านเนื้อเยื่อที่ไม่ช้ำ ไม่มีการติดเชื้อ แผลผ่าตัดที่ได้ผ่า ผ่านระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ และระหว่างผ่าตัด ไม่มีการละเมิดมาตรการปลอดเชื้อ (Aceptic technique)

2. การประเมินความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับมากที่สุด

3. การประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับมากที่สุด

4. รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile

5. การเปรียบเทียบการประเมินความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และการประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนและหลังแนวปฏิบัติ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และการประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนและหลังแนวปฏิบัติ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การทำแผล	3.03	0.18	4.38	0.08	75	-73.194	.000	-1.39365	-1.31980
การดูแลแผล	3.03	0.24	4.39	0.12	75	-49.217	.000	-1.42381	-1.31303

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และการประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนและหลังแนวปฏิบัติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และการประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile หลังแนวปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile เป็น ผู้ป่วยนอก (Out – Patient – Department) รักษาโดยการผ่าตัดเล็ก (Minor surgery) ได้แก่ แผลผ่าตัดที่เตรียมการผ่าตัดล่วงหน้า เย็บปิดแผลหลังผ่าตัด (Primary closure) ไม่ได้ใส่ท่อระบาย หรือ ระบายแบบเปิด แผลผ่าตัดที่ผ่านเนื้อเยื่อที่ไม่ช้ำ ไม่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ได้ผ่า ผ่านระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ และ ระหว่างผ่าตัด ไม่มีการละเมิดมาตรการปลอดเชื้อ (Aceptic technique) ความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับ ปานกลาง การดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile มีความเข้าใจในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile อยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิศ ธัมธนพัฒน์[5] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้และขาดความมั่นใจ ในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่วนปัญหาด้านระบบการให้บริการ พบว่า 1) แนวทางปฏิบัติและระบบการประสานงาน ในการ ให้บริการและ ดูแลผู้ป่วย ODS ยังไม้ครอบคลุมและ ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน2) ไม่มีสถานที่หรือศูนย์ ดูแลผู้ป่วย ODS Unitที่ให้บริการโดยเฉพาะ 3) ไม่มีผู้รับผิดชอบ หรือผู้ประสานงานหลักที่ชัด ดังนั้น จึงได้จัดทำ รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก[4,6] และการดูแลบาดแผลจากการผ่าตัด[1,7] สอดคล้องกับส่งผลให้ความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และการประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ก่อนและหลังแนวปฏิบัติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และการประเมินการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile หลังแนวปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิศ ธัมธนพัฒน์[5] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่าระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วย ไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อน วันนอนเฉลี่ยต่ำ กว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันแบบวันเดียวกลับและรูปแบบปกติมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายร้อยละ 78.13 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 2) ผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ยกเว้นร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 4) เพศแตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจต่อบริการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ และประเภทการผ่าตัดแตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ รัตนพันธ์ ทิพมาส ชิณวงศ์ ขนิษฐา นาคะ[9] การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษา: พบว่า 1) ร้อยละ 57.10 ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นในด้านความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ฐานนิยม 3) ร้อยละ 100 ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก 3) ระดับการฟื้นตัวของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ทั้ง 3 ด้าน ดีขึ้นกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ และ 4) ร้อยละ 76 ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจในระดับมาก (M = 2.93, SD = 0.27) สรุป: ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และควรทำการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับผลลัพธ์ระยะยาว เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่าย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรส่งเสริม รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการทำแผลผ่าตัดเล็ก Sterile และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลแผลผ่าตัดเล็ก Sterile โดยมีขั้นตอนคือ การศึกษาสถานการณ์ การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและ การสรุปผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile โดยมีเนื้อหา การจัดเตรียมและดูแลอุปกรณ์ (Equipment) การประเมิน (Assessment) แผล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาลและผลลัพธ์ (Outcome identification and planning) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดเล็ก Sterile ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ภควดี พลังวชิรา.(2565). การดูแลบาดแผลจากการผ่าตัด. เวชสารแพทย์ทหารบก ปีที่ 75 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2565 61-70
2. อาทิ เครือวิทย์.(2554). WOUND MANAGEMENT เอกสารคาสอนสาหรับนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 4. สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่งภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
3. วิศิษฎ์ จันทร์คุณาภาส.(2560). Prevention of surgical site infection. สูติศาสตร์ล้านนา. ออนไลน์ https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/5794/

4. พิกุล นันทชัยพันธ์.(2550). การประเมิน คุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก.เชียงใหม่ :คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. ชญานิศ ธัมธนพัฒน์.(2564). การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 57-63
6. ฉวีวรรณ ธงชัย.(2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2548.
7. Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). **Basic nursing: Essentials for practice**. (5 th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
8. เยาวเรศ ก้านมะลิ ถนอมศิลป์ ก้านมะลิ สะคราญจิตร คงพันธ์.(2563). การพัฒนารูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 183-95
9. ทิพวัลย์ รัตนพันธ์ ทิพมาส ชิณวงศ์ ขนิษฐา นาคะ. (2564). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564 หน้า 60-73

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

Development of health literacy of village health volunteers in caring for diabetic patients at Huai Mek Hospital.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

สาโรจน์ ตาลผาด[1]
Saroj Tanphad[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก มีวัตถุประสงค์ . เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก และศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน ถึง เดือน ตุลาคม 2567 รวม 2 เดือนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 15 หมู่บ้าน ๆ ละ 4 คน รวม 60 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก พบว่า ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และระดับความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Abstract

The study of the development of health literacy of village health volunteers in caring for diabetic patients at Huai Mek Hospital aimed to study the health literacy of village health volunteers in caring for diabetic patients at Huai Mek Hospital and their ability to promote self-care behaviors for chronic patients. Village health volunteers at Huai Mek Hospital and to study the development of health literacy of village health volunteers in caring for diabetic patients at Huai Mek Hospital. This was an action research with a study period from September to October 2024, a total of 2 months. The sample group consisted of representatives of village health volunteers in Huai Mek Hospital, Kalasin Province, 15 villages, 4 people per village, totaling 60 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 health literacy of village health volunteers in caring for diabetic patients at Huai Mek Hospital and the ability to promote self-care behaviors of chronic disease patients, village health volunteers at Huai Mek Hospital, were found to be at a moderate level before the overall and each aspect, and at the highest level after the implementation. The health literacy level of the diabetes risk group at Huai Mek Subdistrict Hospital, Huai Mek District, Kalasin Province and the ability to promote self-care behaviors of diabetic patients, village health volunteers at Huai Mek Hospital, before and after the implementation were significantly

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยเม็ก

different at the .05 level, with the mean score after the implementation being higher than before the implementation.

Keywords: health literacy, village health volunteers, diabetic patient care

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ซึ่งมีหน้าที่ในการนำน้ำตาลกลูโคสในเลือดไปใช้เป็นพลังงานในร่างกาย เมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอหรือไม่สามารถใช้ประโยชน์จากอินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ โรคไต และปัญหาทางสายตา องค์การอนามัยโลก (WHO) นิยามโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือการตอบสนองต่ออินซูลินที่ลดลง ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคนี้สามารถแบ่งออกเป็นหลายประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเกิดจากการทำลายเซลล์ที่ผลิตอินซูลินในตับอ่อน และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะดื้ออินซูลินและมักเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมและการใช้ชีวิต[1] สถานการณ์ของโรคเบาหวาน จากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) พบว่ามีประชากร 537 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 (พ.ศ. 2588) ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยจากการสำรวจความชุกของเบาหวานในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2]

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคนี้ต้องการการจัดการและดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งรวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางตา เช่น เบาหวานขึ้นตาที่อาจนำไปสู่อาการตาบอด ภาวะแทรกซ้อนทางไตที่อาจพัฒนาเป็นไตวายเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดใหญ่ เช่น เส้นเลือดหัวใจตีบตันและเส้นเลือดสมองตีบที่สามารถนำไปสู่อัมพฤกษ์หรืออัมพาต นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนทางเส้นประสาท เช่น อาการชาที่ปลายมือและปลายเท้า ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าและการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ในการดูแลควรเริ่มจากการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การติดตามระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังควรสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับโรค การประเมินผลและปรับปรุงแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านและผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agents) โดยให้บริการด้านสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค รวมถึงการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น อสม. ยังทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน แจ้งข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดและกิจกรรมสาธารณสุข นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทในการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และ

ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตนเองและชุมชน นอกจากนี้ อสม.ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานในชุมชน อสม. ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่เหมาะสม เช่น การเลือกผักใบเขียว เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และการหลีกเลี่ยงอาหารหวานและมัน นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยให้อินซูลินทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแนะนำให้มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ อสม. ยังมีบทบาทในการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น การรับประทานยาและการฉีดอินซูลินตามคำสั่งแพทย์ รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน การสร้างความตระหนักรู้และการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยก็เป็นส่วนสำคัญในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพในชีวิตประจำวัน[4]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเอง องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็นสามระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ระดับพื้นฐานที่เกี่ยวกับการอ่านและเขียนเพื่อเข้าใจเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ที่เน้นการใช้ความรู้และการสื่อสารในการดูแลสุขภาพ, และความรอบรู้ขั้นวิจารณญาณที่เกี่ยวข้องกับการประเมินข้อมูลเพื่อทำการตัดสินใจที่เหมาะสม การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังและปรับปรุงคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะอ้วนลงพุง นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหาน[5] ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ต่ำ โดยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง เช่น โรคไตและโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งทำให้พวกเขามีความมั่นใจในการจัดการกับโรคของตนเองมากขึ้น ซึ่งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสำคัญในการช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเลือกอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายที่ดี โดยการจัดกิจกรรมอบรมและให้คำแนะนำที่ชัดเจน นอกจากนี้ อสม. ยังสามารถสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้จะช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยในชุมชน[6] สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชรัตน์ ณภัทรธัญธนากุล[7] การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. หลังพัฒนาภาวะสุขภาพของ อสม. พบว่า ภาวะสุขภาพอยู่ในค่าปกติเพิ่มขึ้น ได้แก่ เส้น

รอบเอว จากร้อยละ 14.4 เป็นร้อยละ 29.9 ดัชนีมวลกายจากร้อยละ 22.7 เป็นร้อยละ 88.7 และระดับน้ำตาลในเลือด จากร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 99.0 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยสะสมจำนวน 67,212 ราย โดยเฉพาะอำเภอห้วยเม็กมีผู้ป่วยเบาหวานสะสมจำนวน 3,495 ราย[8] จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานหลายรายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ยังไม่มีความเชื่อมโยงและบูรณาการเชิงระบบที่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลไม่เป็นไปตามมาตรฐานและคุณภาพที่ต้องการ การขาดผู้ให้คำแนะนำในชุมชนก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการโรคเบาหวานในพื้นที่นี้ ซึ่งจำเป็นต้องเร่งดำเนินการเพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

จากสถานการณ์ ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ซึ่งจะช่วยให้ช่วยให้ อสม. สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยและชุมชนได้ดีขึ้น การพัฒนาโปรแกรมการอบรมที่เน้นความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความสามารถในการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจาก อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

วิธีการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน กันยายน ถึง เดือน ตุลาคม 2567 รวม 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 15 หมู่บ้าน ๆ ละ 4 คน รวม 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก โดยมีกิจกรรม

หรือขั้นตอนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก การดำเนินการตามกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก และการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก มีเนื้อหาคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[9]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .940

2.2 ความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความสามารถในการส่งเสริมเกี่ยวกับข้อความ อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความสามารถในการส่งเสริมเกี่ยวกับข้อความ อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความสามารถในการส่งเสริมเกี่ยวกับข้อความ อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความสามารถในการส่งเสริมเกี่ยวกับข้อความ อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความสามารถในการส่งเสริมเกี่ยวกับข้อความ อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[9]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	พฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	พฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม
2.61 – 3.40	พฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้
1.81 – 2.60	พฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	พฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .938

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

2. การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

3. การดำเนินการตามกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก พบว่า ก่อนดำเนินการโดยรวม

และรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด

2. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก โดยมีการกำหนดกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการ/เครื่องมือ ผลลัพธ์และการประเมินผล

3. การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตาราง 4.6 การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
เข้าถึง	2.85	0.36	4.67	0.27	59	-37.110	.000*	-1.91462	-1.71871
เข้าใจ	2.91	0.41	4.67	0.29	59	-29.896	.000*	-1.87602	-1.64064
โต้ตอบ	2.90	0.37	4.61	0.29	59	-32.823	.000*	-1.82132	-1.61201
ตัดสินใจ	2.86	0.41	4.61	0.28	59	-38.670	.000*	-1.84056	-1.65944
ปรับเปลี่ยน	2.87	0.43	4.60	0.30	59	-37.085	.000*	-1.82686	-1.63981
บอกต่อ	2.85	0.41	4.60	0.28	59	-40.280	.000*	-1.84568	-1.67098
รวม	2.87	0.20	4.63	0.14	59	-66.456	.000*	-1.80842	-1.70270

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ระดับความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	2.90	0.28	4.67	0.21	59	-42.112	.000	-1.85760	-1.68907
ออกกำลัง	2.93	0.30	4.70	0.22	59	-37.530	.000	-1.86086	-1.67247
เครียด	2.96	0.32	4.70	0.22	59	-36.829	.000	-1.83253	-1.64366
รวม	2.93	0.21	4.69	0.14	59	-59.104	.000	-1.81893	-1.69980

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปริญญา มาลัยเปีย มนัสศิริ ยิ้มถนอม[10] ได้ศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐมก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก โดยมีการกำหนดกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการ/เครื่องมือ ผลลัพธ์และการประเมินผล ตามแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ[4]การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน[11] ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และระดับความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ณัฐชรัตน์ ณภัทรธัญธนากุล[7]การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ภายใต้แนวคิด SMART Model มี 9 กิจกรรม ดังนี้ การสื่อสารสุขภาพ กำจัดความคิดลบ ปรับเปลี่ยนความคิด สร้างความสุขด้วยตนเอง ทำแผนการดูแลตนเอง บันทึกพฤติกรรม กำหนดเป้าหมาย เสริมพลังสร้างเครือข่าย และเส้นทางสู่ฝันวันแห่งความสำเร็จ หลังพัฒนาภาวะสุขภาพของ อสม. พบว่า ภาวะสุขภาพอยู่ในค่าปกติเพิ่มขึ้น ได้แก่ เส้นรอบเอว จากร้อยละ 14.4 เป็นร้อยละ 29.9 ดัชนีมวลกายจากร้อยละ 22.7 เป็นร้อยละ 88.7 และระดับน้ำตาลในเลือด จากร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 99.0 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ข้อเสนอแนะรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ภายใต้แนวคิด SMART Model จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้งตนเองและประชาชนให้ดีเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา มาลัยเปีย มนัสศิริ ยิ้มถนอม[10] การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม มี ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงานความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวานและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจใน

การปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ควรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลห้วยเม็ก โดยมีการกำหนดกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการ/เครื่องมือ ผลลัพธ์และการประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยวรรณี เกาสายพันธ์.(2553). รู้ลึก รู้จริง “อินซูลิน”. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565 ยาบาล. ออนไลน์ https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=778
2. ศูนย์เบาหวานศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.(2563). ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ออนไลน์ https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/diabetes/admin/knowledges_files/4_44_1.pdf
3. สิระ กอไพศาล.(2565). การรักษาโรคเบาหวาน ค้นหาสาเหตุและวิธีแก้ไขได้ที่นี่. ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ออนไลน์ https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/diabetes-treatment-guidelines/
4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2563). แนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท 25 มีเดียจำกัด; 2563.
5. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ฐานข้อมูล HDC https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
6. ศิริวิมล ปัญญาผล.(2566). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสาธารณสุขท้องถิ่น กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวโพ. การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การเมืองและการจัดการ) สาขาวิชาการเมืองและการจัดการ สำหรับนักบริหาร คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
7. ณัฐชรัตน์ ณภัทรธัญธนากุล.(2567). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. รายงานวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2566). ฐานข้อมูล HDC https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd#
9. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.
10. ปริญญา มาลัยเปีย มนัสศิริ ยิ้มถนอม.(2567). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุภาพันธ์ 2567. 481-88
11. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื่องรัง (NCDs) พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2560, พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

model of recurrence of stroke patients prevention in Rongkham District, Kalasin Province.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

ทวีพร สำราญอินทร์[1]
Thaweeporn Samranin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และศึกษารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 9 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 9 เดือน จำนวน 23 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ระดับความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ระดับความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการและมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลับมาเป็นโรคเลือดสมอง ซ้ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35

คำสำคัญ: การป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

Abstract

The study of the prevention model of recurrence of stroke patients in Rongkham District, Kalasin Province aimed to study the situation of recurrence of stroke patients and to study the prevention model of recurrence of stroke patients in Rongkham District, Kalasin Province. It is an action research with a research period between January 2024 and September 2024, a total of 9 months. The sample group was 23 stroke patients in Rongkham District, Kalasin Province, between January 2024 and September 2024, a total of 9 months. Data were collected from questionnaires and medical records. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the readiness of STROKE patients in self-management to prevent recurrence of stroke patients in Rongkham District, Kalasin Province was found to be at a moderate level before the implementation, overall and in each aspect. After the implementation, overall and in each aspect were at the highest level. The readiness level of STROKE patients in self-management to prevent recurrence of stroke patients in Rongkham District, Kalasin Province before and after the implementation was significantly different at the .05 level. After the implementation, the readiness level of STROKE patients in self-management to prevent recurrence of stroke patients in Rongkham District, Kalasin Province had a higher mean score than before the implementation and there was 1 stroke patient in Rongkham District, Kalasin Province who had a stroke again, accounting for 4.35 percent.

Keywords: Prevention of recurrence, stroke patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง โดยแบ่งออกเป็นสองประเภทหลักคือ หลอดเลือดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ และพบได้ถึง 85% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุหลักรวมถึงความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และการสูบบุหรี่; และ หลอดเลือดแตก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้มีเลือดออกในสมอง พบได้ประมาณ 15% โดยมีปัจจัยเสี่ยงเช่น ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้และการบาดเจ็บ นอกจากนี้ยังมี Transient Ischemic Attack (TIA) หรือภาวะที่มีอาการคล้ายกับโรคหลอดเลือดสมอง แต่จะเกิดขึ้นชั่วคราวและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง อาการของโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ปัญหาการพูดและการกลืน สูญเสียความทรงจำ และอารมณ์แปรปรวน การวินิจฉัยมักใช้ CT scan หรือ MRI เพื่อระบุประเภทของโรค การรักษาในระยะเริ่มต้นรวมถึงการใช้ยาและการทำหัตถการเพื่อเอาลิ่มเลือดออก การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดซ้ำของโรคนี้ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ[1]

การกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ถึงแม้ว่าในปจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความก้าวหน้าขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง แต่ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตบางรายยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่และยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ(Recurrence stroke) ได้ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มความพิการและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น พบ พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตอย่างน้อย 1 ใน 4 จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยประมาณการณ์ว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำถึง 25% ภายใน 5 ปีหลังจากการเกิดโรคครั้งแรก ปัจจัยพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคซ้ำในผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกายเนื่องจากส่งผลให้เกิดโรคอ้วนและความเครียด นอกจากนี้ การไม่ไปตรวจตามนัดหมายก็เพิ่มโอกาสเกิดโรคซ้ำ เพราะขาดการติดตามสุขภาพอย่างเหมาะสม การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบริโภคแอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติ ขณะที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดตีบได้ง่าย ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการเลิกสูบบุหรี่ จึงสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2]

การป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความสำคัญต่อการรักษาคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ โดยมีแนวทางที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคซ้ำ นอกจากนี้ การใช้ยาต้านเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน หรือโคลพิโดเกรล จะช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดใหม่ที่อาจไปอุดตันหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น ผัก ผลไม้ และไขมันไม่อิ่มตัว ยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินสุขภาพและปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม ก็เป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ การจัดการความเครียดและการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและร่างกายโดยรวม การปฏิบัติตามแนวทางเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ์[4] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้นและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมีระดับความเสี่ยงลดลง และต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราความชุกด้วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร พ.ศ. 2562-2565 เท่ากับ 346.97, 427.92, 467.19 และ 534.12 ตามลำดับ ในส่วนของอำเภอร่องคำพบอัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์ด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ 459.14, 495.23, 550.73 และ 656.28 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงและไขมันอิ่มตัว ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การไม่ออกกำลังกายเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับมาเป็นโรคซ้ำ เนื่องจากการขาดการออกกำลังกายสามารถนำไปสู่โรคอ้วนและความเครียด นอกจากนี้ การไม่ไปตรวจตามนัดหมายยังเพิ่มโอกาสเกิดโรคซ้ำ เพราะขาดการติดตามสุขภาพอย่างเหมาะสม

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการกลับมาเป็นโรคซ้ำ ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในอำเภอร่องคำ และสามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มกราคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 9 เดือน จำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมี กิจกรรม/ขั้นตอนในการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ การกำหนดกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียนผู้ป่วย

2.2 การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE มาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[5]

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 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .952

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบ ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อยดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวางแผนเตรียม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนกลับบ้าน การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายตามขบวนการ D – METHOD การประยุกต์ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD ในผู้ป่วยโรค STROKEและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย STROKE หลังการวางแผนจำหน่าย

3. การเปรียบเทียบระดับความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ระดับความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	2.97	0.28	4.71	0.21	22	-23.570	.000	-1.89215	-1.58611
ออกกำลังกาย	2.93	0.26	4.70	0.29	22	-23.744	.000	-1.92885	-1.61897
การจัดการความเครียด	2.94	0.43	4.68	0.33	22	-15.984	.000	-1.96478	-1.51348
การสนับสนุน	2.97	0.22	4.70	0.20	22	-29.201	.000	-1.86264	-1.61562
ทักษะอื่นในการจัดการตนเอง	2.97	0.18	4.72	0.24	22	-28.489	.000	-1.87609	-1.62149
รวม	2.96	0.13	4.70	0.14	22	-44.609	.000	-1.82928	-1.66675

4. ผลของรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 23 ราย กลับมาเป็นโรคเลือดสมอง ซ้ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ ชูช่วย[6] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ พบว่า การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผลการวิจัยแสดงการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจ ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ร้อยละ 33.3) และกลุ่มเสี่ยงสูง (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวางแผนเตรียม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนกลับบ้านการกำหนดวัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายตามขบวนการ D – METHOD การประยุกต์ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD ในผู้ป่วยโรค STROKEและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย STROKE หลังการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย[7] และแนวทางการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน[8] ส่งผลให้ความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ระดับความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ระดับความพร้อมของผู้ป่วย STROKE ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ ชูช่วย[6] การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำผลการวิจัยแสดงการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจ โดยหลังการทดลองสัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงมากลดลงเหลือร้อยละ 13.3 ขณะที่กลุ่มเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.7 และกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 40.0 ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำลดลง แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เช่น ขนาดรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดมีแนวโน้มดีขึ้น แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แต่อาจต้องใช้เวลานานกว่า 8 สัปดาห์ในการเห็นผลชัดเจนทางกายภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ สวาท วันอุทา[9] ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ทั้งนี้ ยังพบผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลับมาเป็นโรคเลือดสมอง ซ้ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35 สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ คนึงนิจ ศรีษะโคตร และคณะ[10] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย: ด้านญาติผู้ดูแล พบว่า ก่อนจำหน่าย ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) แต่คะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรงไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<.05) และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ด้านผู้ป่วย พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบภาวะแทรกซ้อน ส่วนการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำ 2 รายในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

พยาบาลสามารถช่วยปรับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยส่งเสริมการตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือด จึงควรนำเอารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระยะยาว เพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.(2565). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมอง หรือวันอัมพาตโลก 2565 สืบค้นจาก https://www.prd.go.thวันที่สืบค้น10 พฤศจิกายน 2565
2. สุจิตรา คุ้มสะอาด วีณา เที่ยงธรรม เพลินพิศ สุวรรณอำไพ.(2560). ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. พฤษภาคม - สิงหาคม 2560 ปีที่ 31 ฉบับพิเศษ
3. สุรศักดิ์ วิชัยโย.(2564). บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน ยาต้านเกล็ดเลือด รู้ไว้...ปลอดภัยเมื่อใช้ยา. ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ออนไลน์ https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/560/ยาต้านเกล็ดเลือดรู้ไว้/
4. จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ์. (2561). ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 17(1), 6-15.
5. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.
6. เบญจมาภรณ์ ชูช่วย.(2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 56-67
7. สุธีร์ ธรรมิกบวร.(2564). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.การปรับกระบวนทัศน์. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด.
8. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL. (2019) Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019 Dec;50(12):e344-e418. doi:

10.1161/STR.0000000000000211. Epub 2019 Oct 30. Erratum in: Stroke. 2019 Dec;50(12):e440-e441. doi: 10.1161/STR.0000000000000215. PMID: 31662037.

9. สวาท วันอุทา.(2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2566. 142-151
10. คนึงนิจ ศรีษะโคตร พจนีย์ ขูลีลัง เบญจพร เองวานิช บุญมี ชุมพล สุวัลยา ศรีรักษา.(2565). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(3) 20-43

ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy

Effects of nursing guidelines on the use of anesthesia in colonoscopy patients.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

สมใจ จารุตันตี์[1]
Somjai Jarutan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopyและศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 2 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ที่โรงพยาบาลยางตลาด 261 ราย เป็นผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลยางตลาด 133 ราย ผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ หนองกุงศรี 81 ราย และผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ ท่าคันโท 47 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test และ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้ ความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ก่อนและหลังแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy มีความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการแนวปฏิบัติ ส่วนความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการดำเนินการแนวปฏิบัติ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การใช้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy

Abstract

The study of the effect of nursing practice guidelines on the use of anesthesia in patients with colonoscopy aimed to study the nursing situation in the use of anesthesia in patients with colonoscopy and to study the nursing practice guidelines on the use of anesthesia in patients with colonoscopy. This was a quasi-experimental research with a research period between July 2024 and August 2024, a total of 2 months. The sample consisted of 261 patients with colonoscopy at Yang Talat Hospital, 133 patients in Yang Talat Hospital area, 81 patients in Nong Kung Sri service network, and 47 patients in Tha Khantho service network. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test and F-test using One way ANOVA technique.

The results of the study found that after implementation, the understanding of anesthesia use in colonoscopy patients and the understanding of behavior of colonoscopy patients at Yang Talat Hospital, overall and in each aspect, were at the highest level. Anxiety of anesthesia use in colonoscopy patients at Yang Talat Hospital, Kalasin Province, overall, was at the lowest level. Before and after the nursing practice guidelines for anesthesia use in colonoscopy patients, there were statistically significant differences at the 0.05 level. After implementation of the nursing practice guidelines for anesthesia use in colonoscopy patients, the understanding of anesthesia use in colonoscopy patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลยางตลาด

and the understanding of behavior of colonoscopy patients at Yang Talat Hospital, Kalasin Province, had a higher mean score than before implementation of the guidelines. However, the anxiety of anesthesia use in colonoscopy patients at Yang Talat Hospital, Kalasin Province, had a lower mean score than before implementation of the guidelines.
Keywords: Nursing practice guidelines, Use of anesthesia, Colonoscopy patients

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบมากใน 3 อันดับของประเทศไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งในอันดับต้นๆ ของหลายประเทศในโลกรวมทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างสม่ำเสมอและการตรวจหาความผิดปกติที่ลำไส้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก พบว่า สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ได้อย่างชัดเจน ปัจจุบันการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี โดยวิธีที่ง่ายและรวดเร็วคือการตรวจ FIT TEST (Fecal Occult Blood Test) ซึ่งสามารถทำได้โดยการเก็บอุจจาระไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากเป็นผลบวกอาจมีเลือดปนอยู่ในอุจจาระ ซึ่งควรเข้ารับคำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป การตรวจคัดกรองที่เป็นที่ยอมรับที่สุดในปัจจุบันคือคือการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เนื่องจากมีความแม่นยำที่สุดแล้วยังสามารถทำการรักษาในกรณีตรวจพบความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ได้อีกด้วย การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีความแม่นยำสูง โดยสามารถตรวจพบความผิดปกติในลำไส้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถทำการรักษาได้ทันทีในกรณีที่พบความผิดปกติ เช่น การตัดติ่งเนื้อที่อาจเป็นมะเร็งหรือการหยุดเลือดจากลำไส้ นอกจากนี้ Colonoscopy ยังช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญ เพราะสามารถตรวจสอบและรักษาพร้อมกันในเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรพิจารณาข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความไม่สะดวกในการเตรียมตัวก่อนการตรวจ และค่าใช้จ่ายที่อาจสูงกว่าวิธีอื่นๆ จึงควรปรึกษาแพทย์เพื่อเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง[1,2] การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นหัตถการส่องกล้องทางเดินอาการส่วนปลายเริ่มตั้งแต่ทวารหนัก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ย้อนขึ้นไปจนถึงรูเปิดของลำไส้เล็กส่วนปลาย เพื่อทำการวินิจฉัย เฝ้าระวัง หรือรักษาโรคความผิดปกติของผู้ป่วยที่มีอาการ หรืออาการแสดงของการทำงานระบบทางเดินอาหาร เพื่อติดตามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการใช้กล้อง colonoscope ส่องผ่านรูทวารหนักหรือทวารเทียมเข้าไปตรวจในลำไส้ใหญ่ทั้งหมด โดยให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับยาระงับปวด ใช้เวลาทำหัตถการประมาณ 15-30 นาที ขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของแพทย์ และปัจจัยอื่นๆ เช่น ลักษณะลำไส้ใหญ่ ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ความสำเร็จของการส่องกล้อง[3]

การใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นขั้นตอนสำคัญที่พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเริ่มจากการซักประวัติผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงและตรวจสอบการใช้ยา ก่อนการตรวจ พยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้ให้สะอาด ในระหว่างการส่องกล้อง แพทย์จะให้ยานอนหลับและยาแก้ปวด ขณะที่พยาบาลต้องติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อตรวจสอบอาการข้างเคียง หลังจากเสร็จสิ้นการตรวจ ผู้ป่วยจะต้องนอนพักในห้องฟื้นฟูประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถติดตามอาการได้ หากพบอาการผิดปกติ เช่น เลือดออกมากผิดปกติ หรือเวียนศีรษะ ต้องแจ้งแพทย์ทันที โดยรวมแล้ว การดูแลผู้ป่วยในระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกต้องมีความระมัดระวังและเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ดีที่สุด[4] พยาบาลวิสัญญีมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) แบบผู้ป่วยนอก โดยเริ่มจากการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เช่น การประเมินสุขภาพและประวัติการใช้ยาเพื่อคัดกรองความเสี่ยง ก่อนการตรวจ พยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจและวิธีการเตรียมลำไส้ให้สะอาด ในระหว่างการตรวจ

พยาบาลวิสัญญีจะเป็นผู้ให้ยาระงับความรู้สึกและเฝ้าติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น หลังจากเสร็จสิ้นการตรวจ พยาบาลจะต้องติดตามผลในห้องฟื้นฟู เช่น ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ รวมถึงให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองหลังกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยรวมแล้ว บทบาทของพยาบาลวิสัญญีมีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยตลอดกระบวนการตรวจ[5]

จากข้อมูลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT TEST ของ จ.กาฬสินธุ์ ปี 2566 จำนวน 31,854 คน พบผลบวก จำนวน 2,438 คน (ร้อยละ 7.65) โดยคนไข้ในเขตอำเภอยางตลาด ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน 4,291 คน พบผลบวก จำนวน 413 คน (ร้อยละ 9.62) ส่วนการตรวจคัดกรองโดยวิธีการส่องกล้องเพื่อตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของจังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมดจำนวน 471 คน พบผลผิดปกติจำนวน 18 คน (ร้อยละ 3.82) และพบว่าเป็นมะเร็ง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 7.86) โดยเป็นคนไข้ในเขตอำเภอยางตลาด ทั้งหมดจำนวน 77 คน พบผลผิดปกติจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.30) และพบว่าเป็นมะเร็ง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 11.69) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของ อำเภอยางตลาด สามารถพบผู้ป่วยมะเร็งได้สูงมากกว่าของจังหวัด เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงญาติในการพาไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ด้วยเป็นกลุ่มอายุในช่วง 50-70 ปี อีกทั้งไม่สะดวกในการเดินทางไปรักษาต่อในตัวเมือง และมีผู้รับบริการบางส่วนมีอาการเข้าข่ายที่ควรรับการบริการทางการแพทย์ด้วยวิธีการส่องกล้อง Colonoscopy ตามข้อบ่งชี้ของแพทย์เช่น ท้องผูก บ่อย มีติ่งที่รูทวาร ท้องอืด ท้องผูกเป็นประจำ ปวดท้องเรื้อรัง คลำพบก้อนที่ท้อง งานวิสัญญี ที่เป็นส่วนสำคัญในการให้บริการระงับความรู้สึก ดูแลผู้ป่วยที่มาตรวจคักกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่าย ลดการใช้ยาระงับความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว การพัฒนาแนวทางในการให้ยาระงับความรู้สึก จึงนับเป็นส่วนสำคัญ และสอดคล้องกับนโยบาย การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ONE STOP SERVICE) ของโรงพยาบาล[6]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น การใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างถูกต้องจะช่วยลดความวิตกกังวลและความไม่สบายตัวของผู้ป่วยระหว่างการตรวจ และยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy
2. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy
3. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy

วิธีการวิจัย

การศึกษา ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ที่โรงพยาบาลยางตลาด ระหว่างเดือน

กรกฎาคม 2567 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 2 เดือน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ได้รับการนัดหมายล่วงหน้า (elective case) แบบ OPD Case ที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นครั้งแรก ยินยอมเข้ารับการสอนในการเตรียมลำไส้ใหญ่และได้รับเอกสารการเตรียมตัว ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องทั้งหมด 261 ราย เป็นผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลยางตลาด 133 ราย ผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ หนองกุงศรี 81 ราย และผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ ท่าคันโท 47 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และสรุปผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียนผู้ป่วยส่องกล้อง

2.2 แบบวัดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่า เท่ากับ .927

3. แบบประเมินความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีความวิตกกังวล มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง มีความวิตกกังวล มาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง มีความวิตกกังวล ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง มีความวิตกกังวล น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง มีความวิตกกังวล น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่า เท่ากับ .855

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy
2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy
3. การดำเนินการตามกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy
4. การสรุปผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopyได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT TEST ของ จ.กาฬสินธุ์ ปี 2566 จำนวน 31,854 คน พบผลบวก จำนวน 2,438 คน (ร้อยละ 7.65) โดยคนไข้ในเขตอำเภอยางตลาด ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน 4,291 คน พบผลบวกจำนวน 413 คน (ร้อยละ 9.62) ส่วนการตรวจคัดกรองโดยวิธีการส่องกล้องเพื่อตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของจังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมดจำนวน 471 คน พบผลผิดปกติจำนวน 18 คน (ร้อยละ 3.82) และพบว่าเป็นมะเร็งจำนวน 37 คน (ร้อยละ 7.86) โดยเป็นคนไข้ในเขตอำเภอยางตลาด ทั้งหมดจำนวน 77 คน พบผลผิดปกติจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.30) และพบว่าเป็นมะเร็งจำนวน 9 คน (ร้อยละ 11.69 โรงพยาบาลยางตลาดร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางตลาด จึงได้จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยวิธีส่องกล้อง Colonoscopy ประจำปีงบประมาณ 2566 ขึ้น ระหว่าง วันที่ 6 -9 กรกฎาคม 2566 ในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนอำเภอยางตลาด และโรงพยาบาลเครือข่าย ห้วยเม็ก หนองกุงศรี ท่าคันโท ได้เข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ จำนวน 661 ราย

ตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ 6 ราย คนไข้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดลำไส้ และดูแลต่อเนื่องทั้ง 6 ราย

2. ความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

3. ความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด หลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. การเปรียบเทียบความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด และความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

5. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนส่องตรวจดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ระยะที่ 2 การส่องตรวจและระยะที่ 3 หลังส่องตรวจ

6. การเปรียบเทียบความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด และความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy มีความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการแนวปฏิบัติ ส่วนความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการดำเนินการแนวปฏิบัติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด และความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยา ระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การใช้ยา	3.00	0.42	4.36	0.15	260	-52.695	.000	-1.41008	-1.30849
การปฏิบัติ	3.02	0.33	4.37	0.11	260	-62.514	.000	-1.39328	-1.30819
ความกังวล	4.47	0.30	1.53	0.30	260	79.292	.000	2.85778	3.00333

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy

และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และ ความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของนฤมล ภูธรฤทธิ์ และคณะ[8] ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความเครียดระหว่างรอการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การรอส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colonoscopy) เพื่อยืนยันว่าเป็นมะเร็ง ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลระหว่างรอการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (ORadj=8.12; 95% CI=2.46-26.85; p-value=0.001) และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่าร้าง (ORadj=49.05; 95% CI= 5.15-467.59; p-value = 0.001) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดระหว่างรอการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (ORadj=3.7; 95% CI= 1.21-9.41; p-value=0.020) และกลุ่มที่มีระยะเวลาตั้งแต่ทราบผลตรวจ iFOBT เป็นบวก จนกระทั่งส่องกล้องกล้องน้อยกว่า 2 เดือน (ORadj=9.83; 95% CI=3.22-30.01; p-value<0.001) เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาแนวทางเพื่อลดความวิตกกังวล ผ่อนคลายความเครียดเช่น การให้คำอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจอย่างชัดเจน รวมถึงชี้แจงค่าใช้จ่ายให้ทราบ และควรมีการประเมินติดตามความวิตกกังวลและความเครียดของผู้เข้าร่วมโครงการตลอดจนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการลดความวิตกกังวล และ คลายความเครียด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนส่องตรวจดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ระยะที่ 2 การส่องตรวจและระยะที่ 3 หลังส่องตรวจ ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่[4,9] สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยวรรณ จิระชีวะนันท์[3] กรณีศึกษา: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรอง ตรวจประเมินพยาธิสภาพ และประเมินความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ เนื่องจากสามารถมองเห็นทุกส่วนของลำไส้ใหญ่ นอกจากการส่องเพื่อวินิจฉัยและรักษาโรคแล้ว ยังสามารถใช้ติดตามการรักษาหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ ตรวจดูการอักเสบของลำไส้ แผลที่เกิดในลำไส้ หรือการลุกลามของโรคอื่นๆ ที่เกิดในลำไส้ การเตรียมตัวเพื่อส่องตรวจลำไส้มีความสำคัญเป้าหมายในการเตรียมเพื่อให้การส่องตรวจเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สามารถวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำมองเห็นพยาธิสภาพได้อย่างชัดเจน ไม่เกิดการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องตรวจ ใช้เวลาน้อย ลดโอกาสเกิดการทะลุของลำไส้ใหญ่ ส่งผลให้ความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด หลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด และยังพบว่าความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด และความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy พบว่ามี

ความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy มีความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการแนวปฏิบัติ ส่วนความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการดำเนินการแนวปฏิบัติ สอดคล้องกันกับการศึกษาของธนานันต์ อาสนานิ และ ไคลศรี บาดาล ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย[10]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ควรกำหนดให้มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนส่องตรวจดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ระยะที่ 2 การส่องตรวจและระยะที่ 3 หลังส่องตรวจ และควรมีการศึกษาความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวล ร่วมกับการกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ประเภทอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, และวีรวุฒิ อิ่มสำราญ. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง. https://www.nci.go.th/th/cpg/Cervical_Cancer3.pdf
2. Stauffer CM, Pfeifer C. Colonoscopy. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559274/
3. อุทัยวรรณ จิระชีวะนันท์.(2566). กรณีศึกษา: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 198-207
4. พิกุล วิชาพานิช, (2565) กระบวนการการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ColonoscopyColonoscopy) ในผู้ป่วยนัดนอนโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. โสภณา ว่องทวี (2561). บทบาทของพยาบาลกับการส่องกล้องลำ ไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38(2), 142-148.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2565) ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, สภาการพยาบาล, สำนักงานประกันสังคม, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), และ สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2565). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: (MIS) ปี 2565. บริษัท จรัลสนิทวงษ์การพิมพ์ จำกัด. http://training.dms.moph.go.th/rtdc/article/10
7. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.

8. นฤมล ภูธรฤทธิ์ ชนัญญา จิระพรกุล สุพรรณี พรหมเทศ เนาวรัตน์ มณีนิล ประจักษ์ จันทะราช ชาญณรงค์ อรรคบุตร.(2562). ความวิตกกังวลและความเครียดระหว่างรอการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 12ฉบับที่ 2เดือน เมษายน–มิถุนายน 2562. 31-41
9. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, สภาการพยาบาล, ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย, และ ชมรมระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนแห่งประเทศไทย. (2561). Safety in One Day Surgery (ODS) ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์. http://training.dms.moph.go.th/rtdc//storage/app/uploads/public/5d2/541/b42/5d2541b425d93126523781.pdf
10. ธนานันต์ อาสนานิ และ ไคลศรี บาดาล. (2564). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา , 6(4), 120-133.

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง

Development of self-management support program for elderly with chronic kidney disease stages 1-3a in elderly club of Angthong province.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ[1]
Ladawan Maraicharuan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 32 คน และ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง จำนวน 70 คน ทำการศึกษาระหว่าง ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566-มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลา 14 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิด Focus group เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบเก็บข้อมูลทางคลินิกจากแถบสี, แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบก่อนหลัง t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.43 ส่วนมากอยู่ในช่วง 71- 80 ปี ร้อยละ 50.00 (Mean= 74.26, Min=61, Max=81) อาชีพส่วนมากทำงานบ้าน ร้อยละ 65.71 ประถมศึกษา ร้อยละ 64.29 โรคร่วมพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 อาการที่พบคือนอนไม่หลับ ร้อยละ 92.86 อัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง 60-89 eGFR ร้อยละ 78.57 รับประทานอาหารรสเค็ม ร้อยละ 77.14 คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุพบว่าคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นจาก 3.47 คะแนนเป็น 4.63 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.42 (Mean difference = 1.16; 95%CI=3.52-8.26)

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง, การจัดการตนเอง, โรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a

Abstract

This research is action research aim to develop and use the development of a self-management support program for the elderly with chronic kidney disease stages 1-3a in the model elderly club of Angthong province. Sample group consisted of multidisciplinary professionals and network partners 32 peple and elderly with chronic kidney disease 70 people. Study was conducted between May 2023 and June 2024, total of 14 months. Research tools consisted of qualitative tools, including open-ended questions, focus groups, quantitative tools, including general data collection forms, clinical data collection forms from color bars, self-management behavior assessment forms. The statistics used were descriptive statistics and inferential statistics in the pre-post comparison t-test.

Results of study found sample group Most were female, 61.43 percent, mostly in the 71-80 age range, 50.00 percent (Mean=74.26, Min=61, Max=81). Most occupations were housework, 65.71 percent, primary school, 64.29 percent. Co-morbidity was hypertension, 60.00 percent. Symptoms found were insomnia, 92.86 percent. Glomerular filtration rate was in the range of 60-89. eGFR was 78.57 percent. Eating salty food, 77.14 percent. From the test of self-management behavior scores in the elderly, it was found that the average score improved from 3.47 to 4.63, with statistical significance at the .05 level, t=6.42 (Mean difference = 1.16; 95%CI=3.52-8.26). .

Keywords: Care of elderly with chronic kidney disease, Self-management, Chronic kidney disease stages 1-3a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

บทนำ

โรคไตเรื้อรังนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และยังพบว่าเป็นปัญหาในผู้สูงอายุอีกด้วย เรื่องจากภาวะร่างกายที่เสื่อมสภาพ และต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานานและซับซ้อน[1] การพบอาการของโรคช้าทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต และมักพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD)[2] โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย ในผู้สูงอายุทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ในปี 2561 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.63 ของประชากร พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 200,000 คน[3] พบอัตราตายของโรคไตเรื้อรังโดยเฉลี่ย 25.44 ต่อประชากรแสนคนต่อปี ในปี 2562 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยประมาณ 4,262 ต่อประชากรแสนคน[4] เมื่อสูงอายุจะพบโรคไตเรื้อรัง เมื่อไตเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ต้องทนทุกข์ทรมาน เผชิญกับโรคเป็นเวลาหลายปี และหลังจากไตวายแล้วจะไม่สามารถกลับคืนมาได้ และเมื่ออายุเพิ่มขึ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆจะเสื่อมลง ไตจะทำงานลดลงเนื่องจากขนาดและจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลง ร่วมกับปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตลดลง โดยเฉพาะเมื่ออายุ 70 ปี หน้าที่ไตจะลดลงร้อยละ 50 หรือมากกว่า[5] ผลที่ตามมาจากเลือดมาเลี้ยงไตลดลง และการสูญเสียหน่วยไตส่งผลให้อัตราการกรองลดลง โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยไตเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือกด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ นับว่าเป็นปัญหาอย่างมาก สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่มักเกิดจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้น้อย บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม มากเกินไป สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ออกกำลังกายไม่เพียงพอ รวมถึงมีอารมณ์เครียด เกิดโรคไตเรื้อรังตามมา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพยาธิสถาพที่ไตมักไม่มีอาการแสดงใดๆ ที่เป็นข้อบ่งชี้ของการเกิดโรคหรือความผิดปกติในการทำงานของไต จนถึงใกล้ระยะสุดท้ายที่ไตจะถูกทำลายขั้นรุนแรง[6] โรคไตจึงเป็นเหมือนภัยเงียบที่มีการสูญเสียเนื้อไตและมีการเสื่อมของการทำงานของไตอย่างช้าๆ เป็นเวลานานโดยที่ผู้ป่วยเองไม่รู้ตัว ในระยะเริ่มแรกมักจะไม่แสดงอาการ แต่เมื่อไตทำงานเสื่อมลงจนหน่วยไตเหลือน้อยกว่า ร้อยละ 10 จะมีของเสียคั่งในกระแสเลือดและมีอาการอื่นๆตามมา[5]

ผู้สูงอายุเมื่อป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง[6] จะส่งผลกระทบต่อร่างกายเป็นอย่างมาก เมื่ออายุเพิ่มขึ้น การทำงานของอวัยต่างๆจะเสื่อมลง โดยเฉพาะวัยสูงอายุ ไตจะทำงานลดลง เนื่องจากขนาดและจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลง ร่วมกับปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตลดลง ซึ่งปกติไตจะทำหน้าที่อย่างคงที่ตั้งแต่ทารกจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เมื่ออายุเลย 30 ปีขึ้นไป อัตราการกรองที่ไตจะลดลง 1 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ไตเสื่อมในผู้สูงอายุ นั้นมีมากมาย ส่วนมากเกิดจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการเป็นโรค โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้นที่สำคัญประกอบด้วย ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ซึ่งความเสี่ยงของไตเสื่อมจะขึ้นกับอายุ เมื่ออายุมากกว่า 60 ปีจะมีความเสี่ยงเป็น 4 เท่าเมื่อเทียบกับบุคคลอายุน้อยกว่า 60 ปี ส่วนปัจจัยที่สองเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนหนึ่งสามารถรักษาได้ด้วยยา เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด และอีกส่วนหนึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ความอ้วน บริโภคอาหารไม่เหมาะสม ใช้ยาไม่ถูกต้อง กลั้นปัสสาวะบ่อยๆ ซึ่งจะเป็นกลไกกระตุ้นให้ไตเสื่อม[7]

การสนับสนุนการจัดการตนเอง[6] เป็นหลักการสำคัญที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ สามารถลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศ การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็น

ขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง มีการเลือกทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาการรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ การปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการสนับสนุนการจัดการตนเองนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง และแนวทางในการรักษาซึ่งจะครอบคลุมในส่วนของข้อมูลที่ผู้ป่วยจะได้รับและในส่วนที่ต้องปฏิบัติร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานยา การตัดสินใจในการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ

จังหวัดอ่างทอง[8] พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2565 พบมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 1-3 คิดเป็นร้อยละ 17.72, 36.20 และ 36.20 ตามลำดับ ในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 1-3 คิดเป็นร้อยละ 17.51, 35.39 และ 37.29 ตามลำดับ ในปี 2567 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 1-3 คิดเป็นร้อยละ 16.89, 34.58 และ 38.96 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ภาระงานในการรักษา และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลอ่างทองให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a มีค่า eGFR1 (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) อยู่ระหว่าง 45-90 อัตราการกรองลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากเป็นระยะที่ตอบสนองต่อผลการรักษา และสามารถช่วยให้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติในสังคมได้

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยสนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง เนื่องจากมีผู้ศึกษาน้อยในบริบทการบูรณาการร่วมกับชุมชน อีกทั้งยังเป็นระยะที่สามารถดูแลผู้ป่วยให้กลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ รวมถึงการดูแลทางการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง
3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง

วิธีการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2566-มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลา 14 เดือน มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในเชิงคุณภาพ กลุ่มพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานการบำบัดทดแทนไต นักกายภาพบำบัด ชมรมผู้สูงอายุ รวม 152 คน ในเชิงปริมาณ ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตระยะ 1-3a จำนวน 420 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพ กลุ่มพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานการบำบัดทดแทนไต นักกายภาพบำบัด ชมรมผู้สูงอายุ รวม 32 คน โดย

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในเชิงปริมาณ ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตระยะ 1-3a จำนวน 70 คน โดยการใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-Power เมื่อทราบจำนวนประชากร

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G-Power [9] กำหนดค่าดังนี้ อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ 95% Test family เลือก t-test, Statistical test กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .05 ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 และค่า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุในชมรมที่ป่วยเป็นโรคไตระยะ 1-3a จนครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการจัดกิจกรรมเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามปลายเปิดเชิงคุณภาพ ในการสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุในชมรมที่ป่วยเป็นโรคไตระยะ 1-3a การทบทวนปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชมรมที่ป่วยเป็นโรคไตระยะ 1-3a และสรุปผลการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

1.2 โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในชมรมที่ป่วยเป็นโรคไตระยะ 1-3a ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริงโดยใช้แถบสีสื่อสาร 2) ฝึกการติดตามเฝ้าระวังและประเมินตนเองในการควบคุมโรคโดยเจ้าหน้าที่ 3) ฝึกการแก้ปัญหาและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุ 4) ฝึกปฏิบัติ เฝ้าระวัง กำกับติดตาม 5) การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ, แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์จากแบบบันทึกแถบสีสื่อสาร จำนวน 4 ข้อ, แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทางการแพทย์, พฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง ในคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการควบคุมโรค ระดับพฤติกรรมด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดอ่างทอง การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า สถานการณ์ ปัญหา ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่โรงพยาบาลอ่างทองจำนวนมาก มีทั้งผู้ป่วยฟอกเลือด ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง มีความต้องการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องซึ่งกำลังขาดแคลน ขาดความรู้เรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การควบคุมโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม ผู้ป่วยและคนดูแลในครอบครัวยังขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองขาดแคลนเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก การบำบัดไตค่อนข้างใช้เวลาและซับซ้อน ขาดพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทางไตและการพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

การศึกษาเชิงปริมาณ ส่วนมาก เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน ร้อยละ 61.43 รองลงมา เป็นเพศ

ชาย จำนวน 27 คน ร้อยละ 38.57 ตามลำดับ อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 71- 80 ปี จำนวน 35 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมา ช่วงอายุ 61- 70 ปี จำนวน 32 คน ร้อยละ 45.71 และ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน ร้อยละ 4.29 ตามลำดับ (Mean=74.26, Min=61, Max=81) อาชีพส่วนมาก ทำงานบ้าน จำนวน 46 คน ร้อยละ 65.71 รองลงมาค้าขาย จำนวน 15 คน ร้อยละ 21.43 และ รับราชการ จำนวน 9 คน ร้อยละ 12.86 ตามลำดับ การศึกษาส่วนมาก ประถมศึกษา จำนวน 45 คน ร้อยละ 64.29 รองลงมาปริญญาตรี จำนวน 10 คนร้อยละ 14.29 และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 8 คน ร้อยละ 11.43 ตามลำดับ โรคร่วมส่วนมากพบโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 42 คน ร้อยละ 60.00 โรคหัวใจร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คนร้อยละ 22.86 และโรคเบาหวานและภาวะอ้วน จำนวน 12 คน ร้อยละ 17.14 ตามลำดับ ปัญหาและอาการที่พบคือ นอนไม่หลับ จำนวน 65 คน ร้อยละ 92.86 รองลงมาคือการมองเห็น จำนวน 42 คน ร้อยละ 60.00 และการได้ยิน จำนวน 44 คน ร้อยละ 62.86 ตามลำดับ อัตราการกรองของไตส่วนมากอยู่ในช่วง 60-89 eGFR จำนวน 55 คน ร้อยละ 78.57 รองลงมา อัตรากรองไตอยู่ในช่วง 45-59 eGFR จำนวน 13 คน ร้อยละ 18.57 และอัตรากรองไตในช่วง 30-44 eGFR จำนวน 2 คน ร้อยละ 2.86 ตามลำดับ ระดับความเค็มในอาหารส่วนมากรับประทานอาหารเค็ม จำนวน 54 คน ร้อยละ 77.14 รองลงมาเริ่มเค็ม จำนวน 11 คน ร้อยละ 15.71 และ ไม่เค็ม จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.14 ตามลำดับพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม ส่วนมากไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานผลิตภัณฑ์ที่ไม่มี อย. จำนวน 70 คน ร้อยละ 100.00 รองลงมาหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม จำนวน 57 คน ร้อยละ 81.43 และงดการใช้ยาแก้ปวดหรือ NSAID ติดต่อกัน จำนวน 41 คน ร้อยละ 58.57

2. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง

กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การทบทวน และปรับปรุงกิจกรรมรูปแบบโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้แถบสีสื่อสารต่อความรู้ (ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ 2564)[10] และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a

ระยะที่ 2 การดำเนินการตามกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง โดยไปดำเนินการในทุกอำเภอๆ ละ 2 ชมรม รวม 14 ชมรม ดังนี้ 1) ประชุมผู้รับผิดชอบงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามโปรแกรม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยชักนำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ระยะ และความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง การประเมินตนเองว่าอยู่ในระยะใด อันตรายและภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา หลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมแจกคู่มือโรคไตเรื้อรัง และฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค กิจกรรมประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง โดยใช้แถบสีสื่อสาร กำหนดเกณฑ์ที่แสดงว่าควบคุมได้ทั้งค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการเจาะปลายนิ้ว ค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอว เพื่อวางแผนตนเองในการกำจัดปัจจัยชักนำต่อไป การกำหนดแถบสีที่แสดงถึงความสามารถในการควบคุมโรคที่ส่งผลถึงการรักษ์ไต ดังนี้ สีเขียว หมายถึง ควบคุมโรคได้ดี สีเหลืองและสีส้ม หมายถึง ควบคุมโรคได้ระดับพอใช้ ต้องควบคุมให้เข้มงวดมากขึ้น สีแดง หมายถึง ควบคุมโรคไม่ได้ และมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องรีบแก้ไข ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แถบสีสื่อสารแสดงระดับการควบคุมโรคจำแนกตามผลการตรวจร่างกายและห้องปฏิบัติการ [10]

รายการ	ผลการตรวจร่างกาย/ห้องปฏิบัติการ			
	เขียว	เหลือง	ส้ม	แดง
ความดันโลหิตสูง (mmHg)	≤139/89	140/90-159/99	160/100-179/109	≥180/110
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	90-130	131-154	155-182	≥183
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	18.5-22.9	23.0-24.9	25.0-29.9	≥30
รอบเอวหญิง (ซม.)	ไม่เกิน 80 ซม.	-	-	เกิน 80 ซม.
รอบเอวชาย (ซม.)	ไม่เกิน 90 ซม.	-	-	เกิน 90 ซม.

2) ฝึกการติดตามเฝ้าระวังและประเมินตนเองในการควบคุมโรคโดยเจ้าหน้าที่ ทำการตรวจคัดกรองหาค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย และวัดรอบเอว และให้ผู้สูงอายุฝึกประเมินตนเอง ระบายแถบสีตามค่าที่ตนเองตรวจคัดกรองได้ พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุให้ได้ค่าตามเป้าหมายตามเกณฑ์ 3) ฝึกการแก้ปัญหาและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรค โดยให้ผู้สูงอายุเลือกแบบจำลองอาหารที่ตนเองต้องการรับประทานใน 1 มื้อ แล้วนำมาคำนวณค่าโซเดียมที่ได้ในมื้อนั้น เปรียบเทียบความต้องการของร่างกายที่ควรได้โซเดียมต่อวันไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหาร เกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) ให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ เฝ้าระวัง กำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้านตามคู่มือโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 3 การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนกระบวนการดูแล ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง และเผยแพร่โปรแกรมที่สำเร็จและสมบูรณ์

3. ผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง

3.1 ผลการตรวจร่างกาย ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง

ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง พบว่า ระดับความดันโลหิตสูงส่วนมากอยู่ในช่วง 140/90-159/99 mmHg จำนวน 34 คน ร้อยละ 48.57 และ 160/100-179/109 mmHg จำนวน 28 คน ร้อยละ 40.00 และ ≤139/89 mmHg จำนวน 7 คน ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายส่วนมาก อยู่ในช่วง 23.0-24.9 จำนวน 29 คน ร้อยละ 41.43 รองลงมา 25.0-29.9 kg/m^2 จำนวน 25 คน ร้อยละ 35.71 รองลงมา 18.5-22.9 kg/m^2 จำนวน 14 คน ร้อยละ 20.00 รอบเอวส่วนมากเกิน จำนวน 51 คน ร้อยละ 72.86 รองลงมารอบเอว ปกติ จำนวน 19 คน ร้อยละ 27.14

ภายหลังการใช้การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง พบว่า ระดับความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 139/89 mmHg จำนวน 38 คน ร้อยละ 54.29 รองลงมา 140/90-159/99 mmHg จำนวน 27 คน ร้อยละ 38.57 และ 160/100-179/109 mmHg จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.14 ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนมากอยู่ในช่วง 90-130 mg/dl จำนวน 42 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมาอยู่ในช่วง 131-154 mg/dl จำนวน 27 คน ร้อยละ 38.57 และ 155-182 mg/dl จำนวน 1 คน ร้อย

ละ 1.43 ตามลำดับ ดัชนีมวลกาย ส่วนมาก 23.0-24.9 kg/m^{2}จำนวน 39 คน ร้อยละ 55.71 รองลงมาอยู่ในช่วง 18.5-22.9 kg/m^2 จำนวน 16 คน ร้อยละ 22.86 และ 25.0-29.9 kg/m^2 จำนวน 13 คน ร้อยละ 18.57 ตามลำดับ รอบเอวส่วนมากปกติ จำนวน 30 คนร้อยละ42.86 และ เกินมาตรฐาน จำนวน 40 คน ร้อยละ 57.14 ตามลำดับ

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลการตรวจร่างกาย ก่อน-หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง (n=70)

การตรวจร่างกาย	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง (mmHg)				
≤139/89	7	10.00	38	54.29
140/90-159/99	34	48.57	27	38.57
160/100-179/109	28	40.00	5	7.14
≥180/110	1	1.43	0	0.00
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)				
90-130	21	30.00	42	60.00
131-154	35	50.00	27	38.57
155-182	14	20.00	1	1.43
≥183	0	0.00	0	0.00
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)				
18.5-22.9	14	20.00	16	22.86
23.0-24.9	29	41.43	39	55.71
25.0-29.9	25	35.71	13	18.57
≥30	2	2.86	2	2.86
รอบเอว				
ปกติ	19	27.14	30	42.86
เกิน	51	72.86	40	57.14

3.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองจากการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง

ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.47 คะแนน (S.D.=0.27) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนมากมีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุดในข้อ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ คะแนนเฉลี่ย 4.21คะแนน (S.D.=0.36) รองลงมา คือ การหลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกระดูก ยาหม้อยาลูกกลอน คะแนนเฉลี่ย 4.11คะแนน (S.D.= 0.29) และ การควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท คะแนนเฉลี่ย 3.45 (S.D.= 0.22)

หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.63 คะแนน (S.D.=0.48) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนมากมีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุดในข้อ การให้คำปรึกษาและขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือโภชนากร เพื่อให้ได้รับประทานอาหารที่เหมาะสม และการ

มาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายและรับยาต่อเนื่องตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 4.86 คะแนน เท่ากัน (S.D.=0.35) รองลงมา การควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท มีคะแนนเฉลี่ย 4.77 คะแนน (S.D.= 0.44) และการสังเกตอาการผิดปกติเพื่อมาพบแพทย์หรือขอคำปรึกษาทางการพยาบาล คะแนนเฉลี่ย 3.22 คะแนน (S.D.=0.14) ตามลำดับ

3.3 การทดสอบระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่า 3.47 คะแนน (SD=0.27) ภายหลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับมาก มีค่า 4.63 คะแนน (SD=0.48) จากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภายหลังการใช้โปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.42 (Mean difference = 1.16; 95%CI=3.52-8.26) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การทดสอบระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง (n=70)

พฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเอง	Mean	S.D.	Mean difference	t	95%CI	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	3.47	0.27	1.16	6.42	3.52-8.26	0.0267*
หลังการใช้โปรแกรม	4.63	0.48				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ปัญหาการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การมีผู้ป่วยจำนวนมาก มีทั้งผู้ป่วยฟอกเลือด ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง มีความต้องการพยาบาลเฉพาะทาง และด้านการดูแลผู้สูงอายุและขาดแคลนบุคลากรดังกล่าวจำนวนมาก ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 71- 80 ปี อาชีพส่วนมากอยู่บ้าน ประถมศึกษา โรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาและอาการที่พบคือนอนไม่หลับ อัตราการกรองของไตเสื่อมปานกลาง นิยมรับประทานอาหารเค็ม มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการรับประทานผลิตภัณฑ์ที่ไม่มี อย. เนื่องจากภาระงานจำนวนมาก ประกอบกับปัจจัยเสี่ยงทางด้านการรับประทานอาหาร โรคร่วมที่มีมากมาย และภาวะเสื่อมสภาพของร่างกายในผู้สูงวัย และการใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน จึงเป็นปัญหาที่อยากจะแก้ไขได้ ต้องอาศัยการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบเท่านั้นจึงจะประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ[10] และสอดคล้องกับ อรวรรณ อยู่สุวรรณ[11]

กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง เน้นกระบวนการประเมินตนเอง ส่งเสริมความเข้าใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนจากภายในตัวบุคคล ต้องอาศัยระยะเวลาในการใช้โปรแกรมเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง เนื่องจากผู้สูงอายุนั้น ยากแก่การเรียนรู้เนื่องจากภาวะเสื่อมของสมอง ประกอบการหลงลืม การกระตุ้นเตือน เป็นระยะเวลาต่อเนื่องจะสามารถใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ คอยกระตุ้นเตือน สอดคล้องกับ กุลลดา เลียวเสถียรวงค์ และ ปทมพร อภัยจิตต์[12]

ผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดอ่างทอง ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ผลการตรวจด้านร่างกายต่างๆดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นค่าน้ำหนัก รอบเอว

ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตดีขึ้น เนื่องจากกระบวนการตามโปรแกรมส่งผลมาจากภายในตัวผู้ป่วยเอง และพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมิน และให้คำแนะนำเป็นระยะ ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังนั้นประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ เสาวนีย์ กระแจะจันทร[13] และสอดคล้องกับ รจนา มังคลรังสี[14]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญในการดูแลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและสนับสนุนการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากภายในตัวผู้สูงอายุเอง

2. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังควรเน้นการดูแลร่วมกับญาติ และคนในชุมชน โดยมีพยาบาลเป็นผู้กำกับติดตาม ประเมินผล และให้คำปรึกษา ไม่ควรเน้นด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว

3. ควรส่งเสริมการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง เน้นสร้างการมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกการ รณรงค์ลดหวานเค็มมัน ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เพื่อป้องกันการเป็นโรคไตตั้งแต่ระยะแรก จึงจะประสบผลสำเร็จได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง และบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง ภาคีเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอ่างทอง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง สาธารณสุขอำเภอเมืองอ่างทอง สาธารณสุขอำเภอไชโย สาธารณสุขอำเภอป่าโมกสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ทอง สาธารณสุขอำเภอแสวงหา สาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ และสาธารณสุขอำเภอสามโก้ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Jaimon T. Kelly et al. A Coaching Program to Improve Dietary Intake of Patients with CKD. CJASN.2020, 15, 330-340.
2. Lee, Y., & Chang, P. (2016). Modeling a Model Health Management Business Model for Chronic Kidney Disease. Nursing Informatics, 1047-1048. doi: 10.3233/978-161499-658-3-1047.
3. Ali, B., & Gray-Vickrey, P. Limiting the damage from acute kidney injury. Nursing, quiz 32. doi:10.1097/01. 2015, 41(3),22-31.
4. Creer,T. L.Self-management of chronic illness. InM.Boekaerts,P.R.Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), Handbook of self-regulation. California: Academic Press 2014, 15(3),601-609.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2559.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)กลุ่มกูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2560.
7. Klein, M., Mogles, N., & Van Wissen, A. Intelligent mobile support for therapy adherence and behavior change. Journal of Biomedical Informatics 2014, 51, 137-151.
8. โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2566.
9. 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(2), 175-191.

10. ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร ต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 3a. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564, 4(3),109-122.
11. อรวรรณ อยู่สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ตำบลเดิมบาง อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุขโขทัยธรรมาธิราช. จังหวัดนนทบุรี. 2564.
12. กุลลดา เลียวเสถียรวงค์ และ ปทมพร อภัยจิตต์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2566, 38(3),605-616.
13. เสาวนีย์ กระแจะจันทร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กบพฤตกรรมการจดการตนเองของผปวยโรคไตเรอรงระยะท 1-3 จังหวัดตราด [วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. จังหวัดชลบุรี. 2560.
14. รจนา มังคลรังสี. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน:กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565, 2(2),71-82.

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน และดนตรีบำบัด ต่อความวิตกกังวล การทำผ่าตัดแผนกผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

The Effects of a Structured Educational Program and Music Therapy on Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Minor Surgery at Uttaradit Hospital.

(Received: October 25,2024 ; Revised: October 29,2024 ; Accepted: October 30,2024)

ณัฏฐ์ชุดา เลือดนักรบ[1] นภดล เลือดนักรบ[2] สุชญา พรหมโชติ[1]
Nujchuda Leadnakrob[1] Napadon Leaudnakrob[2] Suchaya Phromchote[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนร่วมกับดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยฉีดยาชาเฉพาะที่ แผนกผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสร้างความสุขด้วยดนตรีบรรเลงบำบัด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) แบบสอบถามความพึงพอใจ และโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับดนตรีบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ dependent และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) ผู้เข้ารับบริการในกลุ่มทดลองทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีความพึงพอใจต่อการเข้ารับการผ่าตัดในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การให้ความรู้, ดนตรีบำบัด, ความวิตกกังวล, การผ่าตัด

Abstract

This quasi-experimental study examined the impact of a structured education program combined with music therapy on surgical anxiety in patients undergoing minor surgery at Uttaradit Hospital. The study sample comprised 68 patients scheduled for surgery under local anesthesia, divided equally into control and experimental groups. While the control group received standard nursing care, the experimental group participated in a structured information program enhanced with mood-elevating music therapy. Data collection tools included a demographic questionnaire, Spielberger's (1983) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y-1, and a patient satisfaction survey. The education and music therapy intervention were delivered in a single session on the day patients were diagnosed and referred for surgery. Statistical analysis employed dependent and independent t-tests.

Results revealed that patients in the experimental group experienced significantly lower postoperative anxiety levels compared to their pre-intervention scores ($p < .05$). Moreover, this group reported significantly lower anxiety than the control group following surgery ($p < .05$). Notably, all participants in the experimental group expressed the highest level of satisfaction with their surgical experience.

Keywords: Patient education, Music therapy, Surgical anxiety

[1] พย.บ.กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

[2] พย.บ., วท.ม., ปร.ด. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บทนำ

แผนกผ่าตัดเล็กของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านการรักษาโรคด้วยการผ่าตัด โดยการใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีสติรู้ตัวตลอดระยะเวลาการผ่าตัด และสามารถกลับบ้านได้ทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด ขณะนี้โรงพยาบาลมีจำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้จำนวนการทำผ่าตัดเล็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญทั้งในด้านการรักษาและการวินิจฉัย โดยการผ่าตัดบางประเภทสามารถนำตัวอย่างไปตรวจสอบในห้องปฏิบัติการได้ แผนกผ่าตัดเล็กมีเตียงบริการทั้งหมด 4 เตียง และได้เก็บสถิติการให้บริการในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา พบว่าในปี 2563 มีผู้ป่วยรับบริการ 2,999 ราย โดยแยกเป็นการผ่าตัด Excision จำนวน 870 ราย ในปี 2564 มีผู้ป่วย 3,114 ราย และจำนวนการผ่าตัด Excision ลดลงเหลือ 686 ราย ส่วนในปี 2565 มีผู้ป่วยลดลงไปเป็น 2,817 ราย ส่วนการผ่าตัด Excision มีจำนวน 603 ราย แต่ในปี 2566 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 3,619 ราย และจำนวนการผ่าตัด Excision ก็เพิ่มขึ้นเป็น 761 ราย ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 294 รายที่เข้ารับการผ่าตัดเล็ก ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงถึง 161 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.76 ทว่า ปัญหาในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด เช่น การนำสิ่งของติดตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ต่างหู แหวน หรือ นาฬิกา มักเกิดขึ้นบ่อยครั้ง อาจทำให้การผ่าตัดต้องเลื่อนออกไป จากข้อมูลแสดงให้เห็นถึงอัตราผู้มารับบริการที่แผนกผ่าตัดเล็กในช่วงปี 2563-2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.83 แต่ลดลงร้อยละ 9.5 ในปี 2564-2565 อันเนื่องมาจากการระบาดของโควิด-19 อย่างไรก็ตาม ในปี 2565-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28 ซึ่งสะท้อนถึงการฟื้นตัวและแนวโน้มการให้บริการที่เพิ่มสูงขึ้นในอนาคต การผ่าตัดเล็กแบบผู้ป่วยนอกมีข้อจำกัดที่สำคัญคือระยะเวลาเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดซึ่งน้อยกว่าการผ่าตัดแบบค้างคืน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่คุ้นเคย ส่งผลให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล[1] ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดนั้นเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากการผ่าตัดนำไปสู่อาการรบกวนการนอน, การรับประทานอาหาร, การขับถ่าย และการออกกำลังกาย ความวิตกกังวลทำให้เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามินจากต่อมหมวกไตชั้นใน และการปล่อยคอร์ติโซลจากต่อมหมวกไตชั้นนอก ซึ่งนำไปสู่การคั่งของโซเดียมและโปรตีนในเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น[2] จากการศึกษาของ Fell และคณะพบว่าระดับความวิตกกังวลสัมพันธ์กับระดับอะดรีนาลีนในเลือด โดยระดับอะดรีนาลีนในผู้ป่วยที่มีความกังวลสูงขึ้นอีกร้อยละ 40 ส่งผลให้เกิดอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น

นอกจากนี้ การศึกษาของ Ober, Wry, Paul และ Greace[3] ยังพบว่าระดับความวิตกกังวลสัมพันธ์ในทางบวกกับความไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลพบบ่อยคือความไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตน ซึ่งเรียกว่า "fear of the unknown" ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดครั้งแรกมักรู้สึกกลัวมากเพราะไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้น ดังนั้น การค้นหาข้อมูลและการปรับตัวเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยได้

การพยาบาลที่ให้ข้อมูลอย่างมีระบบมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและญาติ ช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ Leventhal และ Johnson (1983) ระบุว่า การอธิบายขั้นตอนการผ่าตัดในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดอย่างครบถ้วน จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายวิธีที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดก่อนการผ่าตัด เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ และการฟังดนตรีบำบัด ตามข้อมูลของเอลิซาเบธ สก็อต (Elizabeth Scott) การฟังเพลงสามารถช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและช่วยสร้างภาวะผ่อนคลายได้ การไม่รู้ ไม่

เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด มักนำไปสู่ความวิตกกังวล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยอิงกรอบแนวคิดจากทฤษฎีความสามารถปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson[4] ซึ่งระบุว่าการเผชิญกับเหตุการณ์ใหม่ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ ดนตรีบำบัดนั้นหมายถึงการใช้กิจกรรมทางดนตรีช่วยบำบัดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตและร่างกาย ด้วยการฟัง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรี กิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้เข้าใช้บริการเล่นดนตรีเก่ง แต่มีจุดประสงค์เพื่อบำบัดและซ่อมแซมด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ความรู้และดนตรีบำบัด โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น สื่อผ่านแอปพลิเคชัน Line มาช่วยในการส่งข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวก อาทิเช่น ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและร่างกาย คาดว่าผลการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบและเนื้อหาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล และส่งผลดีต่อสุขภาพทางกายและจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมพลังแห่งความสุขให้กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สูงขึ้นและสะดวกยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และดนตรีบำบัด ต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจการผ่าตัด แผนกผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลการผ่าตัด ของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลการผ่าตัด ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two group pretest -posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึง เดือนสิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัตถการที่เข้ารับการรักษาในแผนกผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึง เดือนสิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ในแผนกผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 68 ราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม 2567 โดยผู้ป่วยจะต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด

ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยตั้งค่าขนาด Effect size ตามการศึกษาของ กาญจนา ปรัชญาเกรียงไกร และ พัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล (2023) ซึ่งมีค่า Effect size (d) เท่ากับ 0.70 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่น 95% ส่งผลให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน

การเลือกตัวอย่างในงานวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ในแผนกผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ซึ่งต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้:

กลุ่มทดลอง: รวมผู้ป่วยที่มีลำดับที่ 1-34 จำนวน 34 คน ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2567

กลุ่มควบคุม: รวมผู้ป่วยที่มีลำดับที่ 35-68 จำนวน 34 คน ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1-31 สิงหาคม 2567

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ใน

แผนกผ่าตัดเล็ก 2) อายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ASA 1 (สุขภาพแข็งแรงเป็นปกติดี) หรือ ASA 2 (มีโรคทาง systemic เล็กน้อยและสามารถทำงานได้) 4) รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ และสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงกระทันหันขณะเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ประวัติการเคยได้รับยา การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินต่างๆดังนี้

1. แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state-anxiety: form X-I) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ซึ่งผู้วิจัยนำมาดัดแปลง มีข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่งๆ เกี่ยวกับความวิตกกังวล 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบ Rating Scale 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่งๆเกี่ยวกับความวิตกกังวล 20 ข้อ ทางบวก 10 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) และทางลบ 10 ข้อ (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณการ 4 ระดับ (Rating Scale) คือ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบ้าง รู้สึกค่อนข้างมากและรู้สึกมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ทางลบ	ทางบวก
มากที่สุด	4 คะแนน	1 คะแนน
ค่อนข้างมาก	3 คะแนน	2 คะแนน
มีเล็กน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่มีเลย	1 คะแนน	4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนระหว่าง 20-40 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย

คะแนนระหว่าง 41-60 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนนระหว่าง 61-70 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

คะแนนระหว่าง 71-80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลรุนแรง

2. แบบสอบถามความพึงพอใจ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ ข้อคำถามประกอบด้วยทั้งหมด 15 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ไม่พอใจ: 1 คะแนน ไม่ค่อยพอใจ: 2 คะแนน เฉยๆ: 3 คะแนนค่อนข้างพอใจ: 4 คะแนน พอใจ: 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแบ่งช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย ได้กำหนดเกณฑ์ประเมินไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49: ไม่พอใจ
ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49: พอใจน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49: พอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49: พอใจมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00: พอใจมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และดนตรีบำบัด โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการผ่าตัดแผนกผ่าตัดเล็ก โดยจัดกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ได้รับการวินิจฉัยและส่งมาผ่าตัดที่แผนกผ่าตัดเล็ก ดังนี้ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน 10 นาที หลังจากนั้นเปิดดนตรีบรรเลงบำบัดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการทำผ่าตัดหัตถการ (20-40 นาที) ข้อมูลเตรียมความพร้อม ก่อนผ่าตัด

แบบผู้ป่วยนอกอย่างมีแบบแผนประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ

1) Introduction information ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรับบริการสถานที่ ทีมงาน

2) Procedural information ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัดโดยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนวิธีการ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

3) Sensory information ข้อมูลบอกความรู้สึกโดยอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกที่จะได้รับ ความรู้สึกปวดขณะฉีดยาชาอาการชาหลังได้รับยาชา การได้ยินเสียง และ การมองเห็นภาพ

4) Coping skills information ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวล การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามและแนะนำ

5) Behavioral information ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

โดยการทำสื่อคลิปวีดีโอแนะนำทางแอปพลิเคชันไลน์ และโปสเตอร์การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์ เป็น การใช้ทรัพยากรต่างๆ ในระบบอินเตอร์เน็ตมาออกแบบและจัดระบบเพื่อสร้างระบบการเรียนการสอน ที่สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาและทุกคน สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้เรียนสามารถจดจำได้ดีขึ้น เนื่องจากสามารถทวนซ้ำได้หลายๆ ครั้ง เท่าที่ผู้เรียนต้องการ

2. ดนตรีบรรเลงบำบัด (Music therapy) ประกอบด้วย

1) ลำโพง Bluetooth Marshall EMBERTON 2

2) Notebook NB 14” Lenovo yoga slim7 82A300OB8TA-WE-TP เปิดเพลงบรรเลงที่ จังหวะ 70-80 บีทเป็นจังหวะ ช้าๆสบายๆ

3) เครื่องวัดเสียง Digital Sound Level Meter แบบพกพาแบรนด์ Benetech รุ่น GM1351ตรงตามมาตรฐาน IEC PUB 651TYPE2 และ ANSIS1.4 TYPE2 ความถูกต้องแม่นยำ ±1.5dB

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความพึงพอใจ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 คน และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านห้องผ่าตัด 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย แบบสอบถามความวิตกกังวล เท่ากับ 0.92 แบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.86 จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

โปสเตอร์ และคลิปวิดิโอการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัด นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 1 คน และ พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านห้องผ่าตัด 1 คน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความคิดเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและเกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ผลการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92

การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 แบบประเมินความพึงพอใจได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูล

แก่ผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล และนำไปบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (Data Analysis and Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัตถการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.23 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.24 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 20.59

2. การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าความวิตกกังวลของ กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง (Mean ± SD) เท่ากับ 1.46 ± 0.38 ขณะที่กลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.81 ± 0.39, $p < 0.05$

3. การสำรวจความพึงพอใจ จากการสำรวจความพึงพอใจพบว่า ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ได้มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ทีมงาน วิธีการขั้นตอน และวิธีการเผชิญความเครียดอย่างละเอียด จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างมั่นใจมากขึ้น การใช้สื่อคลิปวีดีโอและโปสเตอร์ในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดนั้นทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างชัดเจน พร้อมทั้งโอกาสในการ ซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ โดยมีการอธิบายและการพูดคุยเพื่อให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษา

ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ผ่านสื่อวีดีทัศน์และโปสเตอร์ มีระดับความวิตกกังวลที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุ่นรัตนะ[5] จึงกล่าวได้ว่าการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีการที่เป็นระบบมีผลในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ต้องทำผ่าตัดหัตถการ

การใช้งานดนตรีบำบัดร่วมด้วยนั้นยังได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ข้อมูลจากการศึกษาของเนาวรัตน์ แก้วตา และคณะ[6] ยืนยันถึงความสามารถของดนตรีในการควบคุมความเจ็บปวด ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพในการจัดการความปวดของบุคลากรในหน่วยงานได้

สรุป

โปรมแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน และการสร้างความสุขด้วยดนตรีบรรเลงบำบัด สามารถคลายความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดหัตถการขณะรู้สึกตัว แผนกผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ได้ และการได้รับการได้รับการเตรียมความพร้อมผ่านสื่อ มีความพึงพอใจต่อ กระบวนการขั้นตอนการให้บริการรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่บุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก และมีความพึงพอใจในภาพรวมที่ได้รับจากผลการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนร่วมกับดนตรีบำบัดไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในขณะที่รู้สึกตัวเพื่อลดระดับความวิตกกังวล

2. ควรขยายผลโปรแกรมให้ความรู้อย่างมีแบบแผนร่วมกับดนตรีบำบัดไปยังกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่เข้ารับการรักษาขณะรู้สึกตัว เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการเคมีบำบัดหรือต้องรับกายภาพบำบัด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย:

1. ควรพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้อย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีในรูปแบบแอปพลิเคชันเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสามารถเข้าถึงโปรแกรมได้ง่าย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมให้ความรู้อย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยอื่นที่รับการรักษาขณะที่รู้สึกตัว เช่น ในขณะรับเคมีบำบัดหรือกายภาพบำบัด เพื่อประเมินประสิทธิภาพและปรับปรุงโปรแกรมให้ได้ผลดีมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rusch, D. (2020). Preoperative anxiety in adults-a cross-sectional study on specific fears and risk factors. BMC Psychiatry, 20(1), 1-14.
2. Fell, D., Derbyshive, D., Mail, C., Larsson, I., Ellis, R., Achola, K., & Smith, G. (1985). Measurment of plasma catecholamine concentration: An assessment of anxiety. British Journal of Anesthesia, 57(8), 770-774.
3. Oberle, K., Wry, J., Paul, P., & Grace, M. (1990). Environment anxiety and postoperative pain. Western Journal of Nursing Research, 12(6), 745-757.
4. Leventhal, H., & Johnson, J. (1983). Laboratory and field experimentation development of a theory of self-regulation. In P. Wooldridge, M. Schmitt, R. Leonard, & J. Skipper (Eds.), Behavioral science and nursing theory (pp. 189-262). CV Mosby.
5. ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน, & กัลยา อุ่นรัตนะ. (2566). ประสิทธิผลของสื่อวีดีทัศน์ผสมภาพแอนนิเมชั่นให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(3), 488-498.
6. เนาวรัตน์ แก้วตา, กวิน ตั้งวรพงศ์ชัย, สมสมัย ศรีประไหม, & สุกัญญา สุกุมาลย์. (2563). ผลของการฟังดนตรีต่อการบำบัดความเจ็บปวดขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่. วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(4), 221-238.

ผลการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

Results of pain management in the first stage of labor Tha Uthen Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

ชลลดา นครังสุ[1]
Chonlada Nakrangsu[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม และ 2) ศึกษาความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 และแบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 0 มีค่าความเชื่อมั่น 1.0 และ 86. 85วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปวดรุนแรงค่าเฉลี่ย) =8 .20, S.D. = 1.10) กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปวดรุนแรงค่าเฉลี่ย) =9 .73, S.D. = 0.87) เมื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมี 1 . นัยสำคัญทางสถิติที่001 ผลการศึกษาความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก 4 ค่าเฉลี่ย).22, S.D. = 1.12)
คำสำคัญ; การจัดการความเจ็บปวดโรงพยาบาลท่าอุเทน ,การคลอด ,

Abstract

The objectives of this research were to 1) compare labor pain in the first stage at Tha Uthen Hospital. Nakhon Phanom Province and 2) study pain management satisfaction in the first labor stage at Tha Uthen Hospital. Nakhon Phanom Province Tools used include the clinical practice guidelines for pain management of stage 1 labor and the questionnaire on satisfaction with pain management of stage 1 labor had reliability values of 0.86 and 0.85. Data were analyzed using mean, percentage, and standard deviation. Compare pain levels between the control group. and the experimental group by independent t-test.

The results found that; the pain scores of the first stage of labor in the experimental group were lower than those in the control group. The experimental group was at the severe pain level (mean = 8.20, S.D. = 1.10), and the control group was at the severe pain level (mean = 9.73, S.D. = 0.87). When comparing the pain of labor in the first stage between the experimental groups and control group It was found to be significantly different at .001. Results of the study of satisfaction with pain management in stage 1of labor at Tha Uthen Hospital. Nakhon Phanom Province, it was found that the sample group was overall satisfied at a high level (mean 4.22, S.D. = 1.12).
Keywords; Pain management, childbirth, Tha Uthen Hospital

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน

บทนำ

การคลอดถึงแม้ว่าจะเป็นปรากฏการณตามธรรมชาติ แต่เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากกลไกการคลอดจะทำให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดในการคลอดเป็นภาวะที่ซับซ้อน เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์ ทุกข์ทรมาน และเป็นความรู้สึกที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล[1] ผู้คลอดร้อยละ 97 บอกว่าความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นประสบการณที่เจ็บปวดมากที่สุดในชีวิต[2] โดยร้อยละ 90 ตองการให้มีการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น[3] ซึ่งความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถเตรียมวิธีการจัดการได้ล่วงหน้า และจะสิ้นสุดเมื่อทารกคลอด[4] ความเจ็บปวดในการคลอดแตกต่างจากความเจ็บปวดอื่นๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้านคือ ร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยทางด้านร่างกายเป็นผลมาจากความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก และช่องคลอดส่วนบน รวมทั้งแรงกดของส่วนนำทารกบริเวณปากมดลูก ช่องคลอด ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนัก ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น[5] ส่วนด้านจิตใจนั้นเกิดขึ้นจากความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด[6] โดยความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเจ็บปวดในการคลอด[7] ด้านสังคมผู้ที่เคยมีประสบการณ์คลอดที่ดีจะมีความคาดหวังในการคลอดครั้งต่อไปว่าจะประสบความสำเร็จเหมือนครั้งที่ผ่านมา ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดี[8] และด้านสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดอย่างมาก สิ่งแวดล้อมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี และมีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น[9] การจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้นมี 2 รูปแบบ คือ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยา และการใช้ยา วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระ และสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ให้การดูแลผู้คลอดที่ต้องช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดไปได้ด้วยดี ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การผ่อนคลาย การจัดท่า การนวด การสัมผัสลูบหน้าท้อง การประคบร้อนหรือเย็น การใช้ดนตรีบำบัด และการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีการต่างๆดังกล่าวมีหลักฐานอ้างอิงว่าสามารถลดและบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ จากการศึกษาของชาง,วาง, และ เชน (Chang, Wang, & Chen) เกี่ยวกับผลของการนวดต่อความเจ็บปวด และความวิตกกังวลในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า การนวดสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ทุกระยะของการคลอด และสามารถทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลลดลงในระยะปากมดลูกเปิดช้าได้[10] และจากการศึกษาของสุวรรณี นาคะ และคณะ เกี่ยวกับผลของการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องต่อความวิตกกังวล การเผชิญความเจ็บปวด และระยะเวลาในการคลอดของผู้คลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี พบว่าการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องสามารถลดความวิตกกังวล และสามารถทำให้ผู้คลอดเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี[11] การเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยการไม่ใช้ยานั้นจะต้องคำนึงถึงความต้องการ และความเหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละบุคคล ตลอดจนความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการใช้ยา จะให้ในกรณีที่ผู้คลอดมีความเจ็บปวดที่ทนกับความเจ็บปวดไม่ได้[12] ปัจจุบันได้มีการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice [EBP) มาใช้ เนื่องจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างขึ้นมาจากหลักฐานที่ผ่านการพิสูจน์หรือการทดลองด้วยกระบวนการวิจัยประสบการณ์ทางคลินิก ความชำนาญเฉพาะทางของผู้ให้บริการ รวมทั้งความต้องการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการเกิดผลลัพธ์ที่ดี (effectiveness)[13] โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานห้องคลอด

ที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้คลอดทั้งผู้คลอดที่อยู่ในจังหวัดเอง และจากจังหวัดใกล้เคียงมีการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดมาเป็นระยะเวลานานจากสถิติโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้มาคลอดทั้งหมด 77, 99 และ 76 ราย ตามลำดับ[14] ระหว่างวันที่ 1 - 31 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้สำรวจปัญหาการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้คลอดปกติในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่ไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ โดยแสดงพฤติกรรม ร้องครวญคราง ร้องไห้ด้วยความเจ็บปวด นอนกระสับกระส่าย และนอนดิ้นไปมา นอกจากนี้มีผู้คลอดหลายรายขอให้ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องเพื่อยุติความเจ็บปวด และผู้คลอด 3 ราย ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอดร้องปวดทุกข์ทรมาน รวมทั้งต้องการให้มารดาหรือสามีเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในขณะรอคลอด จากปัญหาที่เกิดขึ้นหากผู้คลอดได้รับการประเมินความเจ็บปวดและมีการจัดการกับความเจ็บปวดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะสามารถช่วยลดความเจ็บปวดของผู้คลอด และก่อให้เกิดความพึงพอใจได้ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในห้องคลอดเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น[15] เช่น แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่พัฒนาโดยจุฑามาศ บุพสุวรรณ์[16] จากการวิจัยของ ฉวีวรรณ ธงชัย[17] พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเมื่อนำไปทดลองใช้ในผู้คลอด 5 ราย พบว่า ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในการจัดการกับความเจ็บปวดของบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้วิจัย จึงนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่พัฒนาโดยจุฑามาศ บุพสุวรรณ์[16] มาเป็นแนวทางในการศึกษา นอกจากนี้เมื่อผู้วิจัยพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ของแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว พบว่า หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนมมีความพร้อมด้านบุคลากร และอุปกรณ์ ที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดมาใช้ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก และการประเมินผลของสมาคมพยาบาลออนทาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario (RNAO], 2002) โดยมีขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก (selecting clinical practice guideline) 2) การระบุวิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (identifying, analyzing and engaging stakeholders) 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมหน่วยงาน และบุคลากรเจ้าหน้าที่ (assessing environmental readiness) 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (deciding on implementation strategies) 5) การประเมินผลความสำเร็จ (evaluating successes) และ 6) การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด (resources) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง และประสิทธิผลที่ดีในการใช้ เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในห้องคลอด โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

ผลการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ ทำการศึกษาในระหว่าง วันที่ 1 ถึง 30 เดือนมีนาคม 2567 มีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

การเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้คลอดที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มาคลอด ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตรเป็นต้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง จำนวน 30 คน จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคือ สามารถพูด ฟังเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ที่ดัดแปลงจากเครื่องมือของ จุฑามาศ บุพสุวรรณ์[16] ประกอบด้วย 1) การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดและจริยธรรม 2) การประเมินความเจ็บปวด 3) การจัดการกับความเจ็บปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด 5) การดูแลต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ มีการหาค่าความเชื่อมั่น ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โดยทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 รายในเวลา 2 สัปดาห์ และทำการประเมินทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 5 คน ก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของ ฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์[17] ซึ่งประกอบด้วย 1) ความง่ายต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) ความเหมาะสมของเนื้อหาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน 4) แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด 5) แนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยประหยัดและลดต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ 6) แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ได้ในหน่วยงาน และ 7) ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการหาคุณภาพของเครื่องมือจากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่า ความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก จากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้คลอด ที่รับไว้ในโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 5 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Crobach's alpha coetficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

แบบบันทึกความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-7 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง และ 8-10 คะแนน หมายถึง ปวดรุนแรง ผู้วิจัยใช้ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอด ที่พัฒนาโดยจุฑามาศ บุพสุวรรณ์[16] สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบ independent t-test

การศึกษาความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1

เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ดัดแปลงจากเครื่องมือของ จุฑามาศ บุพสุวรรณ์[16] มีลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า และให้ผู้คลอดเลือกตอบตามความรู้สึก ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ได้ทำการ

หาคุณภาพของแบบสอบถามโดยให้ผู้คลอดจำนวน 10 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างทดลองทำแบบสอบถามเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดของจุฑามาศ บุพสุวรรณ์[16] ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ โรงพยาบาลสุราษฎร์ ธานีเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการสร้าง และพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ วัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 การระบุ วิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยและทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ระบุ วิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อม หน่วยงาน และบุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้วิจัย และทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ประเมินความพร้อมของหน่วยงาน และ ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1 ผู้วิจัย ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1 ไปทดลองใช้ในผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน เพื่อหาปัญหา และอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1 และนำผลสรุปที่ได้จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมาประชุมหารือกับทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1 เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันก่อนนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จริง สำหรับการประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1 ได้ประเมินความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตรเป็นต้นไป หลังจากนั้นประเมินความเจ็บปวดซ้ำโดย ประเมิน 30-60 นาที หลังใช้วิธีการจัดการกับความเจ็บปวด โดยการไม่ใช้ยา ประเมิน 30 นาที หลังใช้วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดโดยการใช้ยา และประเมินต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมงจนสิ้นสุด กระบวนการคลอด สำหรับผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ประเมินความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร เป็นต้นไป หลังจากนั้นประเมินความเจ็บปวดซ้ำทุก 30-60 นาที และประเมินต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง จนสิ้นสุดกระบวนการคลอด ส่วนความพึงพอใจของผู้คลอดทั้งสองกลุ่ม ประเมินหลังคลอด 30-60 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1 ไปใช้ ผู้วิจัยและทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้มีการประชุมเพื่อวางแผนการใช้และกำกับติดตามระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลความสำเร็จ ผู้วิจัยและทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ทำการประเมินผลความสำเร็จจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้หลังจากสิ้นสุดการศึกษา โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดดังนี้ 1) ความเจ็บปวดของผู้คลอด และ 2) ความพึงพอใจของผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1 ไปใช้เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัย และทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนำเสนอโครงการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม เพื่อของบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการ เช่น อุปกรณ์ในการจัดท่าบรรเทาปวด การทำแผ่นพับ และภาพพลิกในการให้ความรู้ เป็นต้น เพื่อให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เกิดผลสำเร็จและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอด

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณา และรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม หมายเลขสำคัญโครงการวิจัย REC 040/67 ลงวันที่ 17 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน พบว่า อายุ 25-30 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ศาสนาพุทธ จำนวน 30 คน คิดเป็นรอยละ 100 สถานภาพสมรส จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 อาชีพค้าขาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60

ผลการเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีการใช้ยา ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1. การเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1	N	ค่าเฉลี่ย	S.D.	p-value
กลุ่มทดลอง	15	8.20	1.10	.00**
กลุ่มควบคุม	15	9.73	0.87	

**p<.01

จากตารางที่ 1 พบว่า ความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปวดปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 8.20, S.D. = 1.10) กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปวดปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 9.73, S.D. = 0.87) เมื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ผลการศึกษาความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.22, S.D. = 1.12) เมื่อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ด้านการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.20, S.D. = 0.70) ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้คลอดและจริยธรรมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.12, S.D. = 0.88) ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.11, S.D. = 1.10) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.10, S.D. = 0.80) ด้านการจัดการกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.95, S.D. = 0.90) และด้านการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.90, S.D. = 0.72) ตามลำดับ

สรุป และอภิปรายผล

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ที่ใช้ในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอดในระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ ได้รับความพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน จากผลการเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า ความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปวดปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 8.20, S.D. = 1.10) กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปวดปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 9.73, S.D. =

0.87) เมื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 สามารถอภิปรายผลได้ว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก แต่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ 1.53 คะแนน (9.73 - 8.20) บ่งชี้ถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ เนื่องจากการลดความเจ็บปวดแม้เพียงเล็กน้อยก็อาจส่งผลต่อประสบการณ์การคลอดเป็นอย่างมาก แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดของการคลอดในระยะที่ 1 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ใช้ในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอดในระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ ทัศนีย์ ศรีสุวรรณ[19] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .001 และ .05 ตามลำดับ การใช้ยาบรรเทาปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีสัดส่วนการใช้ยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.22, S.D. = 1.12) แสดงให้เห็นว่าผู้คลอดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการจัดการความเจ็บปวดที่ได้รับ ในการจัดการกับความเจ็บปวดของบุคลากรทีมสุขภาพ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยที่สูงเช่น ด้านการดูแลต่อเนื่อง ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้คลอด และจริยธรรม และด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างสม่ำเสมอตลอดกระบวนการคลอด ความใส่ใจในสิทธิ และศักดิ์ศรีของผู้คลอด สอดคล้องกับ ฉวีวรรณ ธงชัย[20] ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเมื่อนำไปทดลองใช้ในผู้คลอด 5 ราย พบว่า ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาด้านการจัดการและการประเมินความเจ็บปวดเพิ่มเติม เนื่องจากมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นๆ และควรปรับปรุงวิธีการให้ข้อมูลให้เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละราย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผล และตรวจสอบปัจจัยที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของวิธีการที่ใช้ในกลุ่มทดลอง และนำวิธีการที่ใช้ในกลุ่มทดลองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดทั่วไป เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอดโดยเฉพาะการจัดการและการประเมินความเจ็บปวด เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้นซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1 Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. Maternity nursing (6th ed.). St. Louis: Mosby. 2006.
2 Reeder, S. J., & Matin, L. L. Maternity nursing: family, newborn, and women's healthcare (16th ed.). Philadelphia: Lippincott. 1987.
3 จตุพล ศรีสมบูรณ์, Painless Labor, ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
4 Murray, S. S., & Mckinney, E. S., Foundations of maternal newborn nursing (4th ed). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier, 2006.
5 Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E., Maternity nursing (6th ed.)., St. Louis: Mosby, 2006.

6 Dick-Read, G., Childbirth without fear: The original approach to natural Childbirth, New York: Harper & Row, 1984.

7 Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M., Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. European Journal of Pain, 10, 263-270, 2006.

8 Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J., The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. Midwifery, 23, 235-247, 2007.

9 Borquez, H. A., & Wieger, T. A., A comparison of labor and birth experience of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. Midwifery, 22, 339-347, 2006.

10 Chang, M. Y., Wang, S. Y., & Chen, C. H., Effects of massage on pain and anxiety during labor: Randomized controlled trial in Taiwan. Journal of Advanced Nursing, 38(1), 68-73, 2002.

11 สุวรรณี นาคะ, จิตติมา ธาราพันธ์, วิไลรักษ์ อุยานันท์, และ รัชกร เทียมเท่าเกิด., ผลของการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้อง ต่อความวิตกกังวล การเผชิญความเจ็บปวด และระยะเวลาในการคลอดของผู้คลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม, 27(4), 57-65, 2547.

12 รัชนันต์ ถิรรดา, ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 13(3), 10-22, 2548.

13 Pearson, A., Field, J., & Jordan, Z., Evidence-based clinical practice in nursing and health care. Oxford: Blackwell Publishing, 2007.

14 หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลท่าอุเทน, จังหวัดนครพนม, 2566

15 National Health and Medical Research Council., A guide to the development, implementation and evaluation of the clinical practice guidelines. 1999, Retrieved September 23, 2023, from http://www.csp:nsw.gov.au/nhmrc/downloads/ pdfs/NHMRC Clinical practice.pdf

16 จุฑามาศ บุพสุวรรณ์, การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.

17 ฉวีวรรณ ธงชัย, การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก, 2547. Retrieved September 23, 2023, from http://www.Agreetrust.org/docs/AGREE_Instrument_translation/AGREE_Instrument_Thai.pdf

18 ฉวีวรรณ ธงชัย, และพิกุลนันท ชัยพันธ์. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ.เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.

19 ทัศนีย์ ศรีสุวรรณ, ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 8(3), 276, 2565.

20 ฉวีวรรณ ธงชัย, การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก, 2547. Retrieved September 23, 2023, from http://www.Agreetrust.org/docs/AGREE_Instrument_translation/AGREE_Instrument_Thai.pdf

การประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี เพื่อยกระดับสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชีย ในปี 2570

Evaluation Operation of the 20-year National Herbs Expo to raise the level to become a leader in traditional medicine in Asia By 2027.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

ศรีจรรยา โชตึก[1] รัชนี จันทร์เกษ[2] ณัชชา พัฒนะนุกิจ[3] กนกรัตน์ ยศไกร [4] ขวัญใจ จริยาทัศน์กร[5]
Srichanya Shotuk[1] Rutchanee Chantraket[2] Nutcha Pattananukit[3] Kanokrat Yossakrai[4] Kwanjai Chariyataskorn[5]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี เพื่อให้ได้แนวทางยกระดับการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570 งานวิจัยนี้เป็น Mixed Methods โดยข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ที่เข้าร่วมงานมหกรรมฯ ครั้งที่ 20 ระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน – 2 กรกฎาคม 2566 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี และข้อมูลประเมินผลจากรายงานผลการการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 1 - 19 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติใช้วิธีไค-สแควร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้กรอบการบริหารจัดการภาครัฐรวบรวมผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ 20 คนที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและการจัดงาน โดยวิเคราะห์เนื้อหา จากการศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี ทั้งปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยด้านผลผลิตผลลัพธ์

ผลวิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ คือ (1) ความร่วมมือจากหลายฝ่าย (2) การสนับสนุนจากนโยบายรัฐบาล (3) นำเสนอองค์ความรู้ใหม่ (4) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และ (5) ธีมงานและกิจกรรมที่ดึงดูดตรงกับกระแสสังคม นำไปสู่ข้อค้นพบแนวทางการยกระดับสู่เป้าหมายการเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570 6 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านการนำองค์กร มุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานในระดับสากล ส่งเสริมเทคโนโลยีและนวัตกรรม ภาคเอกชนขับเคลื่อน และขยายความสำคัญการแพทย์แผนไทยและอาหาร (2) ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ใช้กลยุทธ์ยกระดับความร่วมมือกับภาคเอกชนและสถาบันการเงิน ธนาคาร ต้องมีแผนระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว และการสื่อสารเชิงรุก เช่น Road Show ในต่างประเทศ (3) ด้านผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เน้นที่การจับคู่ธุรกิจ การดึงดูดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ เช่น สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม และ SME การจัดนิทรรศการและกิจกรรมที่หลากหลาย รวมถึงจัดงานในสถานที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติและสุขภาพ (4) ด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ เน้นการใช้เทคโนโลยี AI และ Big Data เพื่อวิเคราะห์ผู้บริโภคและตลาด ใช้ข้อมูลยอดขายและผลการเจรจาธุรกิจเพื่อวิเคราะห์แนวโน้ม (5) ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล พัฒนาบุคลากรภาครัฐให้มีความรู้ ทักษะและมุมมองภาคธุรกิจในด้านการตลาด การเจรจาธุรกิจ การใช้เทคโนโลยี และการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการส่งบุคลากรฝึกอบรมในต่างประเทศเพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และการวิจัย (6) ด้านการจัดการกระบวนการ เน้นการจับคู่ธุรกิจ การจัดการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม และการติดตามผล ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การประเมินผล, มหกรรมสมุนไพร, การแพทย์แผนไทย, การแพทย์ดั้งเดิม, CIPP Model, PMQA

Abstract

This study aims to assess the performance of the National Herbal Expo over the past 20 years and develop strategies to elevate the event to become a leader in traditional medicine in Asia by 2027. A Mixed Methods

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
[2] ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
[3] คณะนิเทศศาสตร์ (การสร้างสรรค์ดิจิทัลคอนเทนต์และสื่อ) มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
[5] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ศูนย์การศึกษานครนายก

approach was employed, collecting quantitative data from 400 participants attending the 20th National Herbal Expo, held from June 28 to July 2, 2023, at Impact Muang Thong Thani. Evaluation data from the reports of the 1st to the 19th expos were also analyzed. Statistical analysis used the Chi-square method, while qualitative data were gathered through in-depth interviews with 20 policymakers and organizers. The qualitative analysis framework was based on public sector management concepts.The evaluation of 20 years of the National Herbal Expo covered four aspects: Context, Input, Process, and Product.

The findings identified key success factors: (1) Collaboration among stakeholders (2) Government policy support (3) Introduction of new knowledge (4) Reaching the target audience (5) Themes and activities aligned with social trends Six strategic directions were proposed to achieve the goal of becoming Asia's leader in traditional medicine by 2027: (1) Leadership: Focus on establishing international standards, promoting technology and innovation, enhancing private sector involvement, and expanding the importance of traditional Thai medicine and cuisine. (2) Strategic Planning: Enhance collaborate with financial institutions, banks, and the private sector, and implement short-, medium-, and long-term plans with proactive communication, such as international roadshows. (3) Stakeholder Engagement: Emphasize business matching, attract key stakeholders (e.g., chambers of commerce, industrial federations, and SMEs), and host exhibitions and activities at venues associated with nature and wellness. (4) Evaluation, Analysis, and Knowledge Management: Use AI and Big Data to analyze consumer behavior and market trends, and leverage sales data and business negotiations to forecast future opportunities. (5) Human Resource Development: Equip public sector personnel with business-oriented skills in marketing, negotiation, technology use, and data analysis, while promoting overseas training for product development and research. (6) Process Management: Focus on business matching, foster public-private cooperation, promote innovation and research, and ensure continuous monitoring and evaluation.

Keywords: Performance evaluation, Herbal Expo, Thai traditional medicine, Traditional medicine, CIPP Model, PMQA

บทนำ

การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ถูกกำหนดให้อยู่ในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศในประเด็นการท่องเที่ยวโดยสร้างคุณค่า มูลค่าเพิ่มให้กับสินค้าและบริการบนฐานของทุนทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีเอกลักษณ์ ส่งเสริมการจดทะเบียน การคุ้มครอง การใช้ทรัพย์สินทางปัญญาและภูมิปัญญาเพื่อสนับสนุน พัฒนาต่อยอดสู่การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ ได้แก่ อาหารไทย และการแพทย์แผนไทย เป็นต้น รวมไปถึงการเน้นสร้างความแตกต่างและความเป็นเอกลักษณ์จากการให้บริการตามแบบอย่างความเป็นไทยที่โดดเด่นในระดับสากล ร่วมกับการใช้องค์ความรู้และภูมิปัญญาไทยที่พัฒนาต่อยอดกับความคิดสร้างสรรค์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้าและบริการ โดยพัฒนายกระดับคุณภาพผลิตภัณฑ์ด้านแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐานระดับสากลและสอดคล้องกับความต้องการของตลาดเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์ โดยการวิจัย พัฒนานวัตกรรมต่อยอดให้เกิดสินค้าใหม่และการแปรรูปผลิตภัณฑ์ พร้อมสร้างความเชื่อมั่นของผู้บริโภคต่อผลิตภัณฑ์การแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังมีแผนที่เกี่ยวเนื่องกันคือแผนย่อยการท่องเที่ยวเชิงธุรกิจ มีเป้าหมายเพื่อทำให้ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางในการจัดการประชุมนานาชาติผ่านการส่งเสริมการจัดงานแสดงสินค้า การจัดกิจกรรมต่างๆ อันเป็นการดึงดูดกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีคุณภาพ อีกทั้งเป็นการสนับสนุนการพัฒนากลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมายของประเทศ โดยเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่นำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม และเป็นเวทีเจรจาการค้าและการลงทุนของธุรกิจที่เกี่ยวเนื่องกับอุตสาหกรรมเป้าหมาย[1]

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570)[2] หมุดหมายที่ 4 กำหนดให้

ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง กลยุทธ์ที่ 2 การผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพระดับโลก เน้นการผสานความโดดเด่นของอัตลักษณ์ความเป็นไทยกับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามเป้าหมายแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 รวมถึงแผนระดับ 3 ต่างๆที่เกี่ยวข้อง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570[3] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรไทย ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ให้เหมาะสมกับบริบท และสถานการณ์ต่างๆ สู่การปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนราชการและองค์กรเอกชนมีบทบาทอย่างสูงในการผลักดันให้สมุนไพรเป็นพลังขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรไทยในตลาดทั้งในและต่างประเทศอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ที่กำหนดเข็มมุ่ง “ประเทศไทยเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียภายในปี 2570” มีเป้าหมายที่สำคัญคือการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีความเป็นเลิศ และนำภูมิปัญญาสร้างคุณค่า โดยมีโครงการที่ขับเคลื่อนการดำเนินการหลายโครงการ และโครงการสำคัญที่ผลักดันให้การขับเคลื่อนนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก สมุนไพรเป็นที่รู้จัก เกิดความเชื่อมั่น ขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่เห็นผลลัพธ์เป็นรูปธรรม คือโครงการมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการมาแล้ว 20 ปี ตั้งแต่ปี 2547 ถึงปัจจุบัน โดยวัตถุประสงค์หลักในการจัดงานของกระทรวงสาธารณสุข คือ ต้องการแสดงคุณค่าและขีดความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้คนไทยและคนทั่วโลกมั่นใจในผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศไทย แม้โครงการดังกล่าวมีการดำเนินการมาอย่างยาวนานต่อเนื่อง แต่เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดรวม (Utimate Goal) ภายใต้แผนปฏิบัติราชการกรม พบว่า แนวโน้มการเลือกใช้ยาสมุนไพรในการดูแลตนเองของประชาชนมีแนวโน้มลดลง ดังแสดงผลลัพธ์ในปี 2560, 2562, 2564 และ 2566 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 3.3, 1.5, 1.48 และ 1.12 ซึ่งเป้าหมายปี 2566 กำหนดร้อยละ 2 และยังพบว่า แนวโน้มการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ดังแสดงผลลัพธ์ในปี 2560, 2562, 2564 และ 2566 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 2.67, 3.11, 4.58 และ 2.74 ซึ่งเป้าหมายปี 2566 กำหนดร้อยละ 5 (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2565)[4]

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามแผน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุดบรรลุเป้าหมายตามเข็มมุ่ง ที่วางไว้ จึงเป็นที่มาของการศึกษา“การประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี เพื่อยกระดับสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570” ที่มุ่งศึกษาการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ เพื่อนำไปสู่แนวทางการเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570” ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี เพื่อยกระดับสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี เพื่อยกระดับสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570
3. เพื่อให้ได้แนวทางยกระดับการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) คือ การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยการประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี เพื่อยกระดับสู่ การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชีย ในปี 2570 ได้ดำเนินตามหลักจริยธรรมงานวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครที่ร่วมโครงการ ภายใต้การควบคุมของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้ที่เดินทางมาชมงานที่ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี ในช่วงเวลา 28 มิถุนายน – 2 กรกฎาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้าร่วมชมงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติฯ ครั้งที่ 20 ในวันที่ 28 มิถุนายน – 2 กรกฎาคม 2566 ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ปฏิบัติ และผู้ประกอบการที่รับผิดชอบการจัดงาน และ/หรือมีส่วนร่วมในการจัดงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 1 - 20 (ปี 2547 - 2566)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามออนไลน์ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงทดสอบด้วยวิธีไค-สแควร์ (Chi-Square)[5] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งประกอบไปด้วยแบบสอบถามชนิดปลายปิด และแบบสอบถามชนิดปลายเปิด (Open-ended Questionnaires) ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกข้อมูลด้วยตนเอง

การวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) การวิเคราะหเชิงเนื้อหาตามเอกสาร โดยการสังเคราะห์การประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ตั้งแต่ครั้งที่ 1 - 19 (ปี พ.ศ. 2547 - 2565) ด้วยเอกสารสรุปรายงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ จำนวน 19 เล่ม โดยใช้ทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model[6]

2) การสัมภาษณเชิงลึก ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง กำหนดแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้กรอบการบริหารจัดการภาครัฐ[7] กับผู้ให้ข้อมูลหลัก และใช้กระบวนการวิเคราะห์ตีความและกลั่นกรองอย่างเป็นระบบ

ผลการวิจัย

การศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ 20 ปี (ปี 2547 – 2566)[8-26] ทั้งปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยด้านผลผลิต ผลลัพธ์ ผลวิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ มีดังนี้ (1) ความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชน (2) การสนับสนุนจากนโยบายรัฐบาล (3) นำเสนอองค์ความรู้ใหม่ (4) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และ (5) ทีมงานและกิจกรรมที่ดึงดูดตรงกับกระแสสังคม ผลวิจัยครั้งนี้นำไปสู่ ข้อค้นพบแนวทางการยกระดับการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570 และข้อเสนอนโยบายเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติให้บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

แนวทางการยกระดับการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570 ในประเด็นสำคัญ 6 ด้าน คือ

1) การนำองค์กร ผลวิจัยพบว่าทิศทางและนโยบายของการยกระดับงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ควรมุ่งสู่การพัฒนามาตรฐานสมุนไพรไทยให้ได้รับการยอมรับระดับสากล โดยเฉพาะในเอเชีย

ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสร้างผลิตภัณฑ์คุณภาพสูงเพื่อใช้ในด้านการแพทย์และอุตสาหกรรมสุขภาพ การทำงานร่วมระหว่างรัฐและเอกชนเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งการนำจุดเด่นการแพทย์แผนไทยและอาหาร เช่น Thai Traditional Diet มาขยายความสำคัญให้เกิดการรับรู้ในระดับเอเชียเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและเพิ่มโอกาสในตลาดต่างประเทศ จะช่วยให้ประเทศไทยมีศักยภาพในการแข่งขันในระดับโลก

2) การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการขับเคลื่อนนโยบายควรใช้กลยุทธ์ยกระดับความร่วมมือภาครัฐและเอกชน จะช่วยบูรณาการทรัพยากรทั้งจากภาครัฐและเอกชน โดยให้ภาคเอกชนรับผิดชอบการจัดงาน รวมถึงการหางบประมาณ การสนับสนุนทางการเงิน และการประชาสัมพันธ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดงานและลดภาระภาครัฐ สนับสนุน SME ด้วยการเชื่อมต่อกับสถาบันการเงิน วางแผนการขับเคลื่อนงานทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบอย่างทั่วถึง เน้นสื่อสารเชิงรุกผ่านกลยุทธ์การตลาดออนไลน์ สร้างการรับรู้กับเครือข่ายต่างประเทศผ่าน Road Show และภาครัฐควรให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายและวิจัย

3) ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลวิจัยพบว่า ควรสร้างความสนใจด้วยกิจกรรมเชิงวิชาการและการแสดงสินค้าในสถานที่ท่องเที่ยวที่เชื่อมต่อกับธรรมชาติเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยว และการจัดกิจกรรมจับคู่ธุรกิจ เพื่อขยายเครือข่ายและโอกาสทางธุรกิจ โดยเน้นความร่วมมือกับเครือข่ายอุตสาหกรรมต่างๆ เช่น สภาหอการค้าและ SME

4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ การวิจัยพบว่าปัจจุบันยังขาดระบบการรวบรวมข้อมูลและจัดการความรู้จากแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านเชี่ยวชาญที่มีประสิทธิภาพ จึงควรมีเทคโนโลยีการจัดเก็บความรู้จากแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน และจัดการความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรไทยอย่างเป็นระบบ และควรใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี เช่น AI และ Big Data ในการวิเคราะห์ตลาดและพฤติกรรมผู้เข้าร่วมงาน เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนางานมหกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรพัฒนาบุคลากรภาครัฐให้มีความรู้ด้านการตลาด การเจรจาธุรกิจ และการใช้เทคโนโลยี การฝึกอบรมทั้งในและต่างประเทศ เช่น จีน อินเดีย และเยอรมัน เพื่อเพิ่มทักษะและความเชี่ยวชาญด้านผลิตภัณฑ์และการวิจัย

6) การจัดการกระบวนการ ผลวิจัยพบว่ากระบวนการสำคัญในการยกระดับงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ คือ การจับคู่ธุรกิจ การใช้เทคโนโลยีเก็บข้อมูลและวิเคราะห์การเจรจาธุรกิจ การส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐและเอกชนอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผลและติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงงาน และการสนับสนุนงานวิจัยและนวัตกรรมในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร

จากผลวิจัยเพื่อให้แนวทางการยกระดับการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570 นำไปสู่การขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงมีข้อเสนอนโยบายเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติให้บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

ข้อเสนอนโยบายเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติให้บรรลุเป้าหมาย

เป้าหมาย : มุ่งสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชีย ภายในปี 2570

1) สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน KPI: เพิ่มประชาชนที่ใช้ยาสมุนไพรเป็นร้อยละ 4 (จากร้อยละ 1.12 ในปี 2566)

กลยุทธ์ 1: ยกระดับความร่วมมือกับภาคเอกชน การให้เอกชนเข้ามาร่วมขับเคลื่อนงาน มีส่วนร่วมในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และการตลาด เพื่อเพิ่มคุณภาพและความเชื่อมั่นในบริการและผลิตภัณฑ์สมุนไพร

กลยุทธ์ 2: ลงทุนวิจัยและนวัตกรรม เช่น นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาพัฒนาเป็นนวัตกรรมด้านสมุนไพร

เพื่อเพิ่มความทันสมัยและสร้างความน่าเชื่อถือระดับสากล

2) บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่เป็นเลิศ KPI: ประชาชนใช้บริการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9 (จากร้อยละ 2.74 ในปี 2566)

กลยุทธ์ 3: สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมกับประเทศต่างๆ จะช่วยให้ภูมิปัญญาไทยสามารถต่อยอดและประยุกต์ใช้ในบริบทที่กว้างขึ้น

กลยุทธ์ 4: การใช้เทคโนโลยีและข้อมูลเชิงลึก เช่น AI และ Big Data ในการวิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนาการบริการอย่างต่อเนื่อง

3) นำภูมิปัญญาสร้างคุณค่า KPI 1: เพิ่มมูลค่าการบริโภคสมุนไพรในประเทศเป็น 90,000 ล้านบาท (จาก 56,994.4 ล้านบาทในปี 2566) KPI 2: ติดอันดับ 3 ในมูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในเอเชีย

กลยุทธ์ 5: สร้างแบรนด์และประชาสัมพันธ์สมุนไพรไทยระดับสากล การนำเสนอเรื่องราวของภูมิปัญญาไทยผ่านกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือและดึงดูดผู้บริโภคทั้งในและต่างประเทศ

กลยุทธ์ 6: ประเมินและปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องจากข้อมูลเชิงลึก จะช่วยให้การพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์ตรงกับความต้องการของประชาชน ช่วยวิเคราะห์ผลทางธุรกิจได้อย่างแม่นยำ และสามารถติดตามผลการเจรจาทางธุรกิจหลังจบงานได้อย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ 7: ผู้นำเทรนด์สุขภาพโลก การให้ความสำคัญกับการนำเสนอคุณค่าของภูมิปัญญาไทยด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่สอดคล้องกับความต้องการตลาด และเทรนด์สุขภาพโลก จะช่วยยกระดับความเชื่อถือและความน่าเชื่อถือของสมุนไพรไทยในระดับนานาชาติ

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติได้รับการวางแผนโดยยึดหลัก แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีเป้าหมายในการทำให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ดั้งเดิมในเอเชียภายในปี 2570 โดยนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร เป็นจุดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาให้เกิดความเชื่อมั่น มีบริการที่ได้มาตรฐาน ภูมิปัญญาสร้างคุณค่า การดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติเป็นปลายทางที่แสดงผลผลิต ผลลัพธ์ จากผลวิจัยแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการความสำเร็จของการจัดงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติทั้ง 20 ครั้ง และพร้อมต่อการพัฒนายกระดับสู่เป้าหมายที่สูง และท้าทายขึ้น ไม่ว่าจะเป็น**ด้านบริบท** มีปัจจัยแวดล้อมเชิงบวกที่ส่งผลต่อการพัฒนา มีการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐด้านนโยบาย และองค์กรเอกชนหลายหน่วยงาน การตื่นตัวของประชาชนต่อการดูแลสุขภาพ ความนิยมในภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวทางของแผนระดับต่างๆ ได้แก่ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ[1] ประเด็น (03) การเกษตร ส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรให้เป็นพืชเศรษฐกิจ ประเด็น (05) การท่องเที่ยว ส่งเสริมให้ไทยเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงธุรกิจ ครอบคลุมการจัดประชุมและนิทรรศการ การจัดงานแสดงสินค้า อีกทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่นำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม เป็นต้น ส่วน**ด้านผลผลิต ผลลัพธ์** ซึ่งจะสะท้อนด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ ผลวิจัยพบว่าใน**มิติการขับเคลื่อนนโยบาย** งบประมาณในการจัดงานมีความแตกต่างกันไปในแต่ละปี ต่ำสุด 4.445 ล้านบาทในปีแรก สูงสุด 31.20 ล้านบาท ขึ้นอยู่กับจุดเน้นนโยบาย การมีส่วนร่วม การสมทบงบประมาณจากองค์กรสนับสนุนทุน และองค์กรร่วมจัดงาน ซึ่งมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน จำนวน

ตั้งแต่ 7 หน่วยงาน ถึง 30 หน่วยงาน สอดคล้องกับผลวิจัยของ วิทยา ไชยเทพ (2551)[27] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้เกิดความสอดคล้องและเหมาะสมกับพื้นที่ ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยงบประมาณไม่ได้ส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อการเพิ่มขึ้น หรือลดลงของผู้เข้าชมงาน โดยรวมของจำนวนผู้เข้าชมงานมีแนวโน้มคงที่อยู่ในช่วง 200,000-300,000 คน จากผลวิจัยความคิดเห็นของผู้เข้าชมงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 20 สะท้อนให้เห็นถึงความนิยมต่อนโยบายด้านสมุนไพร การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า ผู้มางานส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อายุช่วง 40-60 ปีขึ้นไป จบปริญญาตรี อาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัวหรือวิชาชีพอิสระ รายได้อยู่ในช่วง 20,000-40,000 บาทต่อเดือน มีความตั้งใจในการมาร่วมงาน และมามากกว่า 5 ครั้ง เหตุผลของการเข้าร่วมงานเน้นมาหาซื้อยา สมุนไพร สินค้าและอาหารสุขภาพ มีความพึงพอใจในโซนนวัตกรรม วิจัยและพัฒนา และมีความพึงพอใจของมาตรฐานการให้บริการและผลิตภัณฑ์ในระดับดีมาก ผู้เข้าร่วมชมงานส่วนใหญ่พึงพอใจการเข้าถึงข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ในดับดีมาก และอยากแนะนำบอกต่อให้ผู้อื่นมาร่วมงานโซนภูมิปัญญาไทย และโซนสุขภาพมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (2551)[28] ได้ศึกษาการประเมินผลการจัดงาน OTOP City ครั้งที่ 1-5 ด้านการทราบข่าวประชาสัมพันธ์ พบว่า ผู้ชมงานส่วนใหญ่ทราบข่าวการจัดงานฯ ผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุด และสอดคล้องกับผลวิจัยของชลอรัตน์ ศิริเขตรกรณ์ (2562)[29] พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด แสดงถึงความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติจริงตามแนวคิดของ Pressman and Wildavsky (1973)[30] ที่กล่าวว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ ลุล่วง ครบถ้วน เกิดผลผลิต และสมบูรณ์ในทุกด้านตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ **มิติวิชาการและการถ่ายทอดความรู้** กิจกรรมที่ทำให้เกิดการพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก คือการจัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยงานภายในประเทศ และระหว่างประเทศ พบว่า มีผู้สนใจเข้าประชุมวิชาการเฉลี่ย 4,243 คนต่อช่วงการจัดงาน หรือร้อยละ 2 ของผู้เข้าร่วมงานทั้งหมด โดยมากที่สุด ในปีที่ 17 จำนวน 14,704 คน หรือ ร้อยละ 10 ของผู้เข้าร่วมงานทั้งหมด ซึ่งมีการปรับรูปแบบให้มีการประชุมแบบ Online ร่วมด้วย มีจำนวนผลงานวิชาการเฉลี่ย 69 เรื่องต่อช่วงการจัดงาน มากที่สุด 107 เรื่อง ในปีที่ 17 แนวโน้มยังไม่คงที่ เมื่อเปรียบเทียบผลวิจัยจากสำนักการวิจัยแห่งชาติ[31] ซึ่งมีผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัลในปี 2565 และ 2566 จำนวน 157 รางวัล และ 165 รางวัลตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกอบรมระยะสั้นเพื่อเผยแพร่ความรู้และนวัตกรรม มีหลักสูตรให้ประชาชนฝึกอบรมฟรี จำนวน 10-48 หลักสูตร ส่วนใหญ่เน้นให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ดูแลสุขภาพตนเอง หรือประกอบอาชีพเสริมได้ เช่น การทำยาหม่อง การทำลูกประคบ การทำอาหารสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งได้รับความสนใจจากประชาชนอย่างมาก จำนวนหลักสูตรที่หลากหลาย กระตุ้นความสนใจประชาชนเพิ่มขึ้น ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง ร้อยละ 8-29 โดยภาพรวมของจำนวนผู้เข้าอบรมระยะสั้นเฉลี่ย 3,550 คนต่อปี สอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ[1] ประเด็น (13) การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี แผนย่อย การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ และแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์แผนไทยฯ SMART Wisdom[4] สร้างงาน สร้างอาชีพ เสริมสร้างเศรษฐกิจชุมชน และคุณภาพชีวิตประชาชน ผลงานวิจัยที่นำเสนอในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติไม่เพียงแต่เป็นการเผยแพร่ความรู้ แต่ยังสามารถนำไปสู่การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่ตอบสนองความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ และทำให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยเป็นที่ยอมรับในระดับสากล **มิติการมีส่วนร่วม ความเข้มแข็งของเครือข่ายจัดงาน** ผลวิจัยพบว่า จำนวนองค์กรสนับสนุนทุน และจำนวนองค์กรภาคี ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไร มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความเข้มแข็งของ

ภาคีเครือข่ายในการจัดงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติมีความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น รักษาการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนการมีส่วนร่วมพบว่าระหว่างภาครัฐ : องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร : ภาคเอกชน เท่ากับ 82.5% : 10.5% : 7.9% สอดคล้องกับงานวิจัยของคณะกรรมการอำนวยการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์แห่งชาติ (2545)[32] พบว่าความสำเร็จของโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ ร้อยละ 94.51 เกิดจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ชุมชนเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจชุมชนฐานราก ทั้งนี้หากต้องการยกระดับการจัดงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติควรเพิ่มสัดส่วนการมีส่วนร่วมกับภาคเอกชนให้มากขึ้น **มิติการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ** ผลวิจัยพบว่า รายได้รวมเฉลี่ย 227 ล้านบาทต่อช่วงการจัดงาน ช่วงปีที่เกิดมูลค่าทางเศรษฐกิจสูงที่สุด คือ ปีที่ 19 (พ.ศ. 2565) และปีที่ 15 (พ.ศ. 2561) โดยมีรายได้รวม 391.40 ล้านบาท และ 330.50 ล้านบาท ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ทำให้รายได้เพิ่มขึ้น พบว่า ในปี 2561 เป็นการบูรณาการการจัดงานร่วมกับ งาน 100 ปีการสาธารณสุขไทยและมีจำนวนร้านค้าเข้าร่วมมากที่สุดถึง 568 บูท ส่วนในปี 2565 ขับเคลื่อนด้วยธีม “สร้างเศรษฐกิจไทย ด้วยกัญชาไทย นวดไทย อาหารไทย” ซึ่งเป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของนักธุรกิจทั้งชาวไทยและต่างประเทศ ทำให้สร้างมูลค่าเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าถึง ร้อยละ 216 และพบว่ารายได้ส่วนใหญ่มาจากการจับคู่ธุรกิจ โดยในการจัดงานครั้งที่ 19 และ 20 มี สัดส่วนสูงถึง 89% และเมื่อเปรียบเทียบงบประมาณที่ใช้จัดงาน ต่อรายได้ภาพรวม 6 ปีที่มีการเก็บข้อมูล พบว่าใช้งบประมาณดำเนินการทั้งสิ้น 104.80 ล้านบาท มีรายได้รวม 1,366.80 ล้านบาท คิดเป็น 13 เท่า ของการลงทุนภาพรวม เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน พบว่าคณะกรรมการอำนวยการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์แห่งชาติ (2545)[32] ได้ศึกษา “การประเมินผลมหกรรม หนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์” ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม 2545 - วันที่ 2 มิถุนายน 2545 มีจำนวนร้านค้าเข้าร่วม 714 ร้าน มูลค่าจากการจับคู่ธุรกิจ 51.9072 ล้านบาท มูลค่าจากการซื้อสินค้าภายในงาน 153.1085 ล้านบาท สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม(2551)[28] ได้ศึกษาการประเมินผลเปรียบเทียบการจัดงาน OTOP City ครั้งที่ 1-5 ผลการศึกษาพบว่า ใช้งบประมาณรวมทั้งสิ้น 1,017.85 ล้านบาท มีผู้ประกอบการที่ได้รับประโยชน์จากการจัดงานฯ จำนวนรวม 24,679 กลุ่ม สามารถสร้างรายได้ให้กับผู้ประกอบการ OTOP เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 3,931.1726 ล้านบาท คิดเป็น 4 เท่า ของการลงทุนภาพรวม นอกจากนี้กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ[33] แถลงความสำเร็จของการจัดงานแสดงสินค้าอาหารและเครื่องดื่ม “THAIFEX – ANUGA ASIA 2023” เมื่อวันที่ 23 - 27 พฤษภาคม 2566 รวม 5 วัน บนพื้นที่กว่า 130,000 ตารางเมตร ที่อิมแพ็ค เมืองทองธานี จากการประเมินผลพบว่า มีผู้ซื้อและผู้นำเข้าจากประเทศต่างๆ 133 ประเทศทั่วโลก (รวมไทย) เดินทางมาเข้าชมงาน 131,039 คน มีผู้เข้าร่วมงาน 3,034 บริษัท บริษัทไทย 1,109 บริษัท และบริษัทต่างประเทศ 1,925 บริษัท รวมเป็น 5,859 คูหา จาก 45 ประเทศ มูลค่าการซื้อขายจากการจัดงานรวม 120,002.09 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 81.36% เป็นการซื้อขายทันที 1,402.06 ล้านบาท โดยซื้อขายภายใน 1 ปี 118,600.03 ล้านบาท หมวดสินค้าบริการที่ซื้อขายมากที่สุด 5 ลำดับแรก ประกอบด้วย อาหาร (Fine Food) ผักและผลไม้ เทคโนโลยีด้านอาหาร และการให้บริการด้านอาหาร จะเห็นได้ว่างาน THAIFEX สามารถเป็นตัวอย่างของการยกระดับมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติได้ **ด้านปัญหาอุปสรรค** พบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องการบริหารจัดการ ได้แก่ งบประมาณจำกัด การประสานงานที่ไม่ชัดเจน พื้นที่จำกัด ขาดบุคลากรในการขับเคลื่อนงาน แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายการดำเนินงานภาพรวม ซึ่งทอง พันทอง(2548)[34] ได้ศึกษาเรื่อง “การประเมินประสิทธิผลการให้บริการในโครงการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าฯ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคสำคัญเร่งด่วนในการดำเนินงานตามนโยบายในแต่ละด้าน คือ ด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านงบประมาณ ด้าน

บุคลากร เช่นกัน **ด้านปัจจัยความสำเร็จ** ผลวิจัยพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ดังนี้ (1) ความร่วมมือจากหลายฝ่าย (2) การสนับสนุนจากนโยบายรัฐ (3) การจัดการองค์ความรู้ โดยนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งตรงกับข้อเสนอผลวิจัยของ ฤทธิรงค์ อัญจะนะ และวิภาวดี ลี้มิ่งสวัสดิ์ (2559)[35] ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย พบว่า คนไทยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ ทางเลือกอยู่ในระดับควรปรับปรุง จึงมีความจำเป็นที่จะเสริมสร้างความรู้ ส่งเสริมการสร้างทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกให้กับคนไทย (4) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (5) ธีมงานและกิจกรรมที่ดึงดูด ตรงกับกระแสสังคม ทั้งนี้ผลวิจัยครั้งนี้นำไปสู่**ข้อค้นพบแนวทางการยกระดับการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปี 2570** ในประเด็นสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านการนำองค์กร มุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานในระดับสากล ส่งเสริมเทคโนโลยีและนวัตกรรมในผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน และขยายความสำคัญไปยังการแพทย์ดั้งเดิม และอาหารแบบ Thai Traditional Diet สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570[3]การส่งเสริมบทบาทของสมุนไพรผ่านภาพลักษณ์อาหารไทย จากครัวไทยสู่ครัวโลก การพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการแข่งขันของ SMEs ผลิตภัณฑ์สมุนไพรด้วยฐานงานวิจัยและนวัตกรรม โดยเน้นครอบคลุมตลาดในประเทศทั่วทุกภูมิภาค และขยายไปยังประเทศเพื่อนบ้าน (CLMV) (2) ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ใช้กลยุทธ์ยกระดับความร่วมมือกับภาคเอกชน และสถาบันการเงินขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐ วางแผนระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว การสื่อสารเชิงรุก เช่น Road Show ในต่างประเทศ (3) ด้านผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มุ่งเป้าการจับคู่ธุรกิจ การดึงดูดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม และ SME จัดนิทรรศการและกิจกรรมที่หลากหลาย จัดงานในสถานที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติและสุขภาพ (4) ด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ เน้นการใช้ข้อมูลยอดขายและผลการเจรจาธุรกิจมาพัฒนารูปแบบการจัดงาน ใช้เทคโนโลยี AI และ Big Data เพื่อวิเคราะห์ผู้บริโภคและตลาด (5) ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล เน้นพัฒนาบุคลากรภาครัฐให้มีความรู้ ทักษะในด้านการตลาด การเจรจาธุรกิจ การใช้เทคโนโลยีและการวิเคราะห์ข้อมูล การส่งบุคลากรฝึกอบรมในต่างประเทศเพื่อพัฒนาทักษะการวิจัย และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ (6) ด้านการจัดการกระบวนการ ที่สำคัญคือ การจับคู่ธุรกิจ และการแบ่งโซนสินค้าและบริการให้ง่ายต่อการจับคู่ธุรกิจ ซึ่งตรงกับความสำเร็จของการจัดงานแสดงสินค้าอาหารและเครื่องดื่ม “THAIFEX – ANUGA ASIA 2023”[33] การประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน การติดตามและประเมินผลหลังการจัดงาน และส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม รวมถึงการปรับโครงสร้างคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนายกระดับงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติให้เกิดได้จริง สอดคล้องกับผลวิจัยของนวพร แสงหนุ่ม (2544)[36] ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีประสิทธิผลต่อการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ คือด้านโครงสร้างระบบงาน ซึ่งแนวทางการยกระดับการดำเนินงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติเป็นไปตามหลักการของเกณฑ์ PMQA[7] ที่เชื่อมโยงกับระบบราชการ 4.0 ทุกหมวด แต่มีจุดเน้น ที่หมวด 1 การนำองค์การ ผู้บริหารของส่วนราชการ จะต้องมีวิสัยทัศน์ในเชิงยุทธศาสตร์ มุ่งเน้นประโยชน์สุขของประชาชน หมวด 3 ส่วนราชการต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงความต้องการของประชาชน ใช้กระบวนการความคิดเชิงออกแบบ ในลักษณะที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม หมวด 4 การรวบรวมข้อมูล สารสนเทศ การแบ่งปันข้อมูล บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ตอบสนองในเชิงรุก และสอดรับกับความต้องการของประชาชน หมวด 6 ทุกกระบวนงานมีความเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการออกแบบการทำงานจากต้นน้ำถึงปลายน้ำ

มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มาทดแทนการทำงานในรูปแบบเก่า โดยมี**ข้อเสนอนโยบายเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติให้บรรลุเป้าหมาย** รวม 7 กลยุทธ์ ดังนี้ กลยุทธ์ที่ 1 การส่งเสริมความร่วมมือกับภาคเอกชน กลยุทธ์ที่ 2 การส่งเสริมนวัตกรรมและการวิจัย สอดคล้องกับผลวิจัยของสรวิชญ์ เปรมชื่น (2559)[37] ที่ได้ศึกษาเรื่อง “คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในระบบราชการไทย” พบว่า การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับหน่วยงานภายนอกจะมีขีดความสามารถในการเพิ่มการบริการงานที่มีนวัตกรรมได้ (Innovation services) กลยุทธ์ที่ 3 การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ กลยุทธ์ที่ 4 การใช้เทคโนโลยีและข้อมูลเชิงลึก กลยุทธ์ที่ 5 การสร้าง แบรนด์และการประชาสัมพันธ์เชิงรุก สอดคล้องกับผลวิจัยของ กฤษฎา มอมุงคุณ และ บุหงา ชัยสุวรรณ (2558)[38] ได้ศึกษากระบวนการสื่อสารและการสร้างการยอมรับการแพทย์แผนไทย ผลการวิจัยพบว่า การวางแผนการสื่อสารการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบการแพทย์แผนไทยมีการวางแผนการสื่อสาร โดยใช้สื่อหลากหลายรูปแบบทำให้สามารถให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายขององค์กรได้อย่างทั่วถึง กลยุทธ์ที่ 6 การประเมินผลและการพัฒนาต่อเนื่อง และกลยุทธ์ที่ 7 ผู้นำเทรนด์สมุนไพรโลก ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13[2] หมุดหมายที่ 1 ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรมูลค่าสูง กลยุทธ์ที่ 2 การส่งเสริมการผลิตและการขยายตัวของตลาด ของสินค้าเกษตรและผลิตภัณฑ์เกษตรแปรรูปที่มีมูลค่าเพิ่มสูง และหมุดหมายที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง กลยุทธ์ที่ 2 การผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพระดับโลก และกลยุทธ์ที่ 3 การสร้างมูลค่าเพิ่มให้อุตสาหกรรมทางการแพทย์และสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

บทสรุปที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปพัฒนาการดำเนินงานสู่การเป็นผู้นำการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชีย มีดังนี้ (1) การสร้างและขยายความร่วมมือในหลายมิติเพื่อการขยายตลาดสากล การเพิ่มช่องทางจำหน่าย รวมทั้งการกระจายประโยชน์สู่ชุมชน (2) การสร้างความเชื่อมั่น โดยการวิจัยและนวัตกรรมที่ผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ตอบสนองเทรนด์สุขภาพ และ (3) การสร้างภาพลักษณ์ของงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติที่เข้มแข็ง การส่งเสริมตราสินค้าประเทศ (Thailand Branding) เพื่อสร้างความโดดเด่นในเวทีโลก

เอกสารอ้างอิง

1. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 - 2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 140 ตอนพิเศษ 51 ง,หน้า 4; 6 กุมภาพันธ์ 2566.
2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 258 ง, หน้า 1; 24 ตุลาคม 2565.
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570 [อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2565. เข้าถึงได้จาก: https://www.dtam.moph.go.th/index.php/th/news/dtam-news/7816-pr1463.html
4. กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)
5. Cronbach WG. *Sampling Techniques*. 3rd ed. New York: John Wiley and Sons Inc; 1977.
6. วรเดช จันทรศร, ไพโรจน์ ภัทรนรากุล. *การประเมินผลในระบบเปิด*. กรุงเทพฯ: โครงการเอกสารและตำรา สมาคมรัฐประศาสตร์ นิด้า; 2541.
7. สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการ. *การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ* [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 21 พฤษภาคม 2567. เข้าถึงได้จาก https://www.opdc.go.th/content/Nzc
8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานผลการจัดงาน “มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้ง

ที่ 1" การประชุมวิชาการและงานชุมนุมการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ 1. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* 2547;2(3):90-104.

9. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. *รายงานผลการจัดงาน "มหกรรมสมุนไพร*แห่งชาติ ครั้งที่ 2".
10. ประพจน์ เภตรากาศ, อภิญญา ตันทวีวงศ์, รัชนี จันทร์เกษ. *สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่3*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
11. ประพจน์ เภตรากาศ, รัชนี จันทร์เกษ, อภิญญา ตันทวีวงศ์. *สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่* 4. กรุงเทพฯ:
สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
12. ประพจน์ เภตรากาศ, รัชนี จันทร์เกษ, อภิญญา ตันทวีวงศ์. *สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่* 5. กรุงเทพฯ:
สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
13. ประพจน์ เภตรากาศ, รัชนี จันทร์เกษ, อภิญญา ตันทวีวงศ์, และคณะ. สรุปรายงานงานมหกรรมสมุนไพร กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
14. ประพจน์ เภตรากาศ, รัชนี จันทร์เกษ, อภิญญา ตันทวีวงศ์, และคณะ. *สรุปรายงานงานมหกรรมสมุนไพร*แห่งชาติ *ครั้งที่ 7.* กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
15. ประพจน์ เภตรากาศ, รัชนี จันทร์เกษ, อภิญญา ตันทวีวงศ์, และคณะ. *สรุปรายงานงานมหกรรมสมุนไพร*แห่งชาติ *ครั้งที่ 8*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
16. วงเดือน จินดาวัฒนะ, รัชนี จันทร์เกษ, อภิญญา ตันทวีวงศ์, และคณะ. *สรุปรายงานงานมหกรรมสมุนไพร*แห่งชาติ *ครั้งที่ 9.* กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2556.
17. วงเดือน จินดาวัฒนะ, อภิญญา ตันทวีวงศ์, สุพินดา กิจทวี, และคณะ. *สรุปรายงานงานมหกรรมสมุนไพร*แห่งชาติ *ครั้งที่ 10.* กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2557.
18. ผลิดา สนธิ์สุวรรณ, สุพินดา กิจทวี, รัตนา พงษ์วานิชอนันต์, และคณะ. *สรุปรายงานงานมหกรรมสมุนไพร*แห่งชาติ *ครั้งที่ 11*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
19. ผลิดา สนธิ์สุวรรณ, ชัยวัฒน์ จงรอดน่วม, รัชนี จันทร์เกษ, รัตนา พงษ์วานิชอนันต์, และคณะ. *สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 12*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
20. กองพัฒนาและบริการวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. *สรุปรายงาน งาน มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 13*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
21. กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. *สรุปรายงานงานมหกรรม สมุนไพรแห่งชาติ และการประชุมวิชาการประจำปี การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ 14*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
22. อัญชลี จูฑะพุทธิ, รัชนี จันทร์เกษ, บรรณาธิการ. *สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 15*. กรุงเทพฯ: บริษัท แกรนด์พ้อยท์ จำกัด; 2561.
23. รัชนี จันทร์เกษ, ดวงแก้ว ปัญญาภู. *สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 16*. กรุงเทพฯ: บริษัท แกรนด์พ้อยท์ จำกัด; 2562.
24. รัชนี จันทร์เกษ, สุพิญญา เกิดโถ, ดวงแก้ว ปัญญาภู. *สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่* 17. กรุงเทพฯ
: พุ่มทอง; 2564.
25. รัชนี จันทร์เกษ, มนทิพา ทรงพานิช, สุพิญญา เกิดโถ, ดวงแก้ว ปัญญาภู. *สรุปรายงาน งานมหกรรม*สมุนไพร แห่งชาติ
ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: พุ่มทอง; 2565.
26. รัชนี จันทร์เกษ, มนทิพา ทรงพานิช, สุพิญญา เกิดโถ, ดวงแก้ว ปัญญาภู. *สรุปรายงาน งานมหกรรม*สมุนไพร แห่งชาติ
ครั้งที่ 19. กรุงเทพฯ: พุ่มทอง; 2565.

27. วิทยา ไชยเทพ. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการธนาคารหมู่บ้านป่าไผ่กลาง หมู่ 7 ตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง
จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
28. สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. การประเมินผลการจัดงาน OTOP City ครั้งที่ 5 วันที่ 14 - 21 ธันวาคม 2550 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 21 พฤษภาคม 2567, จาก https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/587463; 2551.
29. ชลอรัตน์ ศิริเขตรกรณ์. ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร* 2562;13(2):111-122.
30. อลงกต แผนสนิท. การนำนโยบายไปปฏิบัติตามหลักธรรมาภิบาลของราชการส่วนภูมิภาคในจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2557.
31. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. ประกาศผลรางวัลการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 23 พฤษภาคม 2567, จาก https://www.nrct.go.th/fund
32. คณะกรรมการอำนวยการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์แห่งชาติ. รายงานการประเมินผล “มหกรรม หนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์” ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม - วันที่ 2 มิถุนายน 2545 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 21 พฤษภาคม 2567. เข้าถึงได้จาก: https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/417156
33. กองบรรณาธิการ Online newstime. ผลจัดงานแสดงสินค้าอาหาร THAIFEX-ANUGA ASIA 2023 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 23 พ.ค. 67. เข้าถึงได้จาก: https://www.onlinenewstime.com/the-result-of-the-food-exhibition-thaifex-anuga-asia-2023-money-flowing-over-120k-million-baht/pr-news/
34. ทอง พันทอง. การประเมินประสิทธิผลโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
35. ฤทธิรงค์ อัญจะนะ, วิภาวดี ลี้มิ่งสวัสดิ์. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ.* 2559; 17(2): 70-83.
36. นวพร แสงหนุ่ม. ประสิทธิผลในการดำเนินงานองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
37. สรวิชญ์ เปรมชื่น. คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในระบบราชการไทย. *วารสารสำนักงานผู้ตรวจการ*แผ่นดิน. 2559; 9(1): 38-57.
38. กฤษฎา มอมุงคุณ, บุหงา ชัยสุวรรณ. กระบวนการสื่อสารและการสร้างการยอมรับการแพทย์แผนไทย. *วารสารการสื่อสารและการจัดการ นิด้า* 2558;1(3):37-58.

การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ

The Development of Model for Solving Road Accident Problems of Local Road Safety Operations Center Committee, Buengkan Province.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

คำไฝ พลสงคราม[1] สิทธินนท์ หาญจริง[2]
Khamfai Polsongkram[1] Sittinon Hanjing[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การรับรู้บทบาท และการมีส่วนร่วม 2) เพื่อสร้าง “รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน” ของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential statistic) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้ Repeated-measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า จากระยะที่ 1 และ 2 มีรูปแบบในการดำเนินการพัฒนา จำนวน 7 กิจกรรม คือ 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีม 2) ฝึกการการสื่อสาร 3) ฝึกการเรียนรู้พัฒนาบุคคลและทีมงาน (Life Position) 4) กลุ่มสัมพันธ์ 5) ฝึกการบริหารความขัดแย้ง 6) ฝึกการคิดต่างกันสร้างสรรค์องค์การ และ 7) กิจกรรมพี่เลี้ยง ซึ่งผลที่ได้จากระยะที่ 3 หลังการทดลอง พบว่าจากการพัฒนาภาวะผู้นำ การรับรู้บทบาท และการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลลัพธ์โดยตรงที่ทำให้สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่นลดลง

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ, อุบัติเหตุทางถนน, คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น

ABSTRACT

This research was research and development study with three main objectives: 1) to examine factors influencing the resolution of local road accident issues in Bueng Kan Province, focusing on leadership, role perception, and participation; 2) to develop a "Model for Road Accident Problem-Solving" for the Local Road Safety Operations Center Committee in Bueng Kan Province; and 3) to test and evaluate the effectiveness of this model developed for the committee. The research process is divided into three phases. Data analysis involves descriptive statistics, inferential statistics, and mean comparisons using Repeated Measures ANOVA with a significance level set at 0.05. Qualitative data is analyzed using content analysis.

The results showed that, from phases 1 and 2, a development model consisting of seven activities was established: 1) teamwork, 2) communication training, 3) personal and team development (Life Position), 4) group relations, 5) conflict management training, 6) fostering creative organizational thinking, and 7) mentoring activities. Results from phase 3, after experimentation, indicated that enhancements in leadership, role perception, and participation significantly increased the operational efficiency of the Local Road Safety Operations Center Committee at a statistical significance level of 0.05. Additionally, the developed model directly contributed to a reduction in local road accident rates.

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
[2] จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน สสอ.โซ่พิสัย

Keywords : Model Development, Road Traffic Accidents, Local Road Safety Operations Center Committee

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่องค์การสหประชาชาติมุ่งแก้ปัญหามาอย่างต่อเนื่อง ปี ค.ศ.2018 จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า ปัจจุบันจำนวนผู้เสียชีวิตการอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกต่อปีสูงขึ้นเป็น 1.35 ล้านคน คิดเป็นค่าเฉลี่ยวันละ 3,700 คน ดังนั้น การดำเนินการตามทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ปี ค.ศ. 2011-2020 และเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ปี ค.ศ. 2030 ข้อที่ 3.6 ที่ตั้งเป้าลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนลงครึ่งหนึ่ง จึงยังไม่สำเร็จบรรลุผลตามเป้าหมายในปัจจุบัน

สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมประเทศมีแนวโน้มลดลง อย่างต่อเนื่อง ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 16,957 ราย (จากข้อมูล 3 ฐานของ กรมควบคุมโรค) ลดลงจากปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 4.9 รายงานดังกล่าวนี้เป็นการวิเคราะห์สถิติอุบัติเหตุทางถนนในระดับประเทศจากข้อมูลผู้ประสบอุบัติเหตุ 3 ฐาน ข้อมูลหลัก (ข้อมูล 3 ฐาน) จากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด แต่ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้[11] ข้อมูลการตายจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดบึงกาฬ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2560 – 2565) เพิ่มขึ้น คือ 17.86 ต่อแสนประชากร (76 ราย) ,22.44 ต่อแสนประชากร (94 ราย) ,20.98 ต่อแสนประชากร (89 ราย) , 25.36 ต่อแสนประชากร (107 คน) , 34.96 ต่อแสนประชากร (146 ราย) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต เป็นเพศชายร้อยละ 63.08/82.72 เพศหญิงร้อยละ 36.96/17.28 ช่วงอายุที่บาดเจ็บมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 10 - 19 ปี ร้อยละ 31.30 ช่วงอายุที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 20 - 29 ปี ร้อยละ 25.92 ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ ได้แก่รถจักรยานยนต์เกิดเหตุมากที่สุด ร้อยละ 83.83/75.31 โดยกลุ่มผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 94.96/90.91 กลุ่มผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตจากรถยนต์ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 85.11/100 เป็นผู้ขับขี่บาดเจ็บ/เสียชีวิต ร้อยละ 75.61/77.78 ผู้โดยสารบาดเจ็บ/เสียชีวิตร้อยละ 18.79/7.41 คนเดินเท้าบาดเจ็บ/เสียชีวิต 1.96/4.54 เป็นคนในพื้นที่บาดเจ็บ/เสียชีวิต 97.58/6.17 การดื่มแล้วขับบาดเจ็บ/เสียชีวิตร้อยละ 22.87/22.22 ไม่ดื่มสุราบาดเจ็บ/เสียชีวิตร้อยละ 77.13/77.78 โทรขณะขับบาดเจ็บ/เสียชีวิต ร้อยละ 3.38/0.50 การใช้สารเสพติดขณะขับรถบาดเจ็บ/เสียชีวิตร้อยละ 1.26/2.63 พฤติกรรมเสี่ยงขณะขับขี่ 1)เบรกรถกระชั้นชิดร้อยละ 46.67 2) เปิดไฟเลี้ยวกระชั้นชิด/เลี้ยวไม่มองทางร้อยละ 20.00 3)ขับรถตัดหน้ารถคนอื่นร้อยละ 6.67 พฤติกรรมเสี่ยงจากกายภาพบังคับ 1)ขับรถยอนศรร้อยละ 33.33 2)แซงในเขตห้ามแซงร้อยละ 13.33 3)จอดรถในที่ห้ามจอดร้อยละ 6.67 ช่วงเวลาที่เกิดเหตุบาดเจ็บ/เสียชีวิต คือ 15.00 - 19.00 น. ร้อยละ 29.91/24.71 สถานที่เกิดเหตุบาดเจ็บ คือ ถนนในหมู่บ้าน/เขต ทต./อบต.ร้อยละ 40.97 และและเสียชีวิตมากที่สุด คือ ถนนทางหลวงร้อยละ 54.61 ในด้านการตรวจสภาพรถ 1)ต่อภาษีรถประจำปี คิดเป็นร้อยละ 80 2)ตรวจสอบสภาพการพร้อมใช้งานของรถ/ยานพาหนะ คิดเป็นร้อยละ 87 และในด้านอาชีพของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเกษตรกรรมร้อยละ 30.27 นักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 26.26 และผู้ใช้แรงงานร้อยละ 16.26 ในด้านการนำส่งผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) ทุกประเภทร้อยละ 21.15 มาเองร้อยละ 18.12 ผู้พบเหตุ/ญาติ ร้อยละ 51.85 เจ้าหน้าที่ตำรวจ ร้อยละ 0.39 เสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 68.14 เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 27.65 และเสียชีวิตขณะนำส่ง ร้อยละ 4.21 ของผู้เสียชีวิต

ทั้งหมด สถานที่ที่เป็นจุดอันตราย ได้แก่ ทางโค้ง ทางแยก และสภาพถนนชำรุด หรือ ลื่น[12]

นอกจากนี้จังหวัดบึงกาฬยังมีปัจจัยเสริมสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ การขยายตัวอย่างรวดเร็วของความต้องการใช้รถใช้ถนน เนื่องจากมีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดหลายแห่ง แต่โครงสร้างด้านวิศวกรรมจราจรไม่ได้ถูกปรับปรุงตามการเจริญเติบโตของจังหวัด และจากการขาดความรับผิดชอบของผู้ประกอบการในการขนถ่ายยางพาราจากสวนไปยังโรงงานยางพาราในพื้นที่ ไม่จัดให้มีภาชนะรองรับน้ำยางพาราขณะขนถ่าย ทำให้น้ำยางพาราหกเรี่ยราดตามถนน ครั้นเมื่อฝนตกลงมาทำให้เกิดถนนลื่น ทำให้รถที่สัญจรไปมาหากไม่มีความระมัดระวังก็จะทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง แม้ที่ผ่านมาจังหวัดบึงกาฬ มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอย่างต่อเนื่อง แต่ในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมายังคงเห็นผลไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นการแก้ไขตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดพี่น้องประชาชนในพื้นที่มากที่สุด มีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะให้กับพี่น้องประชาชนให้ได้รับบริการขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ผู้บริหารองค์กรขาดภาวะผู้นำในการที่จะนำพาหรือแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ขาดการรับรู้บทบาทของตัวเองในภารกิจที่ได้รับมอบหมาย และที่สำคัญการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในพื้นที่ยังมีน้อยอยู่ อาจจะแยกบทบาทที่ได้รับมอบหมายไม่ชัดเจนทั้งฝ่ายท้องถิ่นและฝ่ายท้องที่ ส่งผลต่อการแก้ปัญหาต่างๆ ในพื้นที่ด้วยปัญหาตามปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนขึ้นใหม่โดยใช้รูปแบบกระบวนการพัฒนาเพื่อสร้างการรับรู้ทั้งในภาวะผู้นำ การรับรู้บทบาท และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬทุกระดับ ได้เริ่มการพัฒนาด้วยการประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (Dead case conference) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างทีมพี่เลี้ยงในระดับอำเภอ การพัฒนาคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น ในการมีส่วนร่วมทุกกระบวนการนับตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การร่วมวางแผน การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวสามารถลดสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงได้ ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นกลุ่มทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การรับรู้บทบาท และการมีส่วนร่วม
2. เพื่อสร้าง “รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน” ของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติ การความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัด บึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับใช้และพัฒนาเครื่องมือมาจากแบบสอบถามที่มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาไว้แล้ว และนำเครื่องมือวัดนั้นมาปรับข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) เครื่องมือวัดทุกฉบับ ได้ผ่านการพิจารณาด้านเนื้อหา ความหมาย และการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมตามโครงสร้างของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับขอบเขตของความรู้ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย (Item Objective Congruence : IOC) โดยนำเครื่องมือปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนนคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนี IOC มากกว่า 0.67 เพื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-Out) กับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน (ตำบลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย)

2) วิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) โดยหาค่าสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามด้านนั้น (Item-Total Correlation) ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะนำไปใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับของรายด้าน โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยวิธีการของ ครอนบาค[16] โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-Coefficient) เท่ากับ .80 ขึ้นไป

4) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปพบผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง จนได้รับความเห็นชอบ นำไปจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์และนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1 และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับใช้และพัฒนาเครื่องมือมาจากแบบสอบถามที่มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาไว้แล้ว และนำเครื่องมือวัดนั้นมาปรับข้อคำถามบางส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ

1) เครื่องมือวัดภาวะผู้นำ ใช้วิธีการวัดในภาพรวม 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อคำถาม

2) เครื่องมือวัดการรับรู้บทบาท ใช้วิธีการวัดในภาพรวม 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อคำถาม

3) เครื่องมือวัดการมีส่วนร่วม ใช้วิธีการวัดในภาพรวม 3 ด้าน จำนวน 11 ข้อคำถาม

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) เครื่องมือวัดทุกฉบับ ได้ผ่านการพิจารณาด้านเนื้อหา ความหมาย และการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมตามโครงสร้างของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับขอบเขตของความรู้ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย (Item Objective Congruence : IOC) โดยนำเครื่องมือปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน

จากตัวอย่าง สามารถคำนวณค่า IOC ของข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 1 ซึ่งผู้วิจัย ได้แสดงค่าข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไว้ในภาคผนวก จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนี IOC มากกว่า 0.67 เพื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-Out) กับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน (ตำบลบ้านต้อน อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย)

2) วิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) โดยหาค่าสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามด้านนั้น (Item-Total Correlation) ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะนำไปใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับของรายด้าน โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยวิธีการของ ครอนบาค[16] โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-Coefficient) เท่ากับ .80 ขึ้นไป

4) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปพบผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง จนได้รับความเห็นชอบ นำไปจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ และนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยระยะที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 1) ประชากร คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ 60 แห่งละ 15 คน จำนวน 900 คน 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ทาโรยามาเน่ (Taro Yamane. 1967 : 158) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 277 คน

2. การวิจัยระยะที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยว ข้องในการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ ตัวแทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด หน่วยงานละ 2 คน ได้แก่ ตัวแทนสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แขวงทางหลวงจังหวัด แขวงทางหลวงชนบท สำนักงานขนส่งจังหวัด ตำรวจภูธรจังหวัด สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดบึงกาฬ ตัวแทนผู้ประกอบการโรงงานยางพารา ตัวแทนภาคประชาสังคม ดังนี้ บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ผู้ประกอบการโรงงานยางพารา ตัวแทนภาคประชาสังคม ตัวแทนคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น รวม 30 คน

3. การวิจัยระยะที่ 3 การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น กลุ่มทดลอง คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล การวิจัยระยะที่ 1 และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับใช้และพัฒนาเครื่องมือมาจากแบบสอบถามที่มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาไว้แล้ว และนำเครื่องมือวัดนั้นมาปรับข้อคำถามบางส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ 1) เครื่องมือวัดภาวะผู้นำใช้วิธีการวัดในภาพรวม 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อคำถาม 2) เครื่องมือวัดการรับรู้บทบาท ใช้วิธีการวัดในภาพรวม 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อคำถาม 3) เครื่องมือวัดการมีส่วนร่วม ใช้วิธีการวัดในภาพรวม 3 ด้าน จำนวน 11 ข้อคำถาม

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) เครื่องมือวัดทุกฉบับ ได้ผ่านการพิจารณาด้านเนื้อหา ความหมาย และการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมตามโครงสร้างของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับขอบเขตของความรู้ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย (Item Objective Congruence : IOC) โดยนำเครื่องมือปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่านเป็นที่เรียบร้อย ก่อนนำเครื่องมือไปดำเนินการในขั้นตอนการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไว้ในภาคผนวก ซึ่งผลที่ได้มีค่าดัชนี IOC มากกว่า 0.67 เพื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-Out) กับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

2) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับของรายด้าน โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยวิธีการของ ครอนบาค[12] โดยหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟา (α-Coefficient) ทุกข้อมีค่า 0.80 ขึ้นไป แล้วจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงในพื้นที่วิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปแบบรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อทดสอบสมมติฐานเชิงทฤษฎีชั่วคราวที่สร้างขึ้นก่อนการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะนำมาจัดกลุ่มและนำข้อมูลมาสร้างรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ เนื่องจากกิจกรรมที่เสนอมีจำนวนมากและบางกิจกรรมซ้ำซ้อน เพื่อหาข้อสรุปในการกำหนดกิจกรรม ผู้วิจัยจึงให้ผู้เกี่ยวข้องได้แสดงความคิดเห็นในกิจกรรมที่นำเสนอทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยและจัดลำดับกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ คือ ระหว่าง 3.51 – 5.00 จึงจะสามารถนำไปเป็นรูปแบบทดลองการพัฒนาคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ในกลุ่มทดลองต่อไป

การวิจัยระยะที่ 3 คือ แผนการพัฒนาคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ เป็นโครงการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ โดยการการวัดผลการทดลองใช้การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ คือ สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดบึงกาฬ เปรียบเทียบก่อน-หลังทดลอง ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบ One -Group Pretest-Posttest Design โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เลือกกลุ่มทดลองในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการศูนย์ฯ หรือผู้แทนการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการศูนย์ฯ หรือผู้แทน

2. ทำการเก็บข้อมูลก่อนทดลองกับกลุ่มทดลองเป็น Pretest

3. ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ กับกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน

4. ทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลองกับกลุ่มทดลองเป็น Posttest

5. นำผลที่ได้จากการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูล แล้วสรุปผลการดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการวิจัย ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สรุปผลการศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดบึงกาฬ

ปัจจัยภาวะผู้นำ มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ผู้วิจัยพบว่า ในการดำเนินกิจกรรมทดลองกับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พฤติกรรมของกลุ่มทดลองเปลี่ยนไป เช่นการรู้จักตนเองมากขึ้น การแสดงออกด้านความคิดที่รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ การแสดงออกในการกระทำที่กล้าตัดสินใจอย่างเด็ดขาด มีการบริหารความขัดแย้งที่เกิดจากฝ่ายปฏิบัติได้อย่างละมุนละม่อม สร้างความคิดเชิงบวกต่อสถานการณ์ที่ล่อแหลม ภายใต้หลักปฏิบัติที่ถูกต้อง แสดงถึงความกล้าเป็นผู้นำมากยิ่งขึ้น กล้าเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานให้ดีขึ้น กล้าตัดสินใจ เปิดใจกว้างยอมรับความคิดเห็นบุคคลอื่น การรู้จักแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้วิจัยสรุปว่า ปัจจัยภาวะผู้นำ มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ หากได้รับการพัฒนาอย่างงถูกต้อง และอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องพัฒนาแนวคิดไปเรื่อยๆ ให้ทันต่อสถานการณ์ วิธีการพัฒนาแต่ละอย่างจะมีแนวทางที่แตกต่างกันต่อการทำความเข้าใจ การคาดคะเนความสำเร็จของการเป็นผู้นำและการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ที่กำลังได้รับความสนใจในช่วงเวลานี้ คือ ความเป็นผู้นำเชิงปฏิรูป (transformation leadership) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด เจมส์ แมคเกรเกอร์ เบอร์นส์ ที่เป็นผู้บัญญัติคำว่า ‘‘transformation leadership’’ เป็นแนวความคิดที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย ได้รับการแปลในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ ‘‘ผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง’’ ‘‘ภาวะผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง’’ ‘‘ความเป็นผู้นำเชิงปฏิรูป’’ เป็นต้น

ปัจจัยการรับรู้บทบาท เป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งและมีความจำเป็นที่จะต้องมีในตัวของบุคลากร เพราะการที่บุคคลแต่ละคนดำรงตำแหน่งใดก็ตามต้องมีความรับผิดชอบของตนในฐานะที่อยู่ในตำแหน่งนั้นๆด้วย และการที่มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองนั้น จะเป็นทางช่วยให้บุคคลนั้นปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมตามที่ตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานนั้นคาดหวังไว้ ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดความเจริญก้าวหน้าแก่งานในหน้าที่ของตนและสังคมต่อไป จากการทดลองใช้กิจกรรมการรับรู้บทบาทกับกลุ่มทดลอง พบว่า เกิดความสอดคล้องในการปฏิบัติงาน เกิดการยอมรับในการปฏิบัติงาน เกิดการกล้าตัดสินใจ มีการวางแผนในการทำงานดีขึ้น และเกิดความรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น เมื่อกลุ่มทดลองแต่ละคนได้รับรู้บทบาทที่แท้จริงของตัวเอง ได้แก่ บทบาททางสังคม เช่น เป็นพ่อ แม่ เครือญาติต่างๆ หรืออื่นๆ ที่สังคมมอบให้ หรือคาดหวังไว้ ทำให้แต่ละคนกลับมาทบทวนบทบาทของตัวเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นบทบาทที่ควรกระทำ เช่น คิดว่าผู้บาดเจ็บ หรือผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเปรียบเสมือนญาติ พี่น้องของเรา บทบาทที่กระทำจริง เช่น การออกปฏิบัติงานร่วมกับเครือข่าย และทีมงานอย่างสม่ำเสมอ การติดตามการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การประสานงาน การสื่อสารที่เป็นระบบ รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น มีความพร้อมของอุปกรณ์สื่อสารต่างๆที่เพียงพอ พร้อมใช้งาน รวมความพร้อมของบุคลากรด้วย เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยในการรับรู้บทบาทหลังการทดลองเพิ่มขึ้น แสดงว่ากลุ่มทดลองมีความรับรู้และเข้าใจในบทบาทของตัวเองเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลต่อรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬต่อไป

ปัจจัยการมีส่วนร่วม เมื่อได้ดำเนินกิจกรรมทดลองแล้วทำให้เกิดบทบาทที่สมดุล นั่นคือ การปรับตัวเข้าหากันทั้งด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม การมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเป้าหมายที่เห็นต้องกัน การเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ส่งผลให้บุคลากรเกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน มีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ เกิดความภาคภูมิใจในงานที่ได้กระทำ มีความขยันขันแข็ง กระตือรือร้นที่จะคิดสร้างสรรค์งานให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น เกิดการเปิดเผยต่อกันและการเผชิญหน้าเพื่อแก้ปัญหา เกิดการสนับสนุนและการไว้วางใจต่อกันและกัน เกิดความร่วมมือและการใช้

ความขัดแย้งสร้างสรรค์ เกิดกระบวนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เกิดภาวะผู้นำที่เหมาะสม เกิดการทบทวนการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เกิดการพัฒนา เกิดความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม เกิดการสื่อสารที่ดี เกิดประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมหลังการทดลองเพิ่มขึ้น แสดงว่า กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการทำงานที่ดีขึ้น ส่งผลทางบวกประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่นอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ระยะที่ 2 สรุปรูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ นำมาจัดกลุ่มและนำข้อมูลมาสร้างรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ เนื่องจากกิจกรรมมีจำนวนมากและบางกิจกรรมซ้ำซ้อนกัน ที่ประชุมจึงเห็นสมควรให้ผู้เกี่ยวข้องทั้ง 30 คน ได้แสดงความเห็นในแบบสอบถามเพื่อหาค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 5.00 ผลการประเมินกิจกรรมที่ผ่านตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ยจำนวน 7 กิจกรรม จากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1. การทำงานร่วมกันเป็นทีม 2. การสื่อสาร 3. เรียนรู้การพัฒนาบุคคลและทีมงาน (Life Position) 4. กลุ่มสัมพันธ์ 5. การบริหารความขัดแย้ง 6. คิดต่างกันสร้างสรรค์องค์การ 7. กิจกรรมพี่เลี้ยง การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีเก็บข้อมูลจากการวิจารณ์ หรือวิพากษ์ โดยวิธีการจดบันทึก บันทึกภาพ บันทึกเสียง และนำมาถอด และมอบรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ให้ผู้วิจัยไปดำเนินกิจกรรมการพัฒนากับกลุ่มทดลองต่อไป

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองรูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ มีค่า Sig. = .000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ผู้วิจัยตั้งไว้ที่ .05 สรุปได้ว่า หลังจากได้มีการทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการทดลองได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะที่ 3 สรุปผลการทดลองใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ

เปรียบเทียบคะแนนตัวแปรก่อนและหลังการดำเนินการแบบ Univariate Tests พบว่า

3.1 การพัฒนาภาวะผู้นำ จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้ 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายทั้งในด้านความคิด และพฤติกรรม สอดคล้องกับการพัฒนาภาวะผู้นำ 2) มีการแบ่งปันความคิดเห็นความรู้สึกอย่างเปิดเผย และยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น 3) มีความเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเป็นอัตลักษณ์ของผู้นำ 4) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ให้คำปรึกษาแนะนำซึ่งกันและกัน

3.2 การพัฒนาการรับรู้บทบาท จากการสังเกตการณ์หลังจากทดลองรูปแบบการการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกตดังนี้ 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน 2) มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานมากขึ้น และมีความผิดพลาดในการปฏิบัติงานน้อยลง เพราะเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง 3) ประสิทธิภาพของทีมงานเพิ่มขึ้น เพราะคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ รับรู้ในบทบาทและแยกปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ จึงส่งผลต่อประสิทธิภาพของทีมงาน 4) มีการร่วมมือประสานงานในหน้าที่และแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นอย่างดี

3.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วม จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้ 1) เกิดพฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาที่แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น 2) เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การยอมรับฟังความคิดเห็น และเสนอแนะเรื่องต่างๆ ในที่ประชุมขององค์การ 3) เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือในการปฏิบัติงานทำให้เกิดการเรียนรู้งานของบุคลากร 4) เกิดพฤติกรรมการเป็นเจ้าขององค์การร่วมกัน มีการดูแลรักษาวัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้ในการทำงานให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้เสมอ 5) เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยพึ่งพิงไปสู่การพึ่งพาตนเองและกันและกัน 6) เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม สอดคล้องกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมในทีม 7) มีการแบ่งงานและมอบหมายกันทำอย่างยุติธรรม แบ่งปันความคิดเห็นความรู้สึกอย่างเปิดเผย และทำงานด้วยความเต็มใจ 8) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ให้คำปรึกษาแนะนำและปฏิบัติตาม 9) มีการร่วมมือประสานงานในหน้าที่และแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกัน

จากการทดสอบแบบ Multivariate Tests พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบแบบ Univariate Tests เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทีละตัวแปร พบว่า ปัจจัยภาวะผู้นำ ปัจจัยการรับรู้บทบาท และปัจจัยการมีส่วนร่วม มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่า รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ 3 ด้าน ก่อนและหลังการดำเนินงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า ในการวิจัยระยะที่ 1 ตัวแปรที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ที่เป็นตัวแปรพยากรณ์ ได้จากการวิจัย พบว่า มี 3 ตัวแปร เมื่อนำเข้าสมการโครงสร้างเพื่อตรวจสอบความตรงแบบจำลองสมมติฐาน ซึ่งมีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ดัชนีความกลมกลืนของตัวแปร พบว่า มีตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยภาวะผู้นำ ปัจจัยการรับรู้บทบาท และปัจจัยการมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ และต่อมาในระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้นำผลจากระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับคำแนะนำจากผู้เกี่ยวข้อง ผลทำให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 3 ด้าน 7 กิจกรรม ได้แก่ 1. กิจกรรมการทำงานร่วมกันเป็นทีม 2. กิจกรรมการสื่อสาร 3. กิจกรรมเรียนรู้การพัฒนาบุคคลและทีมงาน (Life Position) 4. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 5. กิจกรรม การบริหารความขัดแย้ง 6. กิจกรรมความคิดต่างกันสร้างสรรค์องค์การ 7. กิจกรรมพี่เลี้ยง จากนั้นในระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ทั้ง 3 ปัจจัย 7 กิจกรรม ไปทดลองดำเนินการตามรูปแบบที่ได้ในระยะที่ 2 และกำหนดให้มีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินงานตามรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ พบว่า หลังการทดลองประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง **ซึ่งส่งผลลัพธ์โดยตรงที่ทำให้ การเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น ของอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ในปี 2565 ลดลงเมื่อเทียบกับสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 5 ปีย้อนหลัง (2560-2565)** พบว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแล้ว เกิดผลการพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬที่มีอยู่เดิม ส่งผลให้

อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอโซ่พิสัย ในปี 2565 ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนย้อนหลัง 5 ปี

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาภาวะผู้นำ จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้ 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายทั้งในด้านความคิด และพฤติกรรม สอดคล้องกับการพัฒนาภาวะผู้นำ 2) มีการแบ่งปันความคิดเห็นความรู้สึกอย่างเปิดเผย และยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น 3) มีความเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเป็นอัตลักษณ์ของผู้นำ 4) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ให้คำปรึกษาแนะนำซึ่งกันและกัน ซึ่งจากการศึกษาการพัฒนาภาวะผู้นำที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wu และคณะ (2021) ที่ระบุว่าการเกิดภาวะผู้นำความปลอดภัยในระดับปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลในกลุ่ม ซึ่งช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการแบ่งปันความคิดเห็นในกลุ่มปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งในทีมงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันอุบัติเหตุ (Wu et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย งานวิจัยของ วรพงษ์ จริยศิวารัตน์ (2018) พบว่า การพัฒนาภาวะผู้นำในองค์กรภาครัฐและเอกชนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายความปลอดภัยบนท้องถนน ซึ่งมีการพัฒนาภาวะผู้นำในการจัดการความปลอดภัยและสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาการรับรู้บทบาท จากการสังเกตการณ์หลังจากทดลองรูปแบบการการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกตดังนี้ 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน 2) มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานมากขึ้น และมีความผิดพลาดในการปฏิบัติงานน้อยลง เพราะเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง 3) ประสิทธิภาพของทีมงานเพิ่มขึ้น เพราะคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ รับรู้ในบทบาทและแยกปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ จึงส่งผลต่อประสิทธิภาพของทีมงาน 4) มีการร่วมมือประสานงานในหน้าที่และแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นอย่างดี ซึ่งการพัฒนาการรับรู้บทบาทของบุคลากรที่ทดลองในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าการรับรู้บทบาทที่ชัดเจนช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Peck (1998) ที่เน้นบทบาทของแพทย์สาธารณสุขในการป้องกันอุบัติเหตุ โดยการมีความเข้าใจในบทบาทของตนช่วยให้การทำงานป้องกันอุบัติเหตุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Peck, 1998) นอกจากนี้ งานวิจัยของ Azami-aghdash และคณะ (2021) ที่ศึกษาบทบาทของภาคส่วนสุขภาพในการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ยังพบว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในภาคส่วนต่าง ๆ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Azami-aghdash et al., 2021)

3. การพัฒนาการมีส่วนร่วม จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้ 1) เกิดพฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาที่แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น 2) เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การยอมรับฟังความคิดเห็น และเสนอแนะเรื่องต่างๆ ในที่ประชุมขององค์การ 3) เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือในการปฏิบัติงานทำให้เกิดการเรียนรู้งานของบุคลากร 4) เกิดพฤติกรรมการเป็นเจ้าขององค์การร่วมกัน มีการดูแลรักษาวัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้ในการทำงานให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้เสมอ 5) เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยพึ่งพิงไปสู่การพึ่งพาตนเองและกันและกัน 6) เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม สอดคล้องกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมในทีม 7) มีการแบ่งงานและมอบหมายกันทำอย่างยุติธรรม แบ่งปันความคิดเห็นความรู้สึกอย่าง

เปิดเผย และทำงานด้วยความเต็มใจ 8) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ให้คำปรึกษาแนะนำ และปฏิบัติตาม 9) มีการร่วมมือประสานงานในหน้าที่และแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกันซึ่งการพัฒนาการมีส่วนร่วมในทีมงานที่เกิดขึ้นจากการทดลองในกลุ่มบุคลากรในประเทศไทย พบว่ามีการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Grinerud และคณะ (2021) ที่พบว่าการพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมในองค์กรขนส่งสามารถช่วยสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและลดอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพในองค์กรที่มีระบบปฏิบัติการด้านความปลอดภัยที่เข้มแข็ง (Grinerud et al., 2021) และยังสอดคล้องกับ งานวิจัยของ สุรศักดิ์ วงศ์เพชร (2020) ซึ่งศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชนในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ถนนอย่างปลอดภัย มีผลต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้นำชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ในการจัดคนปฏิบัติงานนอกจากวัดจากความรู้ความสามารถแล้วควรมีการวัดภาวะผู้นำด้วย เพราะเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานได้ หากหน่วยงานได้ผู้ปฏิบัติงานที่มีภาวะผู้นำสูงเข้ามาร่วมปฏิบัติงานในองค์การ ก็จะได้ผู้นำที่มีศักยภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถหลีกเลี่ยงปัญหาหรือแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นในองค์การได้

2. ในการคัดเจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงาน นอกจากจะวัดผลงาน และการทดสอบทางวิชาการแล้ว ควรเพิ่มการวัดทักษะความสามารถในการรับรู้บทบาท เพราะเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน จะทำให้บุคลากรในองค์การสามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ และเกิดประสิทธิภาพต่อองค์การสูงสุด

3. การมีส่วนร่วม เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อประสิทธิการปฏิบัติงาน ดังนั้นควรมีการอธิบายชี้แจงเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้นำ ผู้ปฏิบัติ โดยมีการระบุเป็นลายลักษณ์อักษร และกำหนดบทบาทการมีส่วนร่วมของตนเอง เพื่อสามารถแสดงบทบาทที่เหมาะสมตามสถานภาพหรือตำแหน่งที่ได้รับ และสามารถประสานความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องได้รับอย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเป็นสากลและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาประเด็นอื่นๆ ว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาหรือเรื่องที่ศึกษา เช่น วัฒนธรรมองค์ประกอบทางสังคม หรือเทคโนโลยี ซึ่งในอนาคตควรศึกษาปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติม เพื่อให้ได้มุมมองที่ครบถ้วนและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ควรนำผลการวิจัยไปร่วมกับการบูรณาการในนโยบายสาธารณะ สำหรับหน่วยงาน เพื่อกำหนดโยบายที่เน้นความปลอดภัย เช่น การส่งเสริมให้มีภาวะผู้นำที่มีความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการลดอุบัติเหตุทางถนน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ด้วยความกรุณาช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาเป็นอย่างดียิ่ง จาก นายแพทย์ภมร ดรุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายแพทย์กฤษณพงษ์ ชุมพล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือให้คำแนะนำและแนวคิดที่เป็นประโยชน์ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาและแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ดร.ไพศาล ไกรรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม นายประเสริฐ บินตะคุ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้มีความถูกต้องและครอบคลุมทางด้านเนื้อหา ภาษาทางวิชาการ สถิติการวัดผลและประเมินผล

ขอขอบคุณ ประธานคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่นจังหวัดบึงกาฬทุกแห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่นทุกแห่ง ในพื้นที่รับผิดชอบ ให้ข้อเสนอแนะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณประธานคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่นอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัย จนสามารถทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ตลอดจนกัลยาณมิตรท่านอื่น ๆ ที่มิได้กล่าวนาม ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้ความรัก ความห่วงใย และเอื้ออาทรต่อผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้งานวิจัยประสบความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม. แผนแม่บทด้านความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน พ.ศ. 2559–2563. 2561.
2. ชาญชัย อาจินสมาจาร. การบริหารงานยุคใหม่. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2547.
3. นภัสวรรณ ปานเหง้า. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการท่องเที่ยว: กรณีศึกษาหมู่บ้านเต่า-บ้านกอก อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระ (บธ.ม.) สาขาวิชาการจัดการการท่องเที่ยว คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
4. นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนากรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2527.
5. พรนพ พุกกะพันธ์. ภาวะผู้นำและการจูงใจ. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2544.
6. ปรีชา วิหคโต และคณะ. การวิเคราะห์ลักษณะสาเหตุและแนวทางป้องกันอุบัติเหตุในสถานศึกษาระดับประถมศึกษา: รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติภัยแห่งชาติสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2540.
7. ยงยุทธ เกษสาคร. ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เอส แอนด์ จีโอกราฟฟิก; 2545.
8. วิเชียร มุริจันทร์. พฤติกรรมของผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคลที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจรในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
9. สมศักดิ์ ขาวลาภ. ภาวะผู้นำ การจูงใจ และทีมงาน. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือสถาบันราชภัฏสวน; 2544.
10. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์อุบัติเหตุทางถนนประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร; 2561.
11. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2561. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด; 2565.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. รายงานประจำปี 2565. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข; 2566.
14. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดบึงกาฬ. รายงานประจำปี 2565. จังหวัดบึงกาฬ; 2566.
15. Cohen A, Uphoff N. Effective behavior in organizations. New York: Richard D. Irwin Inc; 1980.
16. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. New York: Harper and Row; 1970.

พัฒนาการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากันของกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

The development of work using the "systematic" approach integrated with the principles of GRC (Governance, Risk, and Compliance) utilized technology to connect various departments within the General Administration of the Chai Nat Provincial Public Health Office.

(Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

สมบูรณ์ สิงห์พรม[1]
Somboon Singhphrom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของกลุ่มงานบริหารทั่วไป ให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้หลัก GRC และมีการใช้เทคโนโลยีเครือข่ายที่เชื่อมโยงในงานที่เกี่ยวข้องกันและสร้างแนวทางในการทำงานของกลุ่มงานบริหารทั่วไป ที่นำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทได้ ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่มีภาระงานและความรับผิดชอบในกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ มิถุนายน 2564 - มิถุนายน 2567 เก็บข้อมูลจากระบบรายงาน วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) การเปรียบเทียบ ระหว่างข้อมูลบัญชีในระบบ GFMIS และข้อมูลที่รวบรวมจากหลักฐานประกอบ ณ 30 ก.ย. 2564 จะพบว่า รวมผลแตกต่างจาการเปรียบเทียบ เท่ากับ 860,715,724.68 บาท คิดเป็น 39% จากผลรวมด้านเดบิตและเครดิตในระบบ GFMIS 2) การเปรียบเทียบ ระหว่างข้อมูลบัญชีในระบบ GFMIS และข้อมูลที่รวบรวมจากหลักฐานประกอบ ณ 30 มิ.ย. 2567 ซึ่งเป็นข้อมูลหลังจากดำเนินการแก้ไข ตามแนวทางที่กำหนดแล้ว พบว่า รวมผลแตกต่างจาการเปรียบเทียบ เท่ากับ 109,866,609.20 บาท คิดเป็น 10.15% จากผลรวมด้านเดบิตและเครดิตในระบบ GFMIS 3) การแก้ไขข้อผิดพลาดของข้อมูลในระบบ GFMIS ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทสามารถแก้ไขได้สำเร็จไปได้ 28.85% ส่วนที่ยังไม่พบอีก 10.15% นั้นคาดว่าจะเสร็จสิ้นหลังตรวจสอบพัสดุประจำปี 2567 เพราะมีการตรวจนับทรัพย์สินอีกครั้ง

คำสำคัญ: แนวคิดเชิงระบบ, หลัก GRC (Governance, Risk and Compliance), กลุ่มงานบริหารทั่วไป

Abstract

This research was action research with the objective of improving and developing the work of the general administration group to be efficient under the GRC principles and using network technology that is linked in related work and creating guidelines for the work of the general administration group that can be applied to agencies under the Chainat Provincial Public Health Office. The population includes personnel with workloads and responsibilities in the general administration group, Chainat Provincial Public Health Office during the period from June 2021 - June 2024. Data were collected from the reporting system and analyzed by content analysis.

The study results found that 1) a comparison between accounting data in the GFMIS system and data collected from supporting evidence as of 30 September 2021, it was found that the total difference from the comparison was equal to 860,715,724.68 baht, accounting for 39% of the total debit and credit results in the GFMIS system. 2) a comparison between accounting data in the GFMIS system and data collected from supporting evidence as of 30 June 2024, which is the data after the correction was made. According to the specified guidelines, it was found that the total difference from the comparison was 109,866,609.20 baht, which is 10.15% of the total debit and credit in the GFMIS system. 3) The correction of data errors in the GFMIS system of the Chai Nat Provincial Public

[1] นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Health Office was successfully corrected by 28.85%. The remaining 10.15% that have not been found are expected to be completed after the annual inventory inspection in 2024 because there will be another asset count.
Keywords: Systemic thinking, GRC principles (Governance, Risk and Compliance), General Administration Group

บทนำ

ปัจจุบันเราได้เข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เป็นโลกของเทคโนโลยีและนวัตกรรม เครื่องจักรและหุ่นยนต์ถูกนำมาใช้งานทดแทนแรงงานคน รวมถึง ธรรมชาติของการทำงานในศตวรรณที่ 21 มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น คือต้องมุ่งเน้นในคุณภาพเนื้องาน นำทรัพยากรทางเทคโนโลยีมาใช้ และต้องการความพยายามทุ่มเทในระดับรายบุคคลมากขึ้น ความสำเร็จของงานเกิดจากความร่วมมืออย่างทุ่มเทในระดับรายบุคคลและด้วยรูปแบบการทำงานเป็นทีมจะเป็นการรวมพลังให้เกิดความสำเร็จอย่างสูงสุด การทำงานเป็นทีมมีผลต่อคุณภาพของงาน ผลผลิต การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ในภาครัฐเองได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานให้สอดรับกับ การเปลี่ยนแปลง ซึ่งเมื่อย้อนไปจะเห็นว่ารัฐบาลไทยได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2561 - 2580) เพื่อเป็นแนวทางหลักในการพัฒนาประเทศ ซึ่งการวางแผนพัฒนาประเทศที่ได้จัดทำภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีนี้ได้มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง มีความสมดุลระหว่าง การพัฒนาด้านความมั่นคง เศรษกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมไปด้วยกันและเป็นการพัฒนาบนพื้นฐาน ของการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อสวัสดิการที่ดีขึ้นของประชาชน[1,2]

จากการศึกษาของมูลนิธิเพื่อการวิจัยแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 ได้กล่าวถึงปัญหาอุปสรรคของการบูรณาการกระบวนงานบริการในระบบการมาตรฐาน คือ กระบวนงานยังไม่มีการบูรณาการกันอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานไม่ประสานสอดคล้องกัน และความเชื่อมโยงของกระบวนงานบริการและเครือข่ายยังไม่มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนงานบริการโดยการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้มากขึ้นเป็นเครือข่าย ปรับกระบวนงานของหน่วยงานสนับสนุนบริการด้านมาตรฐาน เช่น ธุรการ การเงิน บุคลากร ให้มีระบบงาน ที่มีประสิทธิภาพ จัดวิธีการทำงานให้เชื่อมโยงกระบวนงานให้เข้ากันได้กับกระบวนงานให้บริการ ด้านมาตรฐาน ลดความซ้ำซ้อน ปรับทัศนคติในการให้บริการร่วมกัน กำหนดแนวทางร่วมกันที่ชัดเจน ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานยึดมั่นในหลักการ ไม่หวั่นไหวกับการเมืองและผลประโยชน์ รักษาความเป็นมาตรฐาน และสร้างความน่าเชื่อถือในระบบมาตรฐาน มีความโปร่งใส ยึดหลักธรรมาภิบาล ในการให้บริการ ทำงานอย่างมุ่งหวังผลสัมฤทธิ์ในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ[3]

ซึ่งการบริหารงานภาครัฐในปัจจุบันยังถูกวิพากษ์วิจารณ์ถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน อยู่เสมอเมื่อเทียบกับภาคเอกชน รวมทั้งมีโครงสร้างส่วนราชการที่ไม่คล่องตัว ขาดความยืดหยุ่น การบริหารยึดติดกับกรอบตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนดเป็นหลัก ส่งผลให้การบริหารภาครัฐ ไม่ทันสมัย ไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมียุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) และโมเดลการพัฒนาประเทศไทย 4.0 ได้มุ่งเน้นให้ภาครัฐสามารถขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศโดยยึดหลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน แต่ในการพลิกโฉม (Transform) ภาครัฐหรือระบบราชการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและรองรับรูปแบบ (Model) การพัฒนาประเทศไทย 4.0 จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการทำงานใหม่ และในปีพ.ศ. 2561 ได้มีพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 ประกาศใช้ มีมาตราหนึ่งที่กล่าวถึงประเด็นสำคัญที่เปรียบเหมือนพื้นฐานในการปฏิบัติงานที่ดี คือมาตรา 79 ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและ

หลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด นั่นหมายความว่า การปฏิบัติงานของภาครัฐจะต้องนำแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงมาใช้ในการออกแบบระบบงานและจัดวางการควบคุมภายในแทรกไว้ในกระบวนการปฏิบัติงานตามความเสี่ยงที่พบและจัดให้มี การตรวจสอบภายในเพื่อประเมินความเพียงพอและเหมาะสมของการออกแบบระบบงานและ การปฏิบัติงานเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานที่ดูแล เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้เกิดแก่องค์กร คือ ไม่ว่าจะปฏิบัติงานอะไร ใช้เครื่องมือแบบไหน อยู่ในระดับใด การปฏิบัติงานต้องคำนึงถึง สิ่งเหล่านี้เป็นหลักเพราะหากเรามีการประเมินความเสี่ยงก่อนที่จะเริ่มลงมือทำเราจะเตรียมการควบคุมเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่คิดว่ามันอาจจะเกิดขึ้นแต่ด้วยธรรมชาติของมนุษย์ส่วนมากจะมีความคิดเข้าข้างตัวเองอาจมองปัญหาไม่ครอบคลุม ต้องอาศัยคนอื่นมาช่วยกันมองช่วยกันประเมิน นั่นก็คือการตรวจสอบภายใน[4]

จะเห็นได้ว่า ภาครัฐเองก็มีความพยายามที่จะกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานให้มีการบูรณาการร่วมกันจากหลายภาคส่วนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันถึงแม้ว่าหน่วยงานส่วนใหญ่ของภาครัฐจะยังคงยึดติดกับการปฏิบัติงานแบบเดิม ที่พบในความเป็นจริงและจากงานวิจัย ผู้เข้ารับการประเมินได้มาปฏิบัติงานที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเมื่อประมาณกลางปีงบประมาณ 2564 ในฐานะหัวหน้ากลุ่มงาน ซึ่งกลุ่มงานบริหารทั่วไปในตอนนั้น มีการแยกงานธุรการและเลขานุการออกไปตั้งเป็นอีกกลุ่มงานหนึ่ง ทำให้กลุ่มงานบริหารทั่วไปดูแลงานทั้งหมด 4 งานประกอบด้วย งานการเงิน งานบัญชี งานพัสดุและช่าง และงานตรวจสอบและควบคุมภายใน ก่อนที่จะเข้ามาปฏิบัติงานที่จังหวัดชัยนาท ได้มีการหาข้อมูลและมีการศึกษาบริบท ในการทำงานของกลุ่มงานบริหารทั่วไปมาก่อนบ้าง รวมถึงเคยเข้ามาตรวจสอบคุณภาพบัญชีในฐานะของ CFO เขตสุขภาพที่ 3 ในหลายโรงพยาบาลที่อยู่ในจังหวัดชัยนาท ทำให้มีข้อมูลที่เกี่ยวกับการทำงาน ประกอบกับเมื่อได้มาปฏิบัติงาน สิ่งที่ต้องทำสิ่งแรกคือการประเมินและวิเคราะห์การทำงานของแต่ละงาน รวมถึงวิเคราะห์ภาพรวมของกลุ่มงาน ศึกษาอุปนิสัยและลักษณะการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล ทำให้ได้ข้อสรุปของการทำงานในกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทดังนี้ (1) การทำงาน มีความแบ่งแยกชัดเจน รอยต่อระหว่างงานจะมีการสร้างขั้นตอนและเอกสารต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อปกป้อง การทำงานของตนเองโดยที่ไม่มีการมองในภาพรวม ทำให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน เกินความจำเป็น เพิ่มภาระสิ้นเปลืองทรัพยากร (2) การทำงานทั้งหมดมีระบบเป็นของตนเอง โดยไม่ได้คำนึงถึงระบบใหญ่ ทำให้เกิดความล่าช้า (3) ขาดเครื่องมือที่มาช่วยให้การทำงานมีความรวดเร็วขึ้น ทั้งหมดยังคงใช้การทำงานแบบ manual จัดทำเอกสารต่าง ๆ ด้วย MSWord Excel (4) เจ้าหน้าที่ยังมีความรู้ที่ไม่ทันสมัย แต่มีความตั้งใจในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง (5) อัตรากำลังมีน้อยเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ติดคดีวินัยและอยู่ระหว่างดำเนินการต้องไปปฏิบัติงานที่กลุ่มงานอื่น (6) ตรวจสอบข้อมูลทางด้านบัญชี คือในระบบ GFMIS เพราะเป็นโปรแกรมหลักในการจัดทำบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ก่อนที่จะเริ่ม การพัฒนาและปรับปรุงระบบงาน พบว่า มีข้อผิดพลาดคลาดเคลื่อนสูงมาก เป็นผลมาจากการปฏิบัติงานในอดีตตั้งแต่เริ่มใช้ระบบ GFMIS (พ.ศ. 2547) และยังไม่ได้รับการแก้ไข คงค้างอยู่ในระบบ เมื่อหาสาเหตุพบว่า ขาดการสอบทานข้อมูลในระบบ GFMIS ต่างคนต่างทำโดยที่ในบางขั้นตอน ไม่รู้ว่าใครหรืองานใดต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้การทำงานไม่ครบขั้นตอนเป็นสาเหตุที่ทำให้มีข้อมูลค้างอยู่ในระบบจำนวนมาก ซึ่งที่ถูกต้องจะต้องไม่ปรากฏหรือถ้าปรากฏก็ต้องมีหลักฐานประกอบที่แสดงถึงที่มาที่ไปของข้อมูลดังกล่าว และขาดคนที่จะมาจัดการในภาพรวมด้วยความรู้ความเข้าใจในงานอย่างแท้จริง จากสิ่งที่พบ ที่ได้จากการวิเคราะห์ ประเมินและตรวจสอบ ในภาพรวมของกลุ่มงานบริหารทั่วไป พบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตหากไม่เร่งดำเนินการแก้ไข

เช่น ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ความไม่ถูกต้องของข้อมูลในรายงานการเงิน ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะข้อมูลเหล่านี้เป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานของหน่วยงาน ดังนั้นสิ่งที่ต้องดำเนินการจัดการคือ การพัฒนาการทำงานของกลุ่มงานบริหารทั่วไปโดยนำการบริหารความเสี่ยง (Risk management) กับการควบคุมภายใน (Internal control) เข้ามาใช้ เป็นหลัก เสริมด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยที่จะมาช่วยให้การทำงานสะดวก รวดเร็ว ตรวจสอบได้ สิ้นเปลืองทรัพยากรน้อยที่สุด จึงทำให้ผู้เข้ารับการประเมินดำเนินการพัฒนางานดังกล่าว โดยสรุปเป็นภาพรวมของการพัฒนางานว่า “พัฒนาการทำงานด้วยแนวคิดเชิงระบบ บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance)[4] ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากันของกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท” เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบและวิธีการดังกล่าว สอดคล้องกับแนวทางการปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานของภาครัฐที่ควรจะเป็นตามที่กล่าวมาข้างต้น โดยผู้เข้ารับการประเมินมีความเห็นว่า หากพัฒนาได้ตามที่กำหนดไว้ จะสามารถสร้างต้นแบบ (Model) การปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริหารทั่วไปขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นในเขตสุขภาพที่ 3 ได้ ซึ่งจะเป็นผลดีและมาสนับสนุนการแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน ที่มีอยู่ในปัจจุบันได้เป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของกลุ่มงานบริหารทั่วไป ให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้หลัก GRC และมีการใช้เทคโนโลยีเครือข่ายที่เชื่อมโยงในงานที่เกี่ยวข้องกัน

2. เพื่อสร้างแนวทางในการทำงานของกลุ่มงานบริหารทั่วไป ที่นำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทได้

วิธีดำเนินการพัฒนา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยรูปแบบการพัฒนาการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance)[4] ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากัน ของกลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

ประชากร

บุคลากรที่มีภาระงานและความรับผิดชอบในกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ มิถุนายน 2564 - มิถุนายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการทำงาน

1. การกำหนดกรอบแนวคิดในการที่จะพัฒนาเพื่อให้เป็นภาพรวมของทั้งกลุ่มงานบริหาร ที่ถูกสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์บริบทกลุ่มงาน เมื่อได้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแล้ว ทำความเข้าใจและทำแผนในการจัดเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือที่ต้องใช้ในการพัฒนาระบบงาน คือ ซอฟต์แวร์ที่จะมาช่วยให้การทำงานเกิดการบูรณาการการกำกับดูแล ความเสี่ยงและการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของราชการ รวมถึงการควบคุมภายในที่มีความจำเป็น

2. เขียนภาพภารกิจในกลุ่มงานบริหารที่เชื่อมโยงกันอย่างไรภายใต้แนวคิดเชิงระบบ เพื่อแสดงให้เห็นถึงการทำงานร่วมกัน

ขั้นตอนการพัฒนา

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหา กำหนดแนวทางในการพัฒนาร่วมกันวิเคราะห์ตนเองด้วยเครื่องมือ SWOT เพื่อนำมาทำแผนพัฒนาและกำหนด Vision Mission Core value เป้าหมาย ของกลุ่มงานบริหารทั่วไป เพื่อใช้เป็นทิศทางในการทำงานร่วมกัน

2. กำหนดภาพระบบงานทั้งกลุ่มงานที่ควรจะเป็นของกลุ่มงานบริหารทั่วไปให้ชัดเจน และแสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงกันของทุกงาน

3. กำหนด ซอฟต์แวร์ ที่จะนำมาใช้และดำเนินการจัดหา เพื่อให้การทำงานสะดวก รวดเร็ว และ มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งดำเนินการจัดหา

4. ปรับทัศนคติในการทำงานร่วมกัน เน้นการทำงานเป็นทีม ที่เชื่อมโยงสอดประสานกัน มีการสอบทานงานระหว่างกันอย่างเป็นระบบ ส่งมอบผลงานระหว่างกันอย่างมีคุณภาพ ทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละงานที่ต้องดำเนินการให้ครบขั้นตอน และต้องสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อการทำงานเป็นแบบต่างคนต่างทำ

5. วิเคราะห์งานทุกงานร่วมกันระหว่างหัวหน้าและผู้ปฏิบัติงานนั้น ๆ จนได้ภาพรวมของทุกงาน ในกลุ่มงานบริหารทั่วไป พร้อมทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ทุกคน เพื่อให้เห็นภาพรวมการทำงานเชิงระบบของกลุ่มงานบริหารทั่วไป

6. วางแผนและออกแบบระบบงานใหม่ภายใต้การใช้ ซอฟต์แวร์ ในการทำงาน และแบ่งการดำเนินการออกเป็นระยะ ๆ โดยให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วม โดยแบ่งการทำงานออกเป็น 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

6.1 พัฒนาระบบงานที่จะใช้ต่อไปข้างหน้า

6.2 การจัดการข้อมูลต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้องในอดีตที่ได้จากการตรวจสอบ ตามแนวทางของผู้ขอรับการประเมินประกอบด้วย Flow หลักในการจัดการบัญชีทรัพย์สินประเภทครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างดังภาพที่ 10 และสำหรับบัญชีอื่น ใช้แนวทางที่กรมบัญชีกลางกำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงานแบบเดิมในทุกขั้นตอนที่ปฏิบัติ

2. เก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงานจากระบบงานใหม่ที่ออกแบบตามแนวคิดเชิงระบบบูรณาการตามแนวคิด GRC ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงข้อมูลกัน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา พัฒนาการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากันของกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานตามระบบใหม่เปรียบเทียบกับผลของการปฏิบัติงานแบบเดิม และวิเคราะห์ปัญหา หรือการปฏิบัติงานที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อนำมาปรับปรุง ให้มีประสิทธิภาพจนได้เป็นระบบงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานและสามารถนำไปขยายผลต่อหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทต่อไป

ผลการศึกษา

1. ผลการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของกลุ่มงานบริหารทั่วไป ให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้หลัก GRC และมีการใช้เทคโนโลยีเครือข่ายที่เชื่อมโยงในงานที่เกี่ยวข้องกัน

ผลจากการพัฒนาการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากัน

1.1 สภาพปัญหา และแนวทางการพัฒนาการทำงานด้วยแนวคิดเชิงระบบ บูรณาการตามหลัก GRC ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยง หากันนั้น

เป็นการออกแบบระบบงานให้ผู้ที่ปฏิบัติงานทุกงาน (งานการเงิน งานบัญชีและงานพัสดุ) มีความเข้าใจในหลักการปฏิบัติที่เชื่อมโยงกัน

กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท มีหน้าที่รับผิดชอบงานทั้งสิ้น 4 งาน ประกอบด้วย งานการเงิน งานบัญชี งานพัสดุและช่าง และงานตรวจสอบและควบคุมภายใน มีบุคลากรงานการเงินจำนวน 4 คน งานบัญชีจำนวน 2 คน งานพัสดุจำนวน 5 คน ช่างจำนวน 3 คน สำหรับ งานตรวจสอบและควบคุมภายในนั้น หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายในอีก 1 ตำแหน่ง โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ให้การเงินและบัญชี จำนวน 2 คน และงานพัสดุจำนวน 2 คน มีภารกิจรับผิดชอบงานตรวจสอบ

และควบคุมภายในเพิ่มขึ้นอีก 1 ภารกิจ รวมบุคลากรทั้งสิ้นจำนวน 15 คน

พบว่า งานตรวจสอบและควบคุมภายใน จะไม่มีการแยกภารกิจออกจากกลุ่มงาน บริหารทั่วไป และในมุมมองของผู้ขอรับการประเมินมีข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมจากการลงพื้นที่หน่วยงาน ในสังกัดเพื่อตรวจสอบและประเมินการควบคุมภายใน พบว่า ยังมีการผิดพลาดในเรื่องเดิม และยังมีความ ยึดติดกับกฎกติกา ที่นอกเหนือระเบียบแต่เป็นความระแวดระวังตัวจากความไม่รู้จริงของเรื่องนั้น ๆ จึงสร้างขั้นตอนขึ้นมาปกป้องตัวเองอย่างมากมาย เช่น การเพิ่มขั้นตอน เพิ่มเอกสารเพื่อความสบายใจในการต้องไปดำเนินการต่อ ซึ่งไม่มีความจำเป็น การปรับเปลี่ยนทำได้ยาก ดังนั้น สิ่งที่ตั้งใจจะพัฒนาคือ พัฒนาระบบงานหลักในส่วนที่สามารถควบคุมได้ให้ดีก่อน เมื่อสร้างระบบหลักในหน่วยงานกำกับดูแล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ได้ดีมีความเหมาะสมแล้ว จึงนำมาทดสอบใช้ในภาพรวมเพื่อสร้างให้เกิดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติ และนำไปประยุกต์ใช้ขยายผลต่อไปยังหน่วยงานในสังกัดได้

ดังนั้น ผลที่ได้จากการพัฒนาระบบงานที่ชัดเจนประกอบด้วย งานพัสดุ งานการเงิน และ งานบัญชีเท่านั้น เพราะด้วยแนวคิดของผู้ขอรับการประเมินมีความเห็นว่า เครื่องมือต่าง ๆ ที่นำมาใช้หากสามารถนำทักษะ ความรู้ ความชำนาญของผู้ขอรับการประเมิน มาออกแบบแนวการตรวจสอบภายในผ่านเครื่องมือที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น งานพัสดุจัดทำเอกสารผ่าน e-GP ทุกหน่วยงานปฏิบัติงานด้วยโปรแกรมบัญชีเดียวกันผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเนื่องจากใช้ on cloud จะทำให้การตรวจสอบข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงต่าง ๆ ทำได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ลดเวลาในการลงพื้นที่ ไม่สร้างภาระให้กับหน่วยงานในสังกัดและค่าใช้จ่ายที่ต้องออกนอกพื้นที่ ประสิทธิภาพในการวางแผนการตรวจสอบ จะดีขึ้นเนื่องจากสามารถประเมินความเสี่ยงได้จากข้อมูลในระบบ ซึ่งจะทำให้พบข้อผิดพลาดได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ขอรับการประเมินวางแผนไว้เป็นระยะถัดไป

1.2 ผลการวิเคราะห์ SWOT เพื่อนำมาทำแผนพัฒนาและกำหนด Vision Mission Core value เป้าหมาย ของกลุ่มงานบริหารทั่วไป เพื่อใช้เป็นทิศทางในการทำงานร่วมกัน

ผลการวิเคราะห์ SWOT ของกลุ่มงานบริหารทั่วไปแสดงให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนที่สำคัญ รวมถึงโอกาสและภัยคุกคามที่ต้องเผชิญ โดยในด้านจุดแข็ง (Strength) เจ้าหน้าที่มีความทุ่มเทและตั้งใจทำงาน มีความผูกพันกับองค์กร และทำงานด้วยความโปร่งใส แม้ว่าจะสามารถทำงานร่วมกันได้ แต่ยังไม่ถึงระดับทีมเวิร์กที่มีประสิทธิภาพ ส่วนจุดอ่อน (Weakness) ได้แก่ อัตรากำลังที่น้อย ทักษะการใช้ Microsoft Office ที่ต่ำ เครื่องมือที่ล้าสมัย และขาดคู่มือปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลให้เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจและความเชี่ยวชาญในงานที่รับผิดชอบ ในด้านโอกาส (Opportunity) เจ้าหน้าที่มีโอกาสได้รับการอบรมและค่าตอบแทนจากการทำงานนอกเวลา ขณะที่ภัยคุกคาม (Threats) ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร การประสานงานระหว่างกลุ่มงานที่ไม่ดี และข้อจำกัดในการใช้งานระบบ GFMIS ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานโดยรวมได้

เมื่อวิเคราะห์ตนเองแล้ว สิ่งที่ทำต่อไปคือการร่วมกันกำหนดภาพฝัน เป้าหมายที่ต้องการ ร่วมกันและกำหนดกลยุทธ์ในการที่จะทำให้เป้าหมายที่อยากเห็นสำเร็จ

Vision คือ “ระบบงานดี มีมาตรฐาน คนทำงานมีความสุข” ซึ่งหมายความว่า เราจะเป็นกลุ่มงานบริหารทั่วไปที่มีระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ หมายความถึงการประหยัดทรัพยากรทั้งวัสดุที่ใช้ เวลาที่ใช้ สะดวก รวดเร็ว ถูกต้องตามหลักกฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงานด้านการเงิน บัญชีและพัสดุ นั่นคือนิยามของคำว่า ระบบงานดี เมื่อระบบงานดีแล้ว ก็นำไปให้หน่วยงานในสังกัดทดลองใช้ด้วยระบบเดียวกัน หมายความว่า แกนหลักของระบบยังคงใช้เหมือนกัน เพราะถูกออกแบบมาจากกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง แต่ในส่วนย่อยอื่น สามารถปรับ ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ ได้ เพื่อให้เกิดความ

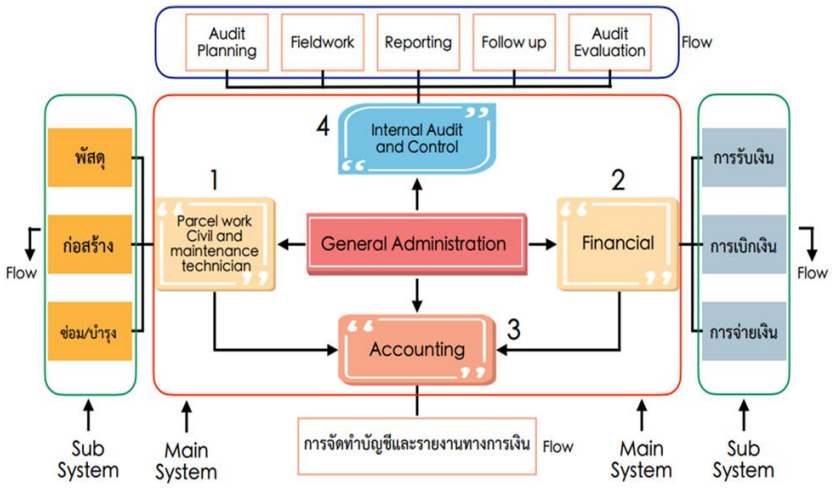
ยืดหยุ่น แล้วทดสอบเพื่อประเมินความเหมาะสมก่อนที่จะนำมาประกาศเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน

ในหลักคิดในการกำหนดภาพฝันมีความเห็นว่า เมื่อสามารถสร้างระบบงานให้ดี มีมาตรฐานได้รับการยอมรับ จะส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติงานที่มีความสะดวก คล่องตัว ลดความเสี่ยงต่าง ๆ ได้อย่างมาก ซึ่งทั้งหมดจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างเป็นระบบ งานเป็นระบบคนทำงานก็มีความสุขในการปฏิบัติงานมากขึ้นแน่นอน และทั้งหมดจะต้องมีข้อตกลงร่วมกันในการพิจารณาคุณค่าหลักหรือเรียกว่า Core value ของกลุ่มงานบริหารทั่วไป เพื่อให้เห็นถึงแก่นแท้ของกลุ่มงานบริหารคือ รู้หน้าที่ มีPassion ซื่อสัตย์ โปร่งใส ทันสมัยและยั่งยืน

คุณค่าหลักของกลุ่มงานบริหารทั่วไปนั้น มีความหมายว่า รู้หน้าที่ คือ ทุกคนต้องรู้หน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองเป็นอย่างดี มีใจรักในสิ่งที่ตนเองทำเพราะเชื่อว่าถ้าเรารักในสิ่งที่ทำเราจะทำสิ่งนั้นออกมาได้ดี และทำทุกอย่างด้วยความซื่อสัตย์และโปร่งใส แต่ต้องมีความทันสมัยให้สอดรับกับ การเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไปในอนาคต

2. การกำหนดภาพระบบงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากัน ของกลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

2.1 ระบบงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากัน ของกลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท



ภาพประกอบที่ 1 ระบบงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากัน ของกลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

โดยดำเนินการทั้งกลุ่มงานที่ควรจะเป็นของกลุ่มงานบริหารทั่วไปให้ชัดเจน และแสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงกันของทุกงาน เพื่อใช้ในการสื่อสาร ทำความเข้าใจ เป็นการปูทางสำหรับการพัฒนาระบบงานต่อไปในระดับที่ลงรายละเอียดมากขึ้น และเพื่อให้เข้าใจการทำงานรวมกันอย่าง เป็นระบบ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป มีภารกิจที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ภารกิจ คือ งานการเงิน งานบัญชี งานพัสดุและช่าง และงานตรวจสอบและควบคุมภายใน ซึ่งทั้งหมดคือระบบหลักของกลุ่มงานบริหารทั่วไป ส่วนในตัวของงานย่อย ๆ ในระบบหลัก คือระบบย่อยของแต่ละงาน

ภาพรวมของงานพัสดุ งานการเงิน และงานบัญชี ตามลำดับ ซึ่งจาก ในภาพที่พยายามแสดงให้เห็นถึงการวิเคราะห์ว่างานที่ปฏิบัติ มีขั้นตอนอะไรบ้าง ซึ่งผู้รับผิดชอบต้อง ไปจัดทำ Flow ของแต่ละขั้นตอนประกอบกับทำคู่มือการปฏิบัติงานที่ใช้ได้จริงประกอบ และที่สำคัญ ที่ต้องการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่คือการพิจารณาถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับ

ระบบงานของตนเอง เพื่อสร้างความตระหนักรู้ว่า เราต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในงานของเราด้วย ไม่ใช่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางในการคิดระบบงานใหม่ รวมถึงการส่งมอบผลงานของแต่ละคนที่รับผิดชอบ ไปให้แก่ ใครบ้างและผู้รับผลงานต้องการอะไรจากผู้ส่งมอบ ซึ่งจะทำให้เกิดมุมมองที่กว้างขึ้นในการนำไปใช้ ในการออกแบบระบบงานภายใต้หลักการ GRC และนำภาพเหล่านี้มาใช้สื่อสารทำความเข้าใจกันอีกครั้งเพื่อปรับทัศนคติในการทำงานที่ดี มีการทำงานร่วมกันในรูปแบบของทีม ที่เชื่อมโยงสอดประสานกัน และใช้อธิบายถึงการทำงานที่ต้องมีการ สอบทานงานระหว่างกัน อย่างเป็นระบบ ส่งมอบผลงานระหว่างกันอย่างมีคุณภาพ ทำความเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ของแต่ละงานที่ต้องดำเนินการให้ครบขั้นตอนพร้อมวิเคราะห์ระบบงาน

จากการได้ทำความเข้าใจร่วมกันมีทัศนคติในการทำงานทีดี มีการทำงานเป็นทีม วัดผลจากการปฏิบัติงานในโปรแกรมบัญชีสำเร็จรูป Express on cloud ซึ่งการจะ Run ข้อมูลในโปรแกรมได้สมบูรณ์นั้นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันตั้งแต่การวิเคราะห์ระบบ วางระบบ ออกแบบเอกสารพร้อมกับกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ผู้รับผิดชอบแต่ละคนมีสิทธิเข้าถึงข้อมูล เข้าใช้โปรแกรม ซึ่งการวิเคราะห์ ออกแบบและวางระบบในภาพรวมนั้น ต้องพิจารณาการทำงานที่ต้องเชื่อมข้อมูลถึงกันตั้งแต่ต้นน้ำคืองานพัสดุ สิ้นสุดที่งานบัญชี ดังนั้นการบูรณาการตามหลัก GRC นั้น การจะนำมาประยุกต์ใช้อาจแตกต่างจากหน่วยงานอื่น ที่นำมาประยุกต์ใช้แบบจริงจังโดยกำหนดเป็นนโยบาย แต่ด้วยเป็นการพัฒนางานของกลุ่มงานบริหารทั่วไปของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การนำมาบูรณาการใช้ในงานประจำนั้นพิจารณาจากบริบทของงานที่ปฏิบัติ แต่สามารถให้คำตอบของการกำกับดูแล งานที่ปฏิบัติอยู่ในทุกระดับ มีการประเมิน ความเสี่ยงในการที่จะออกแบบระบบงาน แบบฟอร์มที่ใช้ในการปรับระบบงานใหม่ต้องมีสาระสำคัญตามที่กฎหมายกำหนดทุกเรื่อง แต่ถ้าความเสี่ยงที่ประเมินได้มิใช่ส่วนที่กฎหมายกำหนดให้ปฏิบัติ จะเป็นการกำหนดการควบคุมที่แทรกไว้ในกระบวนการปฏิบัติงานปกติ ซึ่งจะอยู่ขั้นตอนของการปฏิบัติงานผ่านระบบงานที่ออกแบบและวัดผลจากการปฏิบัติงานจริง แต่ต้องมีการทิ้งระยะให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เรียนรู้สิ่งใหม่ก่อน เมื่อการปฏิบัติงานเข้าสู่สภาวะปกติ จึงเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ และได้ผลลัพธ์ดังนี้

ตารางที่ 1 การออกการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากัน ของกลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

งาน/กระบวนงาน	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
<u>งานพัสดุ</u> 1. ปรับปรุงกระบวนการจัดทำเอกสารงานพัสดุ	มีขั้นตอนทั้งสิ้น 11 ขั้นตอนและจัดทำเอกสารด้วย MS word	บันทึกข้อมูลตามรูปแบบที่กำหนดใน 1 หน้า ผ่านโปรแกรม Express on cloud แบบฟอร์มที่เหลือสามารถพิมพ์ออกมาใช้ได้ทุกขั้นตอนของการจัดทำเอกสารพัสดุ
2. พัฒนาการจัดทำทะเบียนคุมทรัพย์สิน	ทะเบียนคุมทรัพย์สิน ไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบ ไม่ถูกต้อง จัดทำแบบ manual	ทำทะเบียนใน Express on cloud สะดวก รวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้อง ตรวจสอบได้แบบ real-time
3. พัฒนาการจัดทำทะเบียนคุมวัสดุสิ้นเปลือง	จัดทำทะเบียนคุมแบบ manual ใช้เวลาในการทำการรับ จ่าย สรุปยอดคงเหลือ ประมาณ 4 วัน ข้อมูลไม่ตรงกับบัญชีวัสดุใน GFMIS เพราะไม่ได้ตรวจสอบ เนื่องจากยุ่งยากใช้เวลามาก	ทำระบบทั้งหมดใน Express on cloud ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 35 นาที และสามารถส่งข้อมูลให้งานบัญชีตรวจสอบได้ทุกสิ้นเดือน
<u>งานการเงิน</u>	การจัดทำเช็ค ต้องบันทึกข้อมูลในฟอร์มเช็คที่สร้างไว้ ด้วยรายละเอียดตามเอกสารที่มี และต้องบันทึกในทะเบียนคุมเช็คอีกครั้งเพราะข้อมูลไม่ได้เชื่อมกัน	เรียกข้อมูลเจ้าหนี้จากระบบ Express on cloud ตรวจสอบกับหลักฐานอีกครั้งก่อนพิมพ์เช็คสั่งจ่าย สามารถเรียกรายงานการจ่ายเช็คเพื่อทำเป็นทะเบียนคุมจากระบบได้ทันที

ตารางที่ 1 การออกการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากัน ของกลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

งาน/กระบวนงาน	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
	การจัดทำรายงานข้อมูลภาษี หัก ณ ที่จ่าย ต้องบันทึกข้อมูลอีกครั้งเมื่อมีการจ่ายเรียบร้อยแล้ว เพื่อเตรียมเข้าระบบ e-filing ของกรมสรรพากร	ดึงข้อมูลรายงานจากระบบ Express on cloud ในรูปแบบที่กรมสรรพากรกำหนดทั้งเป็นการนำส่งด้วยกระดาษ หรือ การนำส่งด้วยข้อมูลผ่านระบบ e-filing โดยไม่ต้องมาจัดทำข้อมูลใหม่
	การทำรายงานสรุปการจ่ายเงินประจำวัน ต้องนำเอกสารหลักฐานในการจ่ายทั้งหมดมาสรุปใน Microsoft Excel เพื่อส่งให้แก่งานบัญชี มีโอกาสบันทึกไม่ครบเพราะเอกสารต้องมีการไปเสนอผู้มีอำนาจอีกหลายขั้นตอน ทำให้เกิดเอกสารการจ่ายมาถึงงานบัญชีล่าช้า	สามารถเรียกรายงานการจ่ายเงินประจำวัน เพื่อนำมาสอบทานกับหลักฐานอีกครั้งก่อนส่งมอบให้แก่งานบัญชี

หลังจากได้แนวทาง/วิธีการทำงานใหม่ที่ใช้ปฏิบัติไปข้างหน้าของทุกงานแล้ว การจัดการข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในอดีต ต้องได้รับการแก้ไขเช่นกัน ซึ่งแนวทางในการจัดการข้อมูลในอดีตมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลบัญชีในรายละเอียดของรายการที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานบัญชีคือ ไม่มีหลักฐานประกอบพิสูจน์ยืนยันความมีอยู่จริงของมูลค่าดังกล่าว

2. เมื่อได้รายละเอียดครบถ้วน จัดลำดับความสำคัญในการแก้ไขพร้อมทั้งประเมินความยากง่ายของรายการที่ต้องแก้ไขใหม่

3. แบ่งความรับผิดชอบให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานบริหารทั่วไปดำเนินการ โดยต้องทำควบคู่ไปกับงานประจำ

4. กำหนดเป้าหมายในการจัดการให้ทุกคนมีเป้าหมายร่วมกันและช่วยกันไปให้ถึงผลลัพธ์

โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดคือ รายงานการเงินมีความน่าเชื่อถือ จากในฐานะที่เป็น Auditor ทั้งภายนอกและภายใน การวิเคราะห์ข้อมูลผ่านงบการเงินหรือรายงานการเงินของหน่วยงาน จะสะท้อนรูปแบบของการดำเนินงานของหน่วยงาน นั้น ๆ ได้ เพราะพฤติกรรมในการทำงาน การบริหารงานจะสะท้อนผ่านตัวเลขที่ปรากฏในรายงานการเงิน และใช้สิ่งที่วิเคราะห์ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาระบบงานให้ดีมีความครอบคลุมเรื่อง การกำกับดูแลในฐานะของหัวหน้ากลุ่มงาน และใช้ในการประเมินความเสี่ยง ระบุความเสี่ยง และกำหนดกิจกรรมความคุมให้เหมาะสม รวมถึงการปฏิบัติงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ ด้วย

ซึ่งการถอดความคิดให้เห็นเป็นภาพรวม มีส่วนช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจมากขึ้น และสามารถอธิบายการจะไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

3. ผลการ การพัฒนาการทำงานด้วยแนวคิด “เชิงระบบ” บูรณาการตามหลัก GRC (Governance, Risk and Compliance) ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงหากัน ของกลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

การตรวจสอบข้อมูลในรายละเอียดของรายการที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานบัญชีภาครัฐคือ ไม่มีหลักฐานประกอบพิสูจน์ยืนยันความมีอยู่จริงของมูลค่าดังกล่าว การเก็บข้อมูลใช้ข้อมูล ณ สิ้นปีงบประมาณ 2564 เป็นข้อมูลตั้งต้น

3.1 ข้อมูลการเปรียบเทียบ ระหว่างข้อมูลบัญชีในระบบ GFMIS และข้อมูลที่รวบรวมจากหลักฐานประกอบ ณ 30 ก.ย. 2564 จะพบว่า รวมผลแตกต่างจากการเปรียบเทียบ เท่ากับ 860,715,724.68 บาท คิดเป็น 39% จากผลรวมด้านเดบิตและเครดิตในระบบ GFMIS

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลข้างต้นมาพิจารณาเลือกรายการที่สามารถจัดการแก้ไขให้

ถูกต้องโดยกลุ่มงานบริหารทั่วไปก่อน เนื่องจากข้อมูลที่มีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนเป็นข้อมูลที่สะสมมาจากอดีตตั้งแต่เริ่มต้นระบบบัญชี GFMIS และยังไม่ได้รับการแก้ไข ที่เกิดจากปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้ว คือ การบันทึกข้อมูลตั้งต้น ไม่สามารถหาหลักฐานมายืนยันได้ รวมถึงรายการบางรายการที่ไม่ได้ดำเนินการให้ครบขั้นตอนเพราะไม่รู้ว่าเป็นหน้าที่ของใคร เป็นต้น ซึ่งการแก้ไขได้ถูกดำเนินการมาบ้างแล้วเนื่องจากพบข้อผิดพลาดเมื่อเริ่มต้นมาปฏิบัติงานคือ บัญชีพักทรัพย์สินตามรายละเอียดในภาพที่ 20 – 21 จึงทำให้ไม่ปรากฏในข้อมูลเปรียบเทียบตามภาพที่ 19 -19.4

เมื่อพิจารณารายการที่มีความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลในระบบบัญชี GFMIS กับ ข้อมูลที่มีหลักฐานประกอบ จำแนกประเภทออกเป็น 2 ประเภท เพื่อแบ่งความรับผิดชอบในการไปดำเนินการ หาข้อมูลมาประกอบเพื่อแก้ไข และพิจารณาข้อมูลที่ได้ถึงแนวทางการแก้ไขอีกครั้ง เพื่อพิจารณา ว่าสามารถดำเนินการได้ที่กลุ่มงานบริหารทั่วไปหรือไม่ ถ้าไม่ได้หน่วยงานใดจะต้องเป็นผู้ช่วยเหลือ ให้สามารถจัดการแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้ จากข้อมูล พบว่า มี 3 หน่วยงานที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทต้องไปขอรับความช่วยเหลือในการแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาดในอดีต คือ (1) สำนักงานคลังจังหวัด (2) กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ (3) กรมบัญชีกลาง

ข้อมูลที่แบ่งเป็น 2 ชุด เพื่อมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบ ค้นหาข้อมูลในอดีตมาประกอบการแก้ไข ชุดที่ 1 คือ บัญชีทรัพย์สินประเภทครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างทั้งหมดที่มีความคลาดเคลื่อน และชุดที่ 2 คือ บัญชีเงินสด บัญชีเงินฝากธนาคาร บัญชีลูกหนี้ บัญชีเงินรับฝาก เป็นต้น เนื่องจากการค้นหาหลักฐานและความเข้าใจในตัวหลักฐานที่ต้องนำมาประกอบการแก้ไขมีความแตกต่าง และมีความยุ่งยากแตกต่างกัน เมื่อดำเนินการแก้ไขข้อผิดพลาดในอดีตตามแนวทางที่กำหนดไว้

3.2 การเปรียบเทียบ ระหว่างข้อมูลบัญชีในระบบ GFMIS และข้อมูลที่รวบรวมจากหลักฐานประกอบ ณ 30 มิ.ย. 2567 ซึ่งเป็นข้อมูลหลังจากดำเนินการแก้ไข ตามแนวทางที่กำหนดแล้ว พบว่ารวมผลแตกต่างจากการเปรียบเทียบ เท่ากับ 109,866,609.20 บาท คิดเป็น 10.15% จากผลรวมด้านเดบิตและเครดิตในระบบ GFMIS

การแก้ไขข้อผิดพลาดของข้อมูลในระบบ GFMIS ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท สามารถแก้ไขได้สำเร็จไปได้ 28.85% ส่วนที่ยังไม่พบอีก 10.15% นั้นคาดว่าจะเสร็จสิ้นหลังตรวจสอบพัสดุประจำปี 2567 เพราะมีการตรวจนับทรัพย์สินอีกครั้ง

การติดตามการดำเนินการทุกอย่างติดตามทุกสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ พบปัญหาดำเนินการปรับปรุงแนวทางเพื่อจะสามารถดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และได้ผลลัพธ์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

สรุปและอภิปรายผล

จากการนำแนวคิดเชิงระบบเข้ามาพัฒนาการทำงานร่วมกับการบูรณาการตามหลักของการกำกับดูแล การบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ ด้วยโปรแกรมบัญชีสำเร็จรูป Express on cloud ที่เชื่อมโยงการปฏิบัติงาน พัสดุ การเงิน และบัญชีไว้ด้วยกัน จากผลลัพธ์ ที่ได้สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สะดวก รวดเร็ว มีระบบการสอบทานงานระหว่างกันได้เป็นอย่างดี พบข้อผิดพลาดอย่างรวดเร็ว การสรุปผลทุกสิ้นเดือนเพื่อใช้ในการสอบทานกับข้อมูลบัญชีในระบบ GFMIS สามารถทำได้ทุกสิ้นเดือน เมื่อเกิดข้อผิดพลาดสามารถแก้ไขให้ถูกต้องได้ทันที[5]

การพัฒนาการทำงานในกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เปรียบเสมือนกับการทำการทดลองในห้องทดลองเพื่อศึกษา แนวทางการทำงานในบริบทหนึ่ง ตามหลักการที่ควรจะเป็น เนื่องจากจังหวัดชัยนาทเป็นจังหวัดที่เล็กที่สุดใน

เขตสุขภาพที่ 3 จึงมีความเหมาะสม จะทดลองพัฒนาระบบงาน ซึ่งโดยส่วนตัวของผู้ขอรับการประเมินปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มต้นจากระดับโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน การที่ได้อยู่ในกลุ่มงานบริหารทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชนทำให้มีความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติงานจากระดับล่าง และมีโอกาสได้ทำงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอที่ต้องดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควบคู่ไปด้วย อีกทั้งมีประสบการณ์ในการทำงานระดับเขตสุขภาพในฐานะผู้รับผิดชอบหลักด้านคุณภาพบัญชีของเขตสุขภาพที่ 3 ในช่วงปี 2560-2562 ได้ลงพื้นที่ตรวจสอบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3 มากกว่า 30 แห่ง ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป จึงทำให้มีความเข้าใจในบริบทของงานบริการและงานสนับสนุนของหน่วยงานเหล่านี้เป็นอย่างดี เมื่อมีโอกาสได้เข้ามาปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ทำให้เข้าใจการเชื่อมโยงข้อมูลถึงกันอย่างเป็นระบบ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงมีความเข้าใจลักษณะของการทำงานที่มีปัญหาไม่ว่าจะระดับใด ดังนั้น จึงมีความเห็นว่า การพัฒนาระบบงานไม่ว่าจะทำในระดับจังหวัดหรือระดับเขต หรือระดับประเทศ ควรจะเริ่มจากจุดเล็ก ๆ ก่อน ศึกษาระบบ ศึกษาปัญหา ทดลองจนได้ผลลัพธ์ที่ดีแล้วจึงขยายผลต่อไปยังหน่วยงานอื่นที่มีความสนใจที่จะปรับปรุงพัฒนาระบบงานของตัวเองให้มีประสิทธิภาพ ใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด ทั้งทรัพยากรที่เป็นคน เงิน ของและเวลา[6]

ผลลัพธ์ของการพัฒนาการทำงาน ด้วยการนำซอฟต์แวร์เข้าใช้ มีประโยชน์ในการปฏิบัติงานรวมถึงการควบคุมดูแลได้โดยง่ายทั้งลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานโดยเริ่มต้นที่งานพัสดุ เดิม จัดทำเอกสารต่าง ๆ ด้วย MSWord Excel ร่วมกับจัดทำในระบบ e-GP จัดทำทะเบียนคุมต่าง ๆ ด้วย manual เช่น ทะเบียนคุมวัสดุ ทะเบียนคุมทรัพย์สิน การสรุปข้อมูลเพื่อรายงานตามระเบียบต้องเก็บข้อมูลเป็นกระดาษนำมาสรุปเป็นรายงานอีกครั้งเพื่อส่งต่อ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นการค้นหาทำได้ยาก ใช้เวลามาก และการสอบทานข้อมูลเช่น การสรุปข้อมูลการรับเข้าคลังวัสดุ การเบิกจากคลัง การคำนวนวัสดุคงคลังที่เหลือเพื่อใช้ยืนยันกับในระบบบัญชี GFMIS ไม่สามารถทำได้ทุกเดือน กล่าวได้ว่า ไม่เคยยืนยันยอดระหว่างกันเลย เนื่องจากความยุ่งยากในการสรุป ทะเบียนคุมไม่เป็นปัจจุบัน เพราะภาระงานมีมากไม่สอดคล้องกับอัตรากำลัง การทำทะเบียนทรัพย์สินไม่เป็นปัจจุบัน สอบทานยอดเช่น จำนวนทั้งหมดของทรัพย์สินมีมูลค่าเท่าไร มีทั้งสิ้นกี่รายการ มีอะไรบ้าง เป็นประเภทไหนบ้าง หมดอายุการใช้งานหรือยัง ฯลฯ ไม่มีการคำนวนค่าเสื่อมราคาในทะเบียนคุมทรัพย์สิน การพิมพ์เอกสารในบันทึกข้อความผ่าน MSWord พบปัญหาคือการเสนอแล้วกลับมาแก้ไขบ่อยมาก เพราะแก้ไขไม่ครบ พิมพ์ผิด ผิดตรงนั้น ผิดตรงนี้ ผิดพลาดทั้งจากผู้รับผิดชอบและจากหัวหน้าที่ไม่สามารถอ่านทุกตัวอักษรในเอกสารได้ จึงมีการแก้ไขบ่อยสิ้นเปลืองเวลา กระดาษ หมึก ทุกอย่างที่กล่าวมาคือจุดเริ่มต้นที่ต้องพัฒนานำโปรแกรมสำเร็จรูปมาช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ปรากฏว่าทำให้เกิดระบบงานที่ดีและมีประสิทธิภาพมากการทำงานเชื่อมโยงข้อมูลเดียวกัน ทำให้การสอบทานระหว่างงานพัสดุและงานการเงินทำได้โดยง่าย กล่าวคือ ข้อมูลที่เป็นเอกสารถูกส่งมาให้จากงานพัสดุ ส่วนข้อมูลที่อยู่ในระบบ การเงินสามารถเรียกมาตรวจสอบเพื่อสั่งจ่ายเงินให้แก่เจ้าหนี้ หรือจะเป็นการจ่ายเงินประเภทอื่น ๆ ก็สามารถทำได้โดยง่าย และเมื่อปฏิบัติงานแต่ละเรื่องเสร็จสิ้นสามารถเรียกรายงานออกมาตรวจสอบและสรุปเป็นทะเบียนนำส่งเอกสารเพื่อส่งต่อให้แก่งานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยไม่ต้องมาทำทะเบียนคุมใหม่ งานบัญชีสามารถตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกในระบบได้ทุกครั้งที่มีการเกิดขึ้นของรายการเช่น เมื่อตรวจรับสินค้า/วัสดุ ระบบจะบันทึกข้อมูลให้ทันที หรือมีการจ่ายชำระหนี้ต่าง ๆ ระบบจะบันทึกข้อมูลให้เช่นกัน ดังนั้น งานบัญชีมีหน้าที่ในการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกบันทึกในระบบมีหลักฐานประกอบถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่ และนำไปสอบทานกับข้อมูลบัญชีในระบบ GFMIS อีกครั้งเพราะข้อมูลทั้ง 2 ระบบนี้ต้องถูกต้อง

ตรงกัน เป็นการเพิ่มการควบคุม สอบทานงานระหว่างกัน เป็นการบริหารความเสี่ยงของงานทั้งหมด[7,8]

การกำกับดูแลในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานสามารถตรวจสอบข้อมูลได้โดยง่าย เมื่อมีประเด็นใดที่เป็นปัญหาสามารถย้อนรอยกลับไปหาถึงต้นเหตุได้อย่างรวดเร็ว จึงอาจสรุปได้ว่า การพัฒนางานเชิงระบบและบูรณาการหลัก GRC เข้าใช้ร่วมกับซอฟต์แวร์สำเร็จรูปที่เชื่อมโยงข้อมูลถึงกัน มีประโยชน์ทั้งในด้านการบริหารจัดการ การควบคุมกำกับ และการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก

ผลที่ได้รับจากการพัฒนา คือประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน ที่จะส่งผลให้รายงานการเงินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความน่าเชื่อถือขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำแนวทางการพัฒนาการทำงานไปประยุกต์ใช้ คือ สามารถนำแนวทางหรือวิธีการต่าง ๆ ที่นำเสนอไปประยุกต์ใช้ได้ แต่มีข้อจำกัดหนึ่งคือ การนำแนวทางทั้งหมดไปไม่สามารถรับประกันความสำเร็จได้ 100% เนื่องจากแต่ละแห่งมีบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้น ความรู้ ความเข้าใจ ในงานที่ต้องการพัฒนาต้องมีเป็นอย่างมาก เพราะเมื่อเกิดปัญหาหน้างานจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานตนเองได้ อีกทั้งยังช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะพัฒนาจนสำเร็จได้จากบุคลากรในกลุ่มงานเดียวกัน

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อเนื่อง คือ นำสิ่งที่พัฒนาสำเร็จในกลุ่มงานหลักคือกลุ่มงานบริหารทั่วไปของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ไปขยายผลต่อไปยังหน่วยงานในสังกัดให้เห็นเป็นรูปธรรมทั้งจังหวัดและวัดผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสามารถนำไปเป็นต้นแบบของการบริหารจัดการการเพิ่มประสิทธิภาพในหน่วยงานสนับสนุน ระดับเขตสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการคลัง (2564), มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ พ.ศ. 2564 : (หน้า 26 – 237)
2. กระทรวงการคลัง (2561), พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลัง พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานครกลุ่มงานธรรมาภิบาล กฟผ. (2563), สำนักผู้ว่าการบทความเรื่อง “GRC กลยุทธ์ใหม่ในการบริหารเพื่อการเติบโตอย่างยั่งยืนขององค์กร”. กรุงเทพมหานคร
3. สถาบันส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี สำนักงาน ก.พ.ร. (2561), รายงานการศึกษาหน่วยงานราชการรูปแบบใหม่ (ฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพมหานคร
4. สถาบันกรรมการบริษัทไทย (2564), แนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับคณะกรรมการเกี่ยวกับการบูรณาการ GRC. กรุงเทพมหานคร
สุทธิ สุนทรานุรักษ์ (2567), บทความสำนักงานการต่างประเทศลำดับที่ 82 เรื่อง การนำ Generative AI มาใช้ในการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพการดำเนินงาน
5. อุษณา ภัทรมนตรี (2561), การตรวจสอบภายในสมัยใหม่. กรุงเทพมหานคร
6. จุฑามน สิทธิผลวนิชกุล (2561), แนวทางการบริหารความเสี่ยงองค์กร COSO Enterprise Risk Management 2017, สภาวิชาชีพบัญชี. กรุงเทพมหานคร
7. ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ (2563), ทฤษฎีองค์การและการจัดการสมัยใหม่ Modern Organization, https://www.thaiprint.org/2020/12/vol128/knowledge128- 03/#
8. ชัยวัฒน์ ใบไม้ (2564), บทความ แนวคิดเชิงระบบสู่การบริหารธุรกิจยุคใหม่, วารสารปาริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ. กรุงเทพมหานคร

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Pulmonary Tuberculosis : Case study 2 cases

Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

ธัญญรัตน์ นาพรมเทพ[1]
Thanyarat Napromthep[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คัดเลือกจากผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโนนศิลา ช่วงเดือนมกราคม - สิงหาคม 2667 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทำการรวบรวม สรุป นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการไอมีเสมหะและน้ำหนักลด มีโรคร่วมคือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้าเกณฑ์ 7 กลุ่มเสี่ยงที่ต้องคัดกรองวัณโรค แพทย์ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก และตรวจเสมหะ sputum AFB x III days พบว่าNot found ผลตรวจเสมหะ Sputum gene Expert พบว่า MTB detected จึงได้วินิจฉัยโรคเป็น Pulmonary Tuberculosis ได้รับยาวัณโรคสูตร 2 HRZE/4HR คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน กำกับการรับประทานยาวัณโรคปอด (DOT) เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการรักษา 6 เดือน ตรวจเสมหะ sputum AFB ผลการตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคปอด แพทย์พิจารณาจำหน่ายออกจากคลินิกวัณโรค กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไอมีเสมหะ มีไข้ตอนกลางคืน มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง แพทย์ส่งตรวจ sputum AFB x III days พบว่า Not found ผลตรวจเสมหะ Sputum gene Expert พบว่า MTB detected จึงได้วินิจฉัยโรคเป็น Pulmonary Tuberculosis ได้รับยาวัณโรคสูตร 2 HRZE/4HR คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน กำกับการรับประทานยาวัณโรคปอด (DOT) เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการรักษา 6 เดือน ตรวจเสมหะ sputum AFB ผลการตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคปอด แพทย์พิจารณาจำหน่ายออกจากคลินิกวัณโรค

คำสำคัญ : วัณโรคปอด, การพยาบาล

Abstract

This study aimed to study the nursing care of pulmonary tuberculosis patients. The case study was 2 purposively selected patients at the tuberculosis clinic, Non-Sila Hospital, during January - August 2667. Data were collected from patient medical records, patient and relative interviews, and home visits using Gordon's 11 health patterns. The data were collected and summarized, which led to nursing diagnosis, nursing action planning, and nursing outcome assessment.

The results of the study found that the first case study patient, a 62-year-old Thai male patient, came to the hospital with symptoms of cough with sputum and weight loss. He had comorbidities of diabetes and hypertension. He met the criteria of 7 risk groups that required tuberculosis screening. The doctor sent him for a chest X-ray and sputum AFB x III days sputum test, which showed that it was Not found. The Sputum Gene Expert test showed MTB detected, so he was diagnosed with Pulmonary Tuberculosis. He received 2 HRZE/4HR tuberculosis medication. He screened his household contacts and supervised the administration of pulmonary tuberculosis medication (DOT). He monitored for adverse drug reactions. After a follow-up home visit, treatment results in 6 months, sputum AFB test results, and no pulmonary tuberculosis bacteria, the doctor considered discharge from the tuberculosis clinic. In case study

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

2, a 65-year-old Thai male patient came to the hospital with symptoms of coughing with sputum, fever at night, and co-morbidities of hypertension. The doctor sent for sputum AFB x III days test results, found Not found. The sputum gene Expert test results found MTB detected, so the disease was diagnosed as Pulmonary Tuberculosis. Received 2 HRZE/4HR tuberculosis formula, screened household contacts, supervised the intake of pulmonary tuberculosis drugs (DOT), and monitored for adverse drug reactions. After a follow-up home visit, treatment results in 6 months, sputum AFB test results, and no pulmonary tuberculosis bacteria, the doctor considered discharge from the tuberculosis clinic.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, Nursing

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ.2565 โดยองค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 1.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 10.1 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2563 คิดเป็นร้อยละ 4.5 นอกจากนี้วัณโรคยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 13 รองลงมาจาก COVID-19 ประชากรประมาณ 1 ใน 3 พบมีเชื้อวัณโรค ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีการตรวจพบเชื้อวัณโรคมากที่สุดในภูมิภาคเอเชีย[1] ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดวัณโรคปอดในประเทศไทย ได้แก่ การย้ายถิ่นฐานของแรงงาน ความยากจน การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค เช่น อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน การทำงานในที่แห่งเดียวกัน การจัดลักษณะที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงานไม่ถูกสุขลักษณะหรือสภาพแวดล้อมที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคไต เป็นต้น วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย วัณโรคกว่าร้อยละ 75-80 เกิดขึ้นที่ปอด องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติปัญหาวัณโรค มีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคเพื่อให้การดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติโดยมีแนวทางการควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่องยั่งยืน โดยใช้ระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงหรือแบบมีพี่เลี้ยง (DOT: Directly Observer Treatment) ซึ่งเป็นวิธีการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบตามแผนการรักษา ซึ่งปัญหาที่พบของผู้ป่วยวัณโรคคือ การกินยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษา ต้องใช้ยาหลายขนาดและโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาต่ำ และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ประกอบกับผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ทำให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจจากบุคคลอื่นจึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาและดูแลจนหายขาด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค การให้คำปรึกษา การติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลการรับประทานยาและลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การดูแลด้านโภชนาการและการสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจ ครอบครัวและชุมชน

โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) เริ่มเปิดให้บริการคลินิกวัณโรค เมื่อ ปี พ.ศ.2566 (ก่อนหน้าขึ้นทะเบียนรักษาที่รพ.บ้านไผ่) โดยให้บริการทุกวันพุธ ให้บริการแบบ One Stop Service แยกส่วนจากการให้บริการผู้ป่วยอื่นอย่างชัดเจน อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น มีประชากร 26,650 คน จากสถิติผู้ป่วยวัณโรคอำเภอโนนศิลา ปี พ.ศ. 2564,2565 และ 2566 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (Incident case) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจำนวน 21,35 และ 39 ราย ตามลำดับ อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคราย

ใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 52.5,87.5 และ 102.5 และอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 55.56 (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 88) อัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) ปี 2566 เสียชีวิต 1 รายคิดเป็นร้อยละ 2.56 อัตราการขาดยา (เกณฑ์กำหนดต้องไม่มีการขาดยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปี 2566 ขาดยา 1 รายคิดเป็นร้อยละ 2.56[4]

แม้ว่าอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ความสำเร็จของการรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตและมีผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลที่จะต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการขาดยา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ค้นหาปัญหา กำหนดปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล วางแผนการจำหน่ายเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาวัณโรคอย่างต่อเนื่องป้องกันการเกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรคปอด จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่คลินิกวัณโรคเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากรและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด กรณีศึกษา 2 ราย

ขอบเขตและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโนนศิลา ปีพ.ศ.2567 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 2 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโนนศิลา ในระหว่างเดือน มกราคม - สิงหาคม 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วย และญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทำการสรุป รวบรวม นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากแบบแผนสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมารับยาตามนัด 1 เดือนก่อนมาไอมีเสมหะขาวขุ่น เป็นๆหายๆ น้ำหนักลด 4 กิโลกรัม	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตมารับยาตามนัด 1 เดือนก่อนมา ไอมีเสมหะ มีไข้ตอนกลางคืน	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับยาตามนัด ผู้ป่วยรายที่ 1 ป่วยด้วยเบาหวาน และมีอาการไอ น้ำหนักลด ผู้ป่วยรายที่ 2 ป่วยด้วยความดันโลหิตสูง มีอาการไอ ไข้ตอนกลางคืน

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมารับยาตามนัด 1 เดือนก่อนมาไอมีเสมหะขาวขุ่น เป็นๆหายๆ น้ำหนักลด 4 กิโลกรัม คัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) พบผิดปกติ ส่ง sputum gene Xpert ผลพบเชื้อ (MTB detected)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตมารับยาตามนัด 1 เดือนก่อนมา ไอมีเสมหะ มีไข้ตอนกลางคืน ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) พบผิดปกติ ส่งsputum gene Xpert ผลพบเชื้อ (MTB detected)	ผู้ป่วยรายที่1 เข้าเกณฑ์การคัดกรองวัณโรคปอดใน7กลุ่มเสี่ยง และมีอาการแสดงที่ชัดเจน ผล CXR ผิดปกติ ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่เข้าเกณฑ์การคัดกรองวัณโรคแต่ผู้ป่วยมีอาการแสดงที่ชัดเจน CXR ผิดปกติ ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงรับยาที่โรงพยาบาลโนนศิลาเป็นมา 1 ปี	โรคความดันโลหิตสูง รับยาที่โรงพยาบาลโนนศิลาเป็นมา 8 ปี	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด คือโรคเบาหวานซึ่งมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคประมาณ 30 % ตลอดช่วงชีวิต
โรคประจำตัว	โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยทั้ง2รายมีโรคประจำตัว ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวเบาหวานซึ่งมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคประมาณ30% ตลอดช่วงชีวิต
ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติด	สูบบุหรี่(ยาเส้น) วันละ 10 มวน ดื่มสุราตามเทศกาลมานานมากกว่า 10 ปี	สูบบุหรี่(ยาเส้น) วันละ 6-8 มวน เลิกสูบบุหรี่มา 8 ปี ดื่มสุราตามเทศกาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายดื่มสุราและสูบบุหรี่ซึ่งเสี่ยงต่อต่อการป่วยเป็นวัณโรค
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ	สมาชิกในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีสมาชิกในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเหมือนกัน
การวินิจฉัยโรค	Pulmonary Tuberculosis	Pulmonary Tuberculosis	ผู้ป่วยทั้ง2 รายเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องคัดกรองวัณโรคเนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความเสี่ยงที่การป่วยวัณโรคจากสูงอายุ สูบบุหรี่และดื่มสุรา

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลตรวจเสมหะ sputum AFB x III Not found ผลตรวจเสมหะ Sputum gene Xpert = MTB detected	ผลตรวจเสมหะ sputum AFB x III Not found ผลตรวจเสมหะ Sputum gene Xpert = MTB detected	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตรวจเสมหะ sputum AFB ไม่พบเชื้อ ตรวจเสมหะ Sputum gene Xpert = MTB detected
ผลตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR)			ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพที่ปอด
การรักษาที่ได้รับ	สูตร 2HRZE/4HR Isoniazid 100 mg. 3 tab oral hs Rifampicin 300 mg. 2 tab oral hs Pyrazinamide 500 mg. 4 tab oral hs Ethambutol 400 mg. 3 tab oral hs Vit B6 1 tab oral hs Metformin 500 mg. 1 tab oral bid pc Enalapril 5 mg. 1 tab oral bid pc Simvastatin 20 mg. ½ tab oral hs.	สูตร 2HRZE/4HR Isoniazid 100 mg. 3 tab oral hs Rifampicin 300 mg. 2 tab oral hs Pyrazinamide 500 mg. 4 tab oral hs Ethambutol 400 mg. 3 tab oral hs Vit B6 1 tab oral hs Amlodipine 10 mg. 1 tab oral pc OD Losartan 50 mg. 1 tab oral pc OD Simvastatin 20 mg. 1 tab oral hs.	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยารักษาวัณโรคปอด สูตรยา 2HRZE/4HR ซึ่งเป็น First-line drug สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน และขนาดยาตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย และรับยาโรคประจำตัว โดยรายที่ 1 รับยารักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รายที่ 2 รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB)	1. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB)	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5 ข้อ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 ข้อ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	2. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรคปอด	2. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรคปอด	มีความแตกต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน Hypoglycemia/Hyperglycemia จากโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้
	3. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	
	4. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรคปอด	4. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรคปอด	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน Hypoglycemia/Hyperglycemia		

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน นำสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย วัยสูงอายุและมีโรคร่วม ผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 62 ปี เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมคือ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 65 ปี เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด และมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ดื่มสุรา และเคยสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ป่วยด้วยวัณโรคปอด ได้แก่ สูงอายุ มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองรายป่วยด้วยวัณโรค และมีผลต่อการรักษาหายได้แก่ อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาเพียง 0.28 เท่าของกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี (95% CI = 0.18-0.45) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาเพียง 0.24 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม (95% CI = 0.19-0.29)[5] และการรับประทานยาต้านวัณโรคสม่ำเสมอ มีโอกาสรักษาสำเร็จเป็น 22.44 เท่า (95% CI = 6.09-82.65)[7] เมื่อพิจารณาปัญหาที่พบจากการประเมินตาม แบบแผนสุขภาพของกอรีดอน 11 แบบแผน การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆพบว่าพยาธิสภาพโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยเป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข[1] ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB) และดื่มสุราสังสรรค์กันเพื่อนในชุมชน มีความเครียดและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม และในผู้ป่วยรายที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน Hypoglycemia/Hyperglycemia ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตั้งแต่

ระยะแรกรับ และการดูแลต่อเนื่อง เป็นผู้สนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมในแผนการรักษา เป็นผู้ให้คำปรึกษา สร้างความตระหนัก แนะนำให้ความรู้ในการดูแลตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคสู่บุคคลใกล้ชิดและชุมชน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือจนครบระยะการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ไม่ดื้อต่อยาวัณโรค สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการไอมีเสมหะ น้ำหนักลด มีโรคร่วม เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเป็นผู้สูงอายุ เข้าเกณฑ์ 7 กลุ่มเสี่ยงคัดกรองวัณโรค ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูงและเป็นผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การดื่มเหล้า เคยสูบบุหรี่ การรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR ซึ่งเป็น First-line drug สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ ในผู้ป่วยรายที่ 1 มี 5 ประเด็น ได้แก่ 1.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB) 2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรคปอด 3. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรคปอด 5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน Hypoglycemia/Hyperglycemia และ รายที่ 2 พบมี 4 ประเด็น 1.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB) 2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรคปอด 3.ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรคปอด นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากโรคและยาที่ใช้ในการรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่คนในครอบครัวและชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยอบรับสภาพของการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และทำให้การรักษาประสบผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน และให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือจนกว่าไม่มีอาการไอ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2. จัดอบรมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำเร็จ

3. พัฒนาแนวทาง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด การติดตามการกำกับการรับประทานยา (DOT) การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการคัดกรองและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. กองวัณโรค.การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สำหรับผู้สัมผัสวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์; 2564.

2.กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. กองวัณโรค.แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์; 2564.

3.กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. กองวัณโรค. สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562-2566. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์; 2567.

4.กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลโนนศิลา.รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยวัณโรค 2564-2566 ขอนแก่น: โรงพยาบาลโนนศิลา. 2566.

5.กุสุมา สว่างพันธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดภูเก็ต. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 9(3) : 317-329.
6.จินตนา โพธิ์ตาก. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(3)268-279.
7.พชรพร ครองยุทธ, เจษฎา สุราวรรณ์,สุภัควดี ธนสีลังกูร,ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 14(3).
8.วิศณุ นันทัยเกื้อกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณ โรค โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564; 28(2) : 53-62.
9.สุวิจักขณ์ เจนปิยพงษ์, ชมพูนุช เพชรวิเศษ, ณัฐฐิตา เพชรประไพ, ศรัญญา จุฬารี. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดใน ระยะกำเริบและระยะพักฟื้น : กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2566;41(2)1-14.

การบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

Nursing Management of Hip Fracture Patients Undergoing Hip Replacement Surgery.

Received: October 27,2024 ; Revised: October 30,2024 ; Accepted: October 31,2024)

ปิยวรรณ วัดพ่วงแก้ว[1] ญาณิภา แก้วลำหัด[1]
Piyawan Wadphuangkaew[1] Yanipa Kaewlumhud[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย บทความวิชาการ และรายงานทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ตลอดจนแนวทางการบริหารจัดการทางการพยาบาล ขอบเขตของการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะดูแลต่อเนื่อง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและวิเคราะห์โดยการพรรณนา

โดยอาศัยการรักษาที่ทันท่วงทีและการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ 1) ระยะก่อนผ่าตัด ให้ความสำคัญกับการพยาบาลการลดปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด เป็นการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดการความปวด การป้องกันกระดูกสะโพกเลื่อนหลุด และการวางแผนจำหน่าย และ 3) ระยะดูแลต่อเนื่อง เป็นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง มีทักษะในการฟื้นฟูข้อสะโพก โดยอาศัยความรู้และการจัดการทางการพยาบาลที่ทันสมัยประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: กระดูกสะโพกหัก, การจัดการทางการพยาบาล และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

Abstract

This study was a case study by collecting data from research, academic articles, and medical reports related to the care and treatment of patients with hip fractures, as well as nursing management guidelines. The scope of the study was divided into 3 phases: preoperative phase, postoperative phase, and ongoing care phase. Data were collected from medical records and analyzed descriptively.

Effective management and timely nursing care for this patient population can be categorized into three phases: (1) Preoperative phase focused on pain management, complication prevention, and preoperative preparation; (2) Postoperative phase involving prevention of postoperative complications, pain management, prevention of hip dislocation, and discharge planning; (3) Follow-up phase aimed at ensuring proper postoperative care, skill development for hip rehabilitation, and application of contemporary nursing practices to enhance patient outcomes. Implementing modern knowledge and nursing management strategies effectively can improve the care of patients with hip fractures undergoing hip replacement surgery.
Keywords: Hip fracture, Nursing management, Hip replacement surgery

บทนำ

การหักของกระดูกสะโพก (Hip fracture) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย โดยมีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลกประมาณ 1.5 ล้านคน [1] ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี [2] ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหัก 151.2 รายต่อแสนประชากร และอัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาล 185.2 รายต่อแสนประชากร [3] สาเหตุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากการพลัดตกหกล้ม [4] และพบได้บ่อยในสตรีสูงอายุ [5] โดยผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักกว่าร้อยละ 76 เป็นเพศหญิง และ

[1] 1ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 65 ปี [6] เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างเนื้อเยื่อกระดูก ทำให้มวลกระดูกลดลงและบางลง ส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุนและมีความเสี่ยงต่อการหักได้ง่าย [7]

อาการที่พบในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีตั้งแต่ปวดรุนแรงจนไม่สามารถลงน้ำหนักที่ขาข้างบาดเจ็บได้ และในบางรายอาจมีขาผิดรูป [8] นอกจากนี้อาจเกิดภาวะหัวกระดูกขาดเลือด เส้นประสาทบาดเจ็บ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการขาดการเคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อ หลอดเลือดดำอุดตัน ข้อติด และกล้ามเนื้อลีบ [9] ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง และสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จนต้องพึ่งพาคนอื่น [10] ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และการรับรู้คุณค่าตนเองที่ลดลง ก็เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ [11] ยิ่งไปกว่านั้น ภาวะกระดูกสะโพกหักยังเชื่อมโยงกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปถึง 10 เท่า [12]

การรักษาที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดีคือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งสามารถบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากภาวะพยาธิสภาพ ทำให้ข้อสะโพกมีความมั่นคงในการลงน้ำหนัก และมีพิสัยการเคลื่อนไหวเพียงพอต่อการทำกิจวัตรประจำวัน [13] การผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อมเดิม รวมทั้งสร้างความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น [14] ระยะเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัดคือภายใน 24-48 ชั่วโมง และไม่ควรเกิน 4 วันหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการตายของเนื้อกระดูกจากการขาดเลือด ส่งผลให้ฟื้นตัวเร็วและลดภาวะแทรกซ้อน [15] งานวิจัยของ Poh และ Lingaraj ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้า (เกิน 48 ชั่วโมง) มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทันทีถึง 1.8 เท่า [16]

แม้การรักษาด้วยการผ่าตัดจะมีประสิทธิภาพ แต่หากการดูแลไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ข้อติด และข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวนานขึ้น [17] ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะดูแลต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการลดความปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ [18]การจัดการทางการพยาบาลสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะหลัก ได้แก่: 1)ระยะก่อนผ่าตัด: ให้การดูแลเพื่อลดอาการปวดและเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย 2) ระยะหลังผ่าตัด: เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความปวด และการเตรียมการจำหน่าย 3)ระยะดูแลต่อเนื่อง: ส่งเสริมการฟื้นฟูข้อสะโพกและป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและลดความกังวล [19] พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ [20]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาเหตุและอาการของภาวะกระดูกสะโพกหัก

เพื่อวิเคราะห์ผลการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เพื่อศึกษาแนวทางการบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

เพื่อแนะนำทักษะที่จำเป็นของพยาบาลในการบริหารจัดการทางการพยาบาล

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย บทความวิชาการ และรายงาน

ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ตลอดจนแนวทางการบริหารจัดการทางการพยาบาล ขอบเขตของการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะกระดูกสะโพกหัก พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะนี้ โดยสรุปเป็นประเด็นหลักดังนี้

1.กระบวนการสูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูก ส่งผลให้ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง เกิดภาวะกระดูกบางและพรุน ทำให้มีโอกาสกระดูกหักได้ง่าย[7] นอกจากนี้ วัยสูงอายุยังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคกระดูกพรุน ซึ่งเพิ่มความเปราะบางของกระดูก ผู้สูงอายุยังมีประสิทธิภาพการมองเห็นที่ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่อาจนำไปสู่การหักของกระดูกสะโพก

2.การพลัดตกหกล้ม การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากอุบัติเหตุทางถนน[17] ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 54.5 ของอุบัติเหตุเกิดจากการลื่นล้มระหว่างการทำกิจกรรมประจำวัน

3.โรคประจำตัวและภาวะเจ็บป่วย ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคกระดูกพรุน หรือประวัติกระดูกหักมาก่อน มีความเสี่ยงต่อการหักของกระดูกสะโพกเพิ่มขึ้น [18] นอกจากนี้ การใช้ยาบางชนิดที่มีผลต่อความหนาแน่นของกระดูกหรือการทรงตัว อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มและกระดูกหัก

4.สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นบ้านที่ลื่นหรือลาดเอียง มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นขรุขระ หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ ล้วนเพิ่มโอกาสการพลัดตกหกล้ม [18]

ภาวะกระดูกสะโพกหักมักแสดงอาการปวดอย่างรุนแรงที่ขา ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ [13] อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่

1.อาการปวดอย่างรุนแรงและการเดินผิดปกติ ในระยะแรก ผู้ป่วยอาจเดินกะเผลก (antalgic gait) เพื่อลดน้ำหนักที่ลงไปยังข้างที่ปวด ทำให้ขาสะโพกข้างที่เจ็บยกสูงกว่าอีกข้าง (Trendelenburg gait)

2.ความยาวขาที่ไม่เท่ากัน เกิดจากการยุบตัวหรือเคลื่อนออกของหัวกระดูกสะโพก ส่งผลให้ขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บสั้นกว่าปกติ

3.อาการบวมและรอยช้ำ บริเวณขาหนีบอาจมีอาการบวมและพบรอยช้ำเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากแรงกระแทก

4.การกดเจ็บและการบาดเจ็บของเส้นเลือด ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บเมื่อกดบริเวณขาหนีบ เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหัวสะโพกได้รับการดึงรั้งหรือฉีกขาดจากอุบัติเหตุ [19]

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลักตามส่วนของข้อสะโพกที่ทำการเปลี่ยน และตามวิธีการยึดข้อสะโพกเทียมกับกระดูก ดังนี้

1.การเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขา (Hemiarthroplasty) การผ่าตัดนี้ทำการเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวของกระดูกต้นขา โดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าสะโพก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ยังคงมีเบ้าสะโพกแข็งแรง 18

2.การผ่าตัดเปลี่ยนทั้งส่วนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพก (Total Hip Arthroplasty) การผ่าตัดชนิดนี้ทำการเปลี่ยนทั้งส่วนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสียหายทั้งสองส่วนหรือต้องการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวอย่างเต็มที่ [2]

ประเภทการผ่าตัดตามวิธีการยึดข้อสะโพกกับกระดูก ชนิดใช้ซีเมนต์ (Cemented Prosthesis) ใช้สารยึดกระดูก (bone cement) เพื่อให้ข้อสะโพกเทียมยึดติดกับกระดูกอย่างแน่นหนา เหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน เนื่องจากการยึดด้วยซีเมนต์ช่วยเพิ่มความมั่นคงและลดระยะเวลาการฟื้นตัว [18] ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์ (Cementless Prosthesis) ใช้การยึดด้วยสกรูและอุปกรณ์ช่วยเสริมความแข็งแรง โดยเนื้อเยื่อกระดูกจะค่อยๆ เจริญเติบโตและยึดติดกับข้อเทียมเอง วิธีนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าและมีความแข็งแรงของกระดูกเพียงพอ [18]

การบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก การบริหารการพยาบาลมุ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพโดยผสมผสานความรู้ด้านพยาบาล การจัดการ และภาวะผู้นำ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ[1] กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล[2]

การบริหารจัดการทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด มีดังนี้

1.**การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย** ประเมินตาม **11 แบบแผนของกอร์ดอน** รวมถึงประวัติการทำงาน เช่น งานเบา (sedentary work) หรือใช้แรงงานหนัก (labor work) เพื่อเลือกวิธีผ่าตัดที่เหมาะสม[3] ตรวจร่างกายประเมินความผิดปกติ เช่น การเดินกะเผลก การวัดพิสัยการขยับของข้อสะโพก และการทำงานของเส้นประสาท

2.**การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าผ่าตัดด้านร่างกาย**: ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ฝึกเคลื่อนไหวด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน และดูแลโภชนาการ **ด้านจิตใจ**: ลดความวิตกกังวลโดยให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัดและการฟื้นฟู **การเตรียมผู้ดูแล**: ให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด **การจัดการความปวด** ใช้ยาในกลุ่ม **opioids** และ **NSAIDs** พร้อมกับการบำบัดไม่ใช้ยา เช่น การประคบเย็นและการนวด[4] **การป้องกันแผลกดทับ** ใช้ที่นอนลมพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และให้ญาติช่วยในการเคลื่อนย้าย

การบริหารจัดการทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1.**การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อแผลผ่าตัด**: ล้างแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) และเปลี่ยนผ้าปิดแผลเมื่อมีการซึม **การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม**: จัดท่าให้นอนกางขาพร้อมหมอนรอง หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา

2.**การดูแลด้านจิตใจ** เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม พร้อมจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น เครื่องพยุง 4 ขา

3.**การจัดการความปวดหลังผ่าตัด** ประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง และให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา[5]

4.**การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด** วางแผนฟื้นฟูร่วมกับนักกายภาพบำบัด เช่น การฝึกกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว

การบริหารจัดการทางการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

1.**การให้ความรู้และฝึกทักษะ** แนะนำผู้ป่วยและญาติในการจัดการความปวด การทำแผล และการฟื้นฟูข้อสะโพก

2.**การปรับสภาพแวดล้อมของบ้าน** ติดตั้งราวจับในห้องน้ำ และปรับพื้นบ้านให้เรียบเพื่อป้องกันการล้ม

3.**การติดตามอาการผิดปกติ** หากมีอาการปวด แผลบวม หรือไข้ ให้รีบพบแพทย์ทันที

4.**การประสานงานกับชุมชน** ส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลชุมชน และติดตามอาการตามนัด

ทักษะที่จำเป็นของพยาบาลในการบริหารจัดการทางการพยาบาล

1.ทักษะด้านวิชาการ: พยาบาลต้องมีความรู้ทางการพยาบาลและการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ [22]

2.ทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม: ส่งเสริมความร่วมมือในทีมและลดความขัดแย้ง[23]

3.ทักษะการคิดวิเคราะห์: ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์และตัดสินใจอย่างมีเหตุผล[24]

4.ทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล: ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วย [25]

5.ทักษะการคิดสร้างสรรค์: ส่งเสริมนวัตกรรมเพื่อพัฒนาการดูแล [26]

6.ทักษะภาวะผู้นำ: พยาบาลต้องมีความสามารถในการตัดสินใจและบริหารทีมอย่างมีประสิทธิภาพ[27]

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักต้องอาศัยการจัดการที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[22] การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ แต่ต้องควบคู่กับการดูแลหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมโดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

1.พัฒนาทักษะพยาบาล: ควรจัดอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

2.นำเทคโนโลยีมาใช้: พัฒนาระบบติดตามผลการรักษาผ่านแอปพลิเคชัน

3.ส่งเสริมการทำงานร่วมกันในชุมชน: สนับสนุนการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.วิจัยเพิ่มเติม: ควรศึกษาต่อเกี่ยวกับแนวทางการดูแลที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Cheng SY, Levy AR, Lefaivre KA, Guy P, Kuramoto L, Sobolev B. Geographic trends in incidence of hip fractures: A comprehensive literature review. Osteoporos Int. 2011;22(10):2575–2586.
2. Brauer CA, Coca-Perraillon M, Cutler DM, Rosen AB. Incidence and mortality of hip fractures in the United States. JAMA. 2009;302(14):1573–1579.
3. Phadungkiat S, Chariyalertsak S, Rajatanavin R, Chiengthong K, Suriyawongpaisal P, Woratanarat P. Incidence of hip fracture in Chiang Mai. J Med Assoc Thai. 2002;85(5):565–571.
4. บุญนำ พัฒนแก้ว. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดเคลื่อนไหว. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2564;4(2):53–62.
5. Wilarat W. Fracture of Femur. [Internet]. 2019. [cited 1 Sep 2567]. Available from:http://ortho.md.chula.ac.th
6. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2552.
7. ศิริวรรณ พรหมสาขา ณ สกลนคร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2567.
8. สมปรารถนา คลังบุญครอง. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(1):154–163.
9. ศุภพร ศรีพิมาน, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563;3(2):149–165.
10. Conn KS, Clarke MT, Hallett JP. A simple guide to determine the magnification of radiographs. J Bone Joint Surg Br. 2002;84(2):269–272.

11. จิณพิชญ์ชา มะมม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
12. สุชีลา จันทร์วิทยานุชิต. The challenging treatment in osteoporosis patient. In: การประชุมวิชาการสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย; 2554. p. 19–21.
13. ยุพิน นามผา. ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2567.
14. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. Osteoporos Int. 1997;7:407–413.
15. มลฤดี เพ็ชร์ลมุล, สุภาพ อารีเอื้อ. การชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2552;15(2):233–248.
16. Poh KS, Lingaraj K. Complications and their risk factors following hip fracture surgery. J Orthop Surg (Hong Kong). 2013;21(2):154–157.
17. โสภิต เลาหภักดี. การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563;3(2):224–240.
18. อรทัย สิริวัฒนพงษ์. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(2):69–79.
19. นรเทพ กุลโชติ. กระดูกหักและข้อเคลื่อนหลุดรอบข้อสะโพก. กรุงเทพฯ; 2558.
20. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544.
21. Potter PA, Perry AG. Fundamental of Nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2005.
22. ภารดี ชาวนรินทร์, สมฤดี กีรตวนิชเสถียร, มยุรี กมลบุตร, ปราชญา ศุภฤกษ์โยธิน. ซอฟต์สกิล: ทักษะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2565;9(1):1–17.
23. Bloom BS. Mastery learning. Evaluation Comment. 1968;1(2):1–12.
24. ลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง. ผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยุค 4.0. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;4(2):54–64.
25. ชลธิชา โภชนกิจ, เกษตรชัย และหีม, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา. การพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะของพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(3):137–149.
26. ภารดี ชาวนรินทร์, ชวนชม ชินะตังกูร, กมลมาลย์ ไชยศิริธัญญา. ทักษะการบริหารในศตวรรษที่ 21. วารสารวิจัยวิชาการ. 2565;5(1):113–128.
27. มณีรัตน์ ภาคธูป, อุไร ขลุ่ยนาค. การคิดวิจารณญาณในงานพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561;11(2):1–12.
28. เอื้องพร พิทักษ์สังข์, เจียมรัตน์ โพธิ์เย็น, จันทนา นามเทพ, et al. ทักษะดิจิทัลของพยาบาล. วารสารสภา การพยาบาล. 2566;38(2):38–48.
29. พรธิดา ชื่นบาน, ธนาวรรณ แสนปัญญา, ทิพากร กระเสาร์. การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(3):70–84.