ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.6 November - December 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 1
วิทยา วัฒนเรืองโกวิท ,สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ ,ธีรพัฒน์ สุทธิประภา

ผลของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง 10
ลำดวน ไชยบุตร ,ศัลยา พันธุโพธิ์ ,กิ่งกนก ภักดีแก้ว ,ณัฐปภา ศรีนิล ,หนึ่งเดือน กว้างสวาสดิ์

ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 21
ดวงสุดา สุวรรณศรี ,วสันต์ชาย สุรมาตย์ และปฏิมาภรณ์ วงค์ภูธร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตตามแนวทางของ WHO ในจังหวัดปัตตานี 28
ณัฐนิชา วารีสมาน

ปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ 40
มะลิ สุปัตติ ,อารี บุตรสอน

ผลการพัฒนานักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพและองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 51
สุพัฒน์ กองศรีมา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 60
ปราโมทย์ เกิดผล

ผลของโปรแกรมการสอนงานต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 68
อานนท์ สังขะพงษ์ ,ฐพัชร์ คันศร ,นนทกร ดำนงค์ ,ศรฉัตร แดงกระจ่าง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 80
ญภา ภัคฐิติพันธ์ ,สิรินทร เลิศคูพินิจ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย 91
วานิช ศรีสุข

การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน 99
อังคณา วังทอง ,อนุชิต วังทอง ,ไพบูลย์ งามสกุลพิพัฒน์

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง 113
ยุวดี คาดีวี ,พนิตา จิตจักร ,สุขขี แสง ,จันทร์ทิต เพียรภายลุน

รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร 124
บัณฑิษฐ สร้อยจักร

ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุม ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดัน โลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง 132
จันทร์ทิต เพียรภายลุน ,ยุวดี คาดีวี , พนิตา จิตจักร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง 144
กานดา ศรีโพธิ์ชัย ,ธัญญาลักษณ์ ไชยสุขมอลเลอร์

รูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 155
จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง ,สาธิตา เรืองสิริภคกุล ,อนุชา ไทยวงษ์ ,ประครอง ประกิระนะ ,กัลยาณี ประทุมทอง

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์..... 166
เลิศสุวรรณ สีอ่อนดี

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 174
เชาวฤทธิ์ รองไชย

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 181
กลมลี แสนบุดดา

การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 190
คำตัน ปินะโต ,พีร์ วัชรพงษ์ไพบูลย์ ,ศุภชัย แพงคำไหล ,กัลยาณี ประทุมทอง ,กาญจนา จันทะนุย

พัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน 201
จินตหรา ปัญโยวัฒน์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 208
นิติยา หวังสันติวงศา ,บัณฑิต หวังสันติวงศา ,นริศรา มาลี ,ราตรี อันปัญญา

แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 218
ประครอง ประกิระนะ ,จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง ,ดนัย บุญมี ,กาญจนา จันทะนุย ,อรนุช ไชยสันต์

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 229
ภิรญา พินิจกลาง ,ธัญญามาศ เทพสาร ,ธนวัฒน์ กางมาเทศ ,อรนุช ไชยสันต์ ,กาญจนา จันทะนุย

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยกระบวนการ A-I-C ตำบลปะอาว อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 241
อุไรวรรณ หลาทอง

การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT 249
กุลพัชร เขียวชอุ่ม ,ณัฐยา ชูเชิด

ผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ... 260
เบญจวรรณ กิ่งมณี ,ณัฐภรณ์ สมบุตร ,สรชา งามทรัพย์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนักอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 271
กนกวรรณ คำโสภา ,อารี บุตรสอน

การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 284
กาญจน์วรินทร์ วรินธนวัฒน์ ,ทิพย์วัลย์ สุรินยา

ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ "Easy Splint Care" ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 298
ดวงพร ชาศรี ,ชัชรชัย ทองเชื้อ ,ภัทรพงษ์ สิงหรักษ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยง 307
อภิชา น้อมศิริ ,วิศรี วายุรกุล ,อลิสสา รัตนตะวัน

ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 318
เสาวนีย์ จันทนบุบผา ,นรุตม์ พรประสิทธิ์

ผลของสื่อการสอนในรูปแบบแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” ต่อความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 326
ชลินทรา วรรณภักตร์ ,จิรปรียา โรจนเกียรติปรีดา ,ฐิติรัตน์ มูลมงคล

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี **335**
มยุรี คนยัง

การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนพลาสติกยานยนต์ 346
วรพล สงชุม ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช ,นันท์นภัสร อินยิ้ม ,โกวิท สุวรรณหงษ์ ,วัฒนา จันทะโคตร

ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ 355
นริศ คมจิตร

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 366
ลกช พิริยะ

ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 375
อัมพร พรชยากร

การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 384
ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ ,สรรปกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์

การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง 394
อิสรา มิตรช่วยรอด ,เพ็ญ สุขมาก

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 404
รังสินี วันยาว

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 412
มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง

ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-256 421
จุฑามาศ ปัททุม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรังด้วยบริการการแพทย์แผนไทยในผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน 430
จุฑารัตน์ ว่องกิดาการ ,เกษร สำเภาทอง ,กิตรวี จิรรัตน์สถิต

การศึกษาการวางแผนตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดและลักษณะทางสังคมแม่วัยรุ่น โรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2564 439
กุสุมา มีศิลป์ ,พงศ์ศิริ ชิดชม ,อนัญญาลักษณ์ สุดชารี ,สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัย 446
เบ็ญจวรรณ ทอดเสีย ,สุนทรี เยื้องเจริญ

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 455
เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์ ,ศิริวรรณ สิงหศิริ ,นงค์นุช โฮมหงษ์

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ 464
สุรางค์รัตน์ อ่อนดี

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 472
กมลวรรณ เตชะฟอง

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ..... มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์ ,ฤทธี เพ็ชรนิล ,วิษณุ อนิลบล	483
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ..... ดังการ พลลาภ ,ศิราณี ศรีหาภาค ,ประครอง ขันบำรุง	493
ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ..... ไกรวุฒิ ศรีจันทร์ ,รัชณีย์ วรรณขาม	504
ผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ..... จรรจิรา กางทอง	512
การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร ด้วยเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ..... ธวัชชัย รักษานนท์ ณัฐธิดา ชำนิยันต์	519
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย ..... วไลลักษณ์ สีละพัฒน์	530
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ..... เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น ,พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์ ,ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ ,ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์	540
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันความรุนแรงของการดำเนินโรคหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ..... พจนาฏ ศรีธรรมมา	551
ความชุกและการกระจายตัว ของการติดเชื้อ Human papillomavirus High Risk Group ของสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ..... กมล วิสุวรรณ	562
การพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ..... จุฑารัตน์ แวดล้อม	569
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinในคลินิก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ..... อาภรณ์ ดีอันกอง	579
ผลของการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ..... ธวัชชัย บัวขาว	589
ผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี ตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ..... ฉวีวรรณ พวงมาลัย	598
ความสุขและความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา สมรทิพย์ วิภาวนิช	607

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 614
ทรัพย์ทวี พวงคต

ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี 623
วันเพ็ญ เถาว์ทุมมา

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของตัวแทนครัวเรือนบ้านนาโพธิ์เหนือ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี 631
ดวงใจ พูลงาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี 639
จินดาพร บุรานอก ,ปณิธาน กระสังข์

การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 647
ปราณี อุสุพันธ์

การเตรียมความพร้อมร้านยาจังหวัดนครนายก สู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ 657
วราภรณ์ หงสาภินันทน์ ,ตุลาการ นาคพันธ์

รูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม 668
สุภัทร กตัญญูทิตา

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน 678
ธมภร โพธิรุด ,จิรพันธ์ อินทรศักดิ์ ,กัญชริญา ส่องสี

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐของบุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ 689
จิราวรรณ พรหมมานนท์

ความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตภาคเหนือ 696
พรรณพิไล สุทธนะ ,ปิ่นนเรศ กาศอุดม ,ดาราวรรณ บุญสนธิ

การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 702
คำไฝ พลสงคราม ,สัมพันธ์ เกษานุช

การประเมินคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 713
อุไรพร ดิเรกศรี

การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567 722
กฤช โชติการณ์ ,อรนิฏา ธารเจริญ ,รัตติยา แดนดงยิ่ง

การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 733
พฤกษาชล เหล่าสกุลศิริ

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง 741
นันทวรรณ แสงโสภิต ,กันตินันท์ สอดสุข ,ศิริเนตร สุขดี

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์ 753
บรรทม แสนแก้ว

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 764
วนิดา คู่เคียงบุญ ,นันทยา นนเลาพล ,พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ ,สิโรนี ฟองแก้ว ,ไขพร อุ่นเทียมโสม และมนันยา มณีประกรณ์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 774
นงลักษณ์ โคกสีอำนวย ,สุวิมล แสงเรือง ,วีระวุฒิ ศรีอำนวย ,อาริยา แดงวงษา ,พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 785
ภัทรภร กิตติไชยากร ,ขนิษฐา มลิหอม ,ประยุทธ ศรีกระจ่าง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม 796
ดวงจันทร์ บัวรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ: กรณีศึกษา 2 ราย 803
ปิมประภา แพงศรี

ปัญหาและความต้องการระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์เพื่อรายงานการรักษาผู้ป่วยในงานการพยาบาลเรือนจำ 812
กฤชฐา สีหบัณฑ์ ,พรรณี บัญชรหัตถกิจ ,ทัศพร ชูศักดิ์

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 824
เชิด วรพันธ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 831
ปรียาวดี บุญไชยโย

ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 839
สุภาพร ปัญญาวงษ์ ,สรัญญา คุ้มไพฑูรย์ ,อนุชา ไทยวงษ์ ,กำทร ดานา

การพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชนอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 851
นิยากร อินทะขัน

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 861
กุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาว์

ผลลัพธ์ของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง 872
ภวรัญชน์ จิรเชฐพัฒนา ,ศิราณี ศรีหาภาค

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย 884
ประนอม เปรมปรี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 899
มนัชญา สุขทองสา ,รุจิรา อำพันธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 905
กัลยา ภูห้องเพชร

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม 915
ยุพิน พิลายนต์

ECH
JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความรู้และทัศนคติของพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาล และการศึกษาความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ **922**
จรินทิพย์ เติมศิลป์ ,วัชระ โยกมา ,กุลธรา จงตระการสมบัติ ,อริญชย์ เมตรพรมราช ,กันตภณ หันไชยโชติ

ผลการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม 934
ทองเสริฐ ใจตรง ,ชาญณรงค์ คนเพียร ,ทรงรักษ์ แอนดราดา

การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน 943
สุพัฒน์ วิเศษวงษา

การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง 952
อิสรา มิตรช่วยรอด ,เพ็ญ สุขมาก

การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 962
สวัสดิ์ มาลา

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี 974
อัครภูชิทย์ ผลานันต์

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 30 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 6) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การเรียนการสอนห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน ความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการขยะ การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุม ความดันโลหิต การสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ การพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาล การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย แอปพลิเคชันไลน์ "Easy Splint Care" ความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 การสอนในรูปแบบแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหาร การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย การพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร การป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพร การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความต้องการระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์เพื่อรายงานการรักษา การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.6 November - December 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART I

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 1
วิทยา วัฒนเรืองโกวิท ,สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ ,ธีรพัฒน์ สุทธิประภา

ผลของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง 10
ลำดวน ไชยบุตร ,ศัลยา พันธุโพธิ์ ,กิ่งกนก ภักดีแก้ว ,ณัฐปภา ศรีนิล ,หนึ่งเดือน กว้างสวาสดิ์

ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 21
ดวงสุดา สุวรรณศรี ,วสันต์ชาย สุรมาตย์ และปฏิมาภรณ์ วงค์ภูธร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตตามแนวทางของ WHO ในจังหวัดปัตตานี 28
ณัฐนิชา วารีสมาน

ปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ 40
มะลิ สุปัตติ ,อารี บุตรสอน

ผลการพัฒนานักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพและองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 51
สุพัฒน์ กองศรีมา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 60
ปราโมทย์ เกิดผล

ผลของโปรแกรมการสอนงานต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 68
อานนท์ สังขะพงษ์ ,ฐพัชร์ คันศร ,นนทกร ดำนงค์ ,ศรฉัตร แดงกระจ่าง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 80
ญภา ภัคฐิติพันธ์ ,สิรินทร เลิศคูพินิจ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย 91
วานิช ศรีสุข

การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน 99
อังคณา วังทอง ,อนุชิต วังทอง ,ไพบูลย์ งามสกุลพิพัฒน์

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง 113
ยุวดี คาดีวี ,พนิตา จิตจักร ,สุขขี แสง ,จันทร์ทิต เพียรภายลุน

รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร 124
บัณฑิษฐ สร้อยจักร

ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุม ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดัน โลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง 132
จันทร์ทิต เพียรภายลุน ,ยุวดี คาดีวี , พนิตา จิตจักร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง 144
กานดา ศรีโพธิ์ชัย ,ธัญญาลักษณ์ ไชยสุขมอลเลอร์

รูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 155
จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง ,สาธิตา เรืองสิริภคกุล ,อนุชา ไทยวงษ์ ,ประครอง ประกิระนะ ,กัลยาณี ประทุมทอง

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์..... 166
เลิศสุวรรณ สีอ่อนดี

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 174
เชาวฤทธิ์ รองไชย

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 181
กลมลี แสนบุดดา

การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 190
คำตัน ปินะโต ,พีร์ วัชรพงษ์ไพบูลย์ ,ศุภชัย แพงคำไหล ,กัลยาณี ประทุมทอง ,กาญจนา จันทะนุย

พัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน 201
จินตหรา ปัญโยวัฒน์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 208
นิติยา หวังสันติวงศา ,บัณฑิต หวังสันติวงศา ,นริศรา มาลี ,ราตรี อันปัญญา

แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 218
ประครอง ประกิระนะ ,จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง ,ดนัย บุญมี ,กาญจนา จันทะนุย ,อรนุช ไชยสันต์

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 229
ภิรญา พินิจกลาง ,ธัญญามาศ เทพสาร ,ธนวัฒน์ กางมาเทศ ,อรนุช ไชยสันต์ ,กาญจนา จันทะนุย

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยกระบวนการ A-I-C ตำบลปะอาว อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 241
อุไรวรรณ หลาทอง

การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT 249
กุลพัชร เขียวชอุ่ม ,ณัฐยา ชูเชิด

ผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ... 260
เบญจวรรณ กิ่งมณี ,ณัฐภรณ์ สมบุตร ,สรชา งามทรัพย์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนักอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 271
กนกวรรณ คำโสภา ,อารี บุตรสอน

การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 284
กาญจน์วรินทร์ วรินธนวัฒน์ ,ทิพย์วัลย์ สุรินยา

ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ "Easy Splint Care" ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 298
ดวงพร ชาศรี ,ชัชรชัย ทองเชื้อ ,ภัทรพงษ์ สิงหรักษ์

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 30 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 6) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การเรียนการสอนห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน ความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการขยะ การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุม ความดันโลหิต การสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ การพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาล การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย แอปพลิเคชันไลน์ "Easy Splint Care" ความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 การสอนในรูปแบบแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหาร การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย การพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร การป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพร การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความต้องการระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์เพื่อรายงานการรักษา การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

The process of driving activities to solve chronic disease problems of the Kalasin Provincial Public Health Office.

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

วิทยา วัฒนเรืองโกวิท[1] สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ[2] ธีรพัฒน์ สุทธิประภา[3]
Witthaya Wattanarueangkowit[1] Surachet Phulwan[2] Teerapat Suttiprapa[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง และศึกษากระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 รวม 9 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ และ แบบวัดความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังกระบวนการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังกระบวนการมีความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนกระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเลือกได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามคำแนะนำ สมาธิบำบัด การนอนอย่างมีประสิทธิภาพ การนับคาร์บ การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 40.59 ผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 44.13 และผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการ การดำเนินการแก้ไขปัญหา โรคเรื้อรัง

Abstract

This study was participatory action research (PAR) with the objectives to study the situation of chronic disease problem solving and the process of driving activities to solve chronic disease problems in the Kalasin Provincial Public Health Office. The study was conducted between March 2024 and November 2024, a total of 9 months. Data were collected from health record forms and understanding measures of personnel involved in using online systems to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the understanding of the personnel involved in using the online system to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients before and after the process was significantly different at a statistical level of 0.05. After the process, the understanding of the personnel involved in using the online system to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients was higher than before the process. The behavioral changes that the patients chose included diet control, exercise, medication use as recommended, meditation therapy, effective sleep, carbohydrate counting, and alternative medicine. Diabetic patients changed their behaviors by 40.59 percent more than before. Hypertensive patients changed their behaviors

[1] นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ Corresponding Authur
[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ Corresponding Authur

กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

The process of driving activities to solve chronic disease problems of the Kalasin Provincial Public Health Office.

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

วิทยา วัฒนเรืองโกวิท[1] สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ[2] ธีรพัฒน์ สุทธิประภา[3]
Witthaya Wattanarueangkowit[1] Surachet Phulwan[2] Teerapat Suttiprapa[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง และศึกษากระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 รวม 9 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ และ แบบวัดความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังกระบวนการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังกระบวนการมีความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนกระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเลือกได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามคำแนะนำ สมาธิบำบัด การนอนอย่างมีประสิทธิภาพ การนับคาร์บ การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 40.59 ผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 44.13 และผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการ การดำเนินการแก้ไขปัญหา โรคเรื้อรัง

Abstract

This study was participatory action research (PAR) with the objectives to study the situation of chronic disease problem solving and the process of driving activities to solve chronic disease problems in the Kalasin Provincial Public Health Office. The study was conducted between March 2024 and November 2024, a total of 9 months. Data were collected from health record forms and understanding measures of personnel involved in using online systems to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the understanding of the personnel involved in using the online system to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients before and after the process was significantly different at a statistical level of 0.05. After the process, the understanding of the personnel involved in using the online system to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients was higher than before the process. The behavioral changes that the patients chose included diet control, exercise, medication use as recommended, meditation therapy, effective sleep, carbohydrate counting, and alternative medicine. Diabetic patients changed their behaviors by 40.59 percent more than before. Hypertensive patients changed their behaviors

[1] นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ Corresponding Authur
[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ Corresponding Authur

กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

The process of driving activities to solve chronic disease problems of the Kalasin Provincial Public Health Office.

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

วิทยา วัฒนเรืองโกวิท[1] สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ[2] ธีรพัฒน์ สุทธิประภา[3]
Witthaya Wattanarueangkowit[1] Surachet Phulwan[2] Teerapat Suttiprapa[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง และศึกษากระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 รวม 9 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ และ แบบวัดความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังกระบวนการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังกระบวนการมีความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนกระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเลือกได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามคำแนะนำ สมาธิบำบัด การนอนอย่างมีประสิทธิภาพ การนับคาร์บ การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 40.59 ผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 44.13 และผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการ การดำเนินการแก้ไขปัญหา โรคเรื้อรัง

Abstract

This study was participatory action research (PAR) with the objectives to study the situation of chronic disease problem solving and the process of driving activities to solve chronic disease problems in the Kalasin Provincial Public Health Office. The study was conducted between March 2024 and November 2024, a total of 9 months. Data were collected from health record forms and understanding measures of personnel involved in using online systems to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the understanding of the personnel involved in using the online system to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients before and after the process was significantly different at a statistical level of 0.05. After the process, the understanding of the personnel involved in using the online system to monitor behavioral changes in diabetic and hypertensive patients was higher than before the process. The behavioral changes that the patients chose included diet control, exercise, medication use as recommended, meditation therapy, effective sleep, carbohydrate counting, and alternative medicine. Diabetic patients changed their behaviors by 40.59 percent more than before. Hypertensive patients changed their behaviors

[1] นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ Corresponding Authur
[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ Corresponding Authur

by 44.13 percent more than before. Diabetic and hypertensive patients were able to control their blood sugar and blood pressure levels better.

Keywords: process, problem-solving actions, chronic disease

บทนำ

โรคเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ ในปี 2023 ข้อมูลจาก International Diabetes Federation (IDF) ระบุว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็น 1 ใน 10 คนของประชากรโลก และคาดว่าในปี 2573 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และถึง 783 ล้านคนในปี 2588 [1] ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าประมาณ 1.13 พันล้านคนในผู้ใหญ่ทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี 2019 ประมาณ 41 ล้านคนเสียชีวิตจาก NCDs ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 ของการเสียชีวิตจาก NCDs ตามมาด้วยโรคมะเร็งซึ่งมีผู้เสียชีวิตประมาณ 9 ล้านคน (ร้อยละ 22) และโรคเบาหวานที่มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.6 ล้านคน (ร้อยละ 4)[3,4] สาเหตุหลักที่ทำให้เกิด NCDs ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล และเกลือ การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการใช้แอลกอฮอล์อย่างไม่เหมาะสมนอกจากนี้ โรคเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจและเศรษฐกิจ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ทั้งในด้านการรักษาพยาบาลและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ของประเทศไทย พบว่า โรค NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในคนไทย โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเหล่านี้ปีละกว่า 400,000 ราย หรือวันละมากกว่า 1,000 ราย คิดเป็น ร้อยละ 81 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ นอกจากนี้ การประมาณมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจาก NCDs ในปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือคิดเป็น ร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจาก NCDs เกิดจากค่าใช้จ่ายแฝงที่เกิดจากภาวะขาดงาน การทำงานไม่เต็มความสามารถ และการออกจากตลาดแรงงานก่อนวัยอันควร โดยประมาณ ร้อยละ 91 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (คิดเป็นมูลค่า 1,495 พันล้านบาท) มาจากต้นทุนเหล่านี้ ขณะที่ประมาณ ร้อยละ 9 (มูลค่าประมาณ 139 พันล้านบาทต่อปี) เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงในการรักษาพยาบาลรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่าความชุกของโรคเบาหวานอยู่ที่ ร้อยละ 9.5 หรือประมาณ 6.5 ล้านคน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน และภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 นอกจากนี้ ยังพบว่าคนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ NCDs ที่เพิ่มขึ้น เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 44.6) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 18.7) และรับประทานเกลือโซเดียมสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกแนะนำถึง 2 เท่า สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและมลพิษทางอากาศที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลให้มีแนวโน้มว่าในอนาคตจะมีผู้ป่วย NCDs เพิ่มขึ้นอีกจำนวนมาก หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรค NCDs จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและลดภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากโรคเหล่านี้ในระยะยาว[3]

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จังหวัดกาฬสินธุ์[5] ประสบปัญหาเกี่ยวกับ NCDs ที่มี

แนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว และจากการสำรวจปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability Adjusted Life Years: DALY) ในจังหวัดกาฬสินธุ์[6] พบว่าปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง โดยพบว่าโรคที่มีปีสุขภาวะที่สูญเสียคือ Diabetic neuropathy จำนวน 41,652.69 ปี รองลงมาคือ Concussion/อุบัติเหตุบนถนน จำนวน 23,541.31ปี และ Schizophrenia: acute state จำนวน 21,891.74 ปี ซึ่งเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability Adjusted Life Years: DALY) จังหวัดกาฬสินธุ์

รายการ	YLL	YLD	DALY
1. Diabetic neuropathy	22.7927	41629.89	41652.69
2. Concussion/อุบัติเหตุบนถนน	4.303875	23537	23541.31
3. Schizophrenia: acute state	0.087029	21891.65	21891.74
4. Stroke: long-term consequences, severe	11.36579	16267.56	16278.93
5. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	9.650587	15829.68	15839.34

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่มุ่งหวังให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ โดยใช้หลักการและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ผ่านการวิจัยและทดสอบแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการควบคุมตนเอง การสร้างพฤติกรรมใหม่ การลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการรักษาพฤติกรรมที่ดีเอาไว้[7] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังต้องมาการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในยุคดิจิทัลได้กลายเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จากการศึกษาที่ดำเนินการพบว่า การใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันไลน์และกรุ๊ปไลน์ (Group Line) ช่วยให้สามารถติดตามและรายงานผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้กรุ๊ปไลน์ในการส่งข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง รวมถึงการจัดทำสื่อออนไลน์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน[8] และจากการศึกษาของนิตยา หนุนวล (2566)[9] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์สามารถเพิ่มพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีและการออกกำลังกาย รวมถึงลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามผ่านเทคโนโลยีช่วยให้ผู้ดูแลสุขภาพสามารถประเมินผลและปรับแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในระยะยาว

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนและลดภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากโรคเหล่านี้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 รวม 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 26,257 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 37,556 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1) ผู้ป่วยเบาหวาน มีค่า HbA1C ไม่เกิน 9 อายุไม่เกิน 65 ปี และป่วยมาไม่เกิน 10 ปี

2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่า BP ไม่เกิน 160 mmHg อายุไม่เกิน 65 ปี และป่วยมาไม่เกิน 10 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความเข้าใจในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างบุคลากรในพื้นที่กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการทำข้อตกลงในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างบุคลากรในพื้นที่กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) แบบวัดความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับน้อยที่สุด 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 ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .842

ขั้นตอนในการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2. การพัฒนาระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความเข้าใจในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างบุคลากรในพื้นที่กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. การทำข้อตกลงในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างบุคลากรในพื้นที่กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6. การติดตามและประเมินผลผ่านระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และที่ประชุมผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

7. สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ที่สามารถรักษาระดับน้ำตาลได้ดี ได้ร้อยละ 27.04 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถรักษาระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 65.97

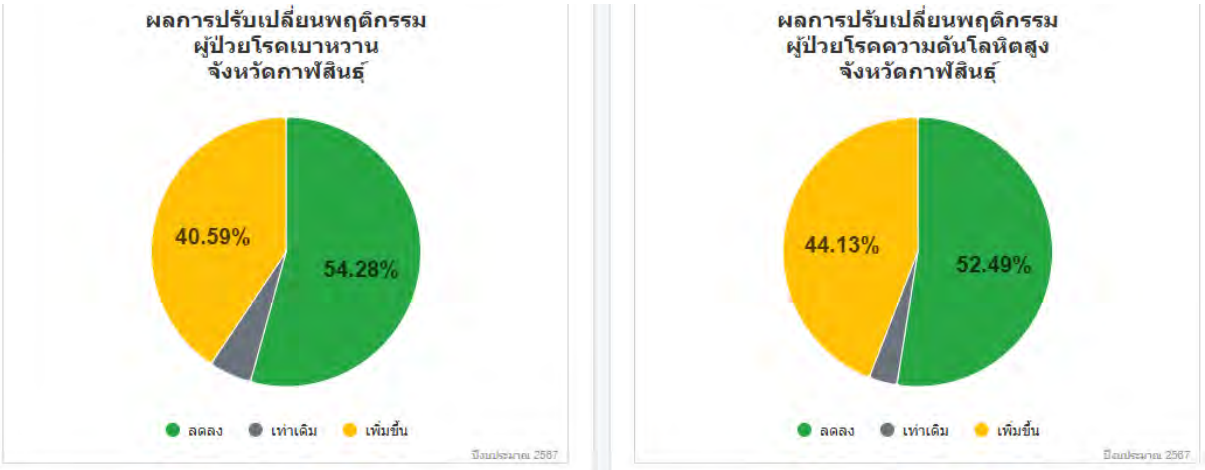
2. การพัฒนาระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านระบบออนไลน์ (https://kls.moph.go.th/dmht/fontend/home)

3. ผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ

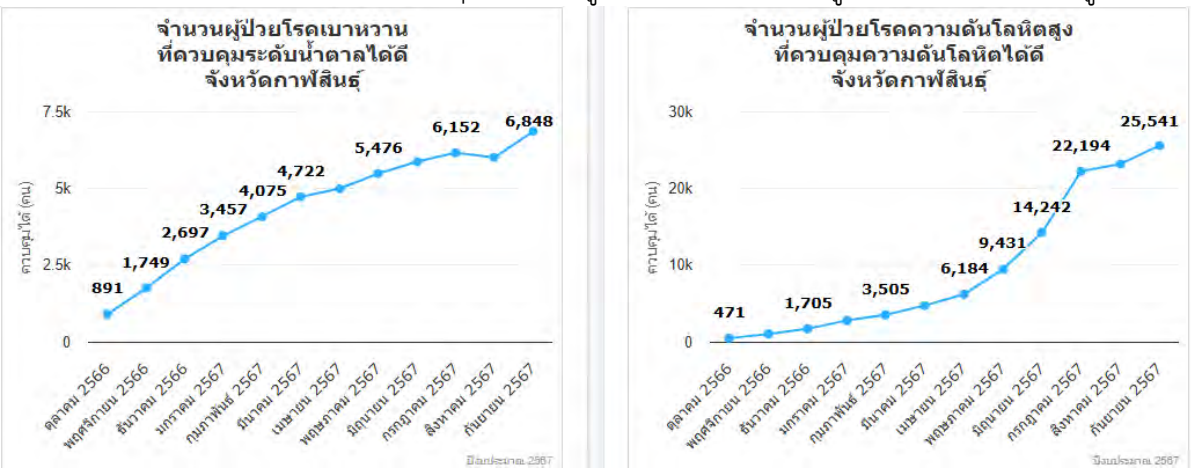
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังกระบวนการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังกระบวนการมีความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนกระบวนการ

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความเข้าใจในและการทำข้อตกลงในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างบุคลากรในพื้นที่กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเลือกได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามคำแนะนำ สมาธิบำบัด การนอนอย่างมีประสิทธิภาพ การนับคาร์บ การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

5. การติดตามและประเมินผลผ่านระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 40.59 ผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 44.13 ดังภาพประกอบ 1 และผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาพประกอบ 2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถรักษาระดับน้ำตาลได้ดี ได้ร้อยละ 27.04 สอดคล้องกันกับการศึกษาของณปาล ศรีตระการ (2566)[10] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ พบว่า พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบึงโขงหลง พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 466 ราย ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 29.83 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถรักษาระดับความดันโลหิต ได้ร้อยละ 65.97 สอดคล้องกันกับการศึกษาของณัฐดนัย สดคมขำ (2565)[11] ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ได้ จำนวน 377 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.2 ดังนั้นจึงได้ พัฒนาระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งในการติดตามสามารถดำเนินการติดตามได้ผ่าน เวปไซด์

https://kls.moph.go.th/dmht/fontend/home

โดยใช้แนวคิดตามแนวคิดการพัฒนาระบบติดตามผ่านแอปพลิเคชั้น[9,12, 13] ร่วมกับการประชุมผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่[15,16] ส่งผลให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความเข้าใจในและการทำข้อตกลงในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างบุคลากรในพื้นที่กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเลือกได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามคำแนะนำ สมาธิบำบัด การนอนอย่างมีประสิทธิภาพ การนับคาร์บ การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ตามแนวคิดในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้[17, 18] สร้างความเข้าใจ[19] และการทำข้อตกลง

และเมื่อติดตามและประเมินผลผ่านระบบออนไลน์ในการติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 40.59 ผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 44.13 และผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น สอดคล้องกันกับการศึกษาของอัจฉรา มีนาสันติรักษ์ และคณะ (2567)[14] ได้ศึกษาการพัฒนาเว็บแอพพลิเคชั่นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการศึกษาทำให้ได้เว็บแอพพลิเคชั่นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีฟังก์ชันการทำงาน 2 ส่วน สำหรับพยาบาลและสำหรับผู้ป่วย 2) การประเมินคุณภาพด้านความสะดวกของผู้ป่วยในการดูผลจากเว็บแอพพลิเคชั่น พบว่าดีมาก 3) การประเมินความพึงพอใจต่อเว็บแอพพลิเคชั่นพบว่าพยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด และ มาก (Mean = 4.52, SD.= 0.56 และ Mean = 4.39, SD.= 0.48 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ . ศิราณี คำอู และคณะ (2566)[21] ได้ศึกษาการพัฒนา Smart Heart Care Application ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการพัฒนา พบว่า 1) ได้ Mobile Application สำหรับให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดใช้ในการดูแลตนเองต่อเนื่อง 2) ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า กลุ่มที่ทดลองใช้ Application มีความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่วิเคราะห์พฤติกรรมรายด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา อาหาร และการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มคุมคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลผ่านระบบออนไลน์แบบ real-time ร่วมกับติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านที่ประชุมผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระบบติดตามและประเมินผลผ่านระบบออนไลน์แบบ real-time ร่วมกับติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านที่ประชุมผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. (2567)."กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2567. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=brc&news_views=186
2. กรมอนามัย.(2566). สถานการณ์ สถิติกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases). [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2567 https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2567F/04WKA/IDC34/OPDC2567_IDCD3-4_01.pdf
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570). สำนักงานเลขานุการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, Katileviciute A, Khoja S, Kodzius R. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. Front Public Health. 2020 Nov 26;8:574111. doi: 10.3389/fpubh.2020.574111. PMID: 33324597; PMCID: PMC7726193.
5. สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์. (2565). จังหวัดกาฬสินธุ์. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2567 https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/file_or_link/2024/20240606092540_84265.pdf
6. World Health Organization.(2001). National burden of disease studies: a practical guide. edition 2.0. Geneva: World Health Organization.
7. ดาราวรรณ รองเมือง.(2561). การทบทวนทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2561 77-92
8. เอกพล เหมรา, ธิดา เหมือนพะวงศ์.(2565). การพัฒนาแนวทางการติดตามพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ในชีวิตวิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด-19 อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565 50-66
9. นิตยา หนูนวล.(2566). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 6(2) 1-15
10. ณปาล ศรีตระการ.(2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ. รายงานการวิจัย. บึงกาฬ; โรงพยาบาลบึงโขงหลง
11. ณัฐดนัย สดคมขำ.(2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2(2). 25-36

12. นิอร สิริมงคลเลิศกุล ชมพูนุท สิงห์มณี ธัญพร รัตนวิชัย และ ศราวุธ พงษ์ลี้รัตน์.(2563). การพัฒนาแอปพลิเคชันติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน. เวชสารแพทย์ทหารบก 2563;73(3):141-50.
13. โอภาส เอี่ยมศิริวงศ์. (2559). วงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle). กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชน.
14. อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย ณัฐวุฒิ สุริยะ.(2567). การพัฒนาเว็บแอพพลิเคชั่นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 7(1). 1-14
15. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2557). พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน. ออนไลน์ http://www4.opdc.go.th/content.php?menu_id=14&content_id=2959
16. สุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์. (2563). รูปแบบนวัตกรรมบริการโดยประยุกต์แนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่โดยการวางระบบบริหารราชการแบบบูรณาการในเขตสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(2), 332-344.
17. วิจารณ์ พานิช. (2548). การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ.
18. Dalkir, K. (2005). Knowledge Management In Theory And Practice. Oxford: Elsevier Inc: Jordan Hill. pp. 132–133.
19. สถาบันดำรงราชานุภาพ.(2553). เทคนิคการประสานงาน. เอกสารความรู้ สดร. ลำดับที่ 18/ปีงบประมาณ 2553
20. Trivedi, Prajapati (1990). "Lack of Understanding on Memorandum of Understanding". Economic and Political Weekly. 25 (47): M175–M182.
21. ศิราณี คำอู พินรัฐ จอมเพชร ผนึกแก้ว คลังคา จิราพร น้อมกุศล รัชดาภรณ์ กาญจนเสถียร รัตนา ทองแจ่ม อุทุมพร ศรีสถาพร ปนิตา มีระเกตุ.(2566). การพัฒนา Smart Heart Care Application ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 3(2). 143-54

ผลของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง

Results of nursing practice model and risk assessment for prevention of postpartum Hemorrhage

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 19,2024 ; Accepted: December 20,2024)

ลำดวน ไชยบุตร[1]ศัลยา พันธุโพธิ์[1]กิ่งกนก ภักดีแก้ว[1]ณัฐปภา ศรีนิล[1]หนึ่งเดือน กว้างสวาสดิ์[1]
Initial phase, Khao Wong Hospital
Lamduan Chaibut[1], Sanya Phanthuphot[1], Kingkanok Phakdikaew[1], Nattapha Srinil[1], Nuengduan Kwangswat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือด อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 – เดือนสิงหาคม 2567 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอด) และรายงานการคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ จำนวน 15 คน กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ จำนวน 15 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดอย่างน้อย 12 เดือน จำนวน 5 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แบบประเมินความเสี่ยง และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และปรียบเทียบอุบัติการณ์ตกเลือดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลข้อมูลที่ได้นำมาทดสอบวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกแตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p = < 0.001$) กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบฯ มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = < 0.001$) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 100) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้รูปแบบฯ ได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด/รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล/การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the rate of hemorrhage, the severity of postpartum hemorrhage, and the satisfaction of nurses towards the use of the nursing practice model and the assessment of the risk of early postpartum hemorrhage at Khao Wong Hospital, Kalasin Province. Data were collected between June 2024 and August 2024. The population used in the research was data from electronic medical records that recorded health conditions (blood loss from vaginal delivery) and birth reports of mothers who gave birth vaginally recorded in the HOSxP program. They were divided into 2 groups: a group before using the model, 15 people; a group after using the model, 15 people; and 5 nurses who had worked in the delivery room for at least 12 months. The research instruments were the nursing practice model and the assessment of the risk of early postpartum hemorrhage, the risk assessment form, and the satisfaction questionnaire for nurses. General data were analyzed

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

using descriptive statistics. The incidence of hemorrhage was compared before and after using the nursing practice model. The data were analyzed using the Fisher's exact probability test..

The results of the research found that the group of vaginal births who received care using the nursing practice model and the assessment of the risk of early postpartum hemorrhage had a different rate of early postpartum hemorrhage than the group of vaginal births who received normal care (p = < 0.001). The group of vaginal births who received care using the model had a significantly lower rate of severity of early postpartum hemorrhage than the group of vaginal births who received normal care (p = < 0.001). Five nurses (100%) were highly satisfied with the use of the model. 100% of the nurses believed that the practice guidelines could prevent early postpartum hemorrhage in the delivery room and that all items could be followed and the model could be used continuously.
Keywords: Postpartum hemorrhage/Nursing practice model/Assessment of the risk of postpartum hemorrhage

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) หมายถึง ภาวะที่มีการสูญเสียเลือดเนื่องจากการคลอดทางช่องคลอด มากกว่า 500 มิลลิลิตร ภาวะตกเลือดหลังคลอดแบ่งเป็น 2 ชนิด ตามระยะเวลาของการตกเลือด คือ 1) การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Early postpartum hemorrhage) และ 2) การตกเลือดหลังคลอดภายหลัง 24 ชั่วโมงของการคลอด (Latpostpartum hemorrhage)[1] การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุนำของภาวะทุพพลภาพและการตายของมารดาหลังคลอด

ผลการศึกษาในกลุ่มแม่ พบว่า ภาพรวมการตายของแม่ในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 37 ต่อแสนการเกิด เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น ที่มีอัตราการเสียชีวิตของแม่ที่ 3.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จึงยังถือว่าไทยมีอัตราการเสียชีวิตของแม่สูง เฉพาะปี 2564 มีแม่เสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์และไม่เกิน 42 วันหลังคลอด (maternal death) 203 ราย หรือ 38.5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุสำคัญเกิดจากการตกเลือด รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ส่วนการเสียชีวิตของแม่ในปี 2564 ที่ไม่เกี่ยวกับภาวะการตั้งครรภ์พบว่ามาจากการติดเชื้อโควิด 19 ถึงร้อยละ 70 รองลงมาโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและโรคอื่นๆ[2]

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) Tone คือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอด มักเกิดขึ้นทันทีภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด [3] แบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป ผลกระทบของภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะซีด บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าปกติ เช่น ขูดมดลูก ตัดมดลูก เป็นต้น[4] หากการเสียเลือดยังดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ผู้คลอดจะเกิดภาวะช็อก การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดน้อยลง ทำให้เกิดไตวาย หัวใจล้มเหลว เลือดไม่แข็งตัว ซีฮานซินโดรม และรุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิตในที่สุด[5]

นอกจากนี้การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกยังส่งผลกระทบในระยะยาวทำให้ผู้คลอดเกิดภาวะโลหิตจาง สภาพร่างกายอ่อนแอและมีระบบภูมิต้านทานของร่างกายต่ำลงอีกด้วย[4] สำหรับผลกระทบต่อด้านจิตสังคม เมื่อเกิดการตกเลือดหลังกลอดระยะแรกจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด

ต้องการการพักผ่อนมีโอกาสได้รับการคุกคามจากเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตในด้านการดูแลรักษา เช่น การเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น มีผลทำให้ผู้คลอดเกิดภาวะเครียดได้ง่ายมีความกลัวการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น วิตกกังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ ผู้คลอดจะไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้คลอดในระยะหลังคลอดได้เหมาะสมซึ่งจะมีผลทำให้บุตรไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่ที่เหมาะสมและเพียงพอ เมื่อต้องพักรักษาใน โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้ง่ายมากขึ้นก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจตามมา ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรมีการประเมินการวินิจฉัย และให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก[5]

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกห้องคลอดจำนวน 5 คน โรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มีสูติแพทย์ ไม่มีกุมารแพทย์ มีผู้รับบริการคลอดเฉลี่ย 80-100 รายต่อปี กรณีผู้คลอดมีภาวะเสี่ยงสูงมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ หรือในระยะคลอดจะได้รับการประสานและส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ จากสถิติการคลอดโรงพยาบาลเขาวง ปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.48, 2.5และ 1.15 ตามลำดับ ซึ่งยังพบว่ามีอัตราตกเลือดหลังคลอดในหน่วยงานอยู่ ซึ่งเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 3.0 จากปัญหาอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่ยังพบอยู่และ ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้คลอดเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้คลอดที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อแก้ไขและลดอุบัติการณ์ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด จึงได้ทบทวนวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดเป็นทักษะสำคัญอันดับแรกที่พยาบาลต้องสามารถดำเนินการได้ เพื่อค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จัดการความเสี่ยงต่าง ๆ และให้การดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องต่อไป พยาบาลต้องมีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของมารดาหลังคลอด เช่น The University of Utah ซึ่งมีการแบ่งระดับของความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 2 ระดับ คือ เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (High risk) และการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labour (AMTSL) โดยหลักในการปฏิบัติประกอบด้วย 1) การบริหารยา uterotonic drugs เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก 2) การทำ controlled cord traction เพื่อคลอดรก และ 3) uterine massage ภายหลังการคลอดรก สามารถลดปริมาณเลือดที่เสียไปจากการคลอดและลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึง 60% รวมทั้งลดความต้องการใช้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกเมื่อมีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึง 50%[6] และมีหลายการศึกษาที่นำ AMTSL มากำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแล้วพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดได้[7]

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการทางสูติกรรม โดยคาดหวังว่าจะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ นอกจากนั้นยังเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถศึกษารายละเอียด นำไปใช้ดูแลผู้คลอดในทุกระยะของการคลอดและใช้ประกอบการตัดสินใจช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างรวดเร็วลดความรุนแรงจากการเสียเลือดส่งผลให้ผู้คลอดปลอดภัย ลด

ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ และยกระดับคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกภายหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง

สมมติฐานการวิจัย

1. อัตราการตกเลือดและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง ลดลง

2. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง อยู่ในระดับสูง

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือด อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 – เดือนสิงหาคม 2567 มีวิธีดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ

1) ข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่บันทึกข้อมูลทั่วไปภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอด) และรายงานการคลอดของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯได้แก่ ข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 – วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 15 คน

- กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯได้แก่ ข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 – วันที่ 31 สิงหาคม 2567 จำนวน 15 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ 1) ผู้คลอดที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 3) อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ 4) ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 6) มีความประสงค์ที่จะคลอดด้วยตนเอง 7) มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้คลอดที่เข้าร่วมการศึกษาแล้วมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องเนื่องจากความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้ากว่าปกติ มีภาวะไม่ได้สัดส่วนระหว่างศีรษะ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลความต่าง (effect size) จากการ

ทบทวนงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งใช้การศึกษาของเบญจมาภรณ์ จานทอง (2563) เรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.89 ซึ่งสูง (large effect size) แต่เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80

โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ a=0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกลุ่มละ 12 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกลุ่มละ 15 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย

2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดอย่างน้อย 12 เดือน จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดการทำ Active management of third stage (AMTSL) หลักการดูแลในระยะที่ 3 ของการคลอดตามแนวทางของ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (WHO, 2012) ดังนี้ ฉีดออกซิโทซิน 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ หลังทารกคลอดรอ 1-3 นาที แล้วใช้ clamp หนีบสายสะดือ แล้วตัดสายสะดือ จากนั้นทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction ที่พัฒนาโดยคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้คลอด ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและคำถามแบบปลายเปิด โดยให้เติมข้อมูลลงในช่องว่าง

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นการสอบถามความคิดเห็นด้านความสามารถป้องกันการตกเลือด ด้านความสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ ด้านความสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด รูปแบบของคำถามประกอบด้วยคำถามแบบปลายปิด (close-ended questions) ให้เลือกตอบ คือ ระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบความรู้สึก ได้แก่ ความพึงพอใจระดับน้อย ระดับปานกลาง และความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษา

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดการทำ Active management of third stage (AMTSL) และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลสาขาการสูติกรรม จำนวน 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 1 ท่าน เมื่อได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC แล้วคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยกำหนดระดับการให้คะแนนความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ ค่า CVI มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1.00 ค่า CVI สำหรับเครื่องมือใหม่ 0.7 ขึ้นต่ำที่ยอมรับได้ คือ 0.80 (Polit et al, 2001) ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดความรู้เท่ากับ .79,

.88 และ .91 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องใช้กับพยาบาลโรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะประชากรและสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 คน ทดสอบความเชื่อมั่นใช้วิธีครอนบาค (Cronbach) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.71

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำโครงร่างการค้นคว้าแบบอิสระผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์แล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตถึงต้นสังกัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อค้นคว้าแบบอิสระ วิธีการดำเนินการศึกษา ประ โยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ จากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอคระยะแรกของผู้คลอดกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะตอบตกลงหรือปฏิเสธในระหว่างที่เข้าร่วมทำการศึกษา มีสิทธิ์ยกเลิกการศึกษาในครั้งนี้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ทั้งนี้ชื่อมูลทั้งหมดผู้ศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอข้อมูลทำการศึกษาวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารรสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

2. ขั้นปฏิบัติการ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 จัดประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.2 รวบรวมอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ดึงข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 – วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 สำหรับนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดหลังคลอดที่มีการเสียเลือดทางช่องคลอดปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดหลังคลอดที่เกิดภาวะช็อก หรือถูกตัดมดลูก หรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด) ในช่วง 3 เดือน ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปเปรียบเทียบกับอัตราการตกเลือดและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกหลังคลอด 3 เดือน หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 – วันที่ 31 สิงหาคม 2567

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและมอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ระดับ การศึกษา อาชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่าง

ตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอด โดย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 อัตราผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราผู้คลอดที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ตกเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลที่ได้นำมาทดสอบ วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

2. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯได้แก่ ข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 – วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 15 คน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ได้แก่ ข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 – วันที่ 31 สิงหาคม 2567 จำนวน 15 คน โดยพบว่า กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20–29 ปี มากที่สุด ร้อยละ โดยมีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ33.33 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.ร้อยละ 53.33 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.00 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ93.33 สำหรับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขาวง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20–29 ปี ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 27.3 ปี ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 53.33 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.33 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ40.00 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 93.33

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 15 คน มีการตกเลือดหลังคลอด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเขา จำนวน 15 คน มีการตกเลือดหลังคลอด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีสัดส่วนการตกเลือดแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (N = 30)

อุบัติการณ์	กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n_1=15)		กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบ (n_2=15)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การตกเลือดหลังคลอด	3	20.00	1	6.67	< 0.001

* Fisher 's exact probability test

เมื่อเปรียบเทียบอัตราผู้คลอดที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 15 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทนหลังคลอด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 15 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์(Fisher's exact probability) พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (N = 30)

อุบัติการณ์	กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n_1=15)		กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบ (n_2=15)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ได้รับเลือดทดแทนหลังคลอด	1	6.67	0	0.00	< 0.001

* Fisher 's exact probability test

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จากการศึกษา พบว่า พยาบาลที่ทดลองใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด จำนวน 5 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ในระดับมาก 5 คน ร้อยละ)100) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่ารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกลดลง

ด้านอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกแตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่า มีสัดส่วนการตกเลือดแตกต่างที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ จันทร์ดาประดิษฐ์ และสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล (2558) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มวัดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด พบว่าปริมาณเลือดที่ประเมินโดยการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มมากกว่าปริมาณเลือดที่ได้จากการประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสัดส่วนของมารดาที่สูญเสียเลือดมากกว่า 300 มิลลิลิตร และ 500 มิลลิลิตร จากการประเมินปริมาณเลือดโดยการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มมากกว่าการประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์ม(ถุงรองเลือด)ในการประเมินปริมาณเลือดได้ประสิทธิภาพมากกว่าการประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างชัดเจน

ด้านอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์(Fisher's exact probability) พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าการดูแลผู้คลอดโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทำให้ผู้คลอดทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามหลัก AMTSL ในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากห้องคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีอัตราการตกเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นววรรณ มณีจันทร์, อุบล แจ่มนาม[1] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี[8] ผลการวิจัย พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 100) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่ารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าการนำรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่มีความน่าเชื่อถือ ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติในคลินิก รวมทั้งการรับการเตรียมในด้านเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจากผู้ศึกษา ตลอดจนการได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับการปฏิบัติในหน่วยงาน ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเห็นถึงความเหมาะสมและความชัดเจนของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณฐนนท์ ศิริมาศและคณะ[9] ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร[10] โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผลลัพธ์จากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาล คือ มีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจนและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 85 และนำแนวปฏิบัติมาใช้ร้อยละ 97.3

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดไปใช้ ควรมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงานเกี่ยวกับทีมพยาบาล ผู้คลอด สถานที่ และอุปกรณ์ก่อนเสมอ และควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการทำคลอดรกแบบควบคุมการดึงสายสะดือจนชำนาญ เพื่อให้การบริการเกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

2. การนำการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดไปใช้ จะต้องมีการติดตามประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน นั้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอด

3. ควรทำความเข้าใจการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดกับทีมพยาบาลก่อนนำไปใช้และมีการศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกันการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันทำให้เกิดผลดีมีประสิทธิภาพต่อผู้คลอด รวมทั้งควรมีการเผยแพร่องค์ความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้ให้แก่หน่วยงานอื่นและผู้สนใจอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. นววรรณ มณีจันทร์ และอุบล แจ่มนาม. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2559; 31(1): 143-155
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข. เวทีสัมมนาออนไลน์ “ชี้เป้าภาระโรค: ลดเสี่ยง เตรียมพร้อมเพื่อลูกรัก” จัดโดยโครงการเสริมสร้างศักยภาพการศึกษาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย (BOD Thailand) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 7 สิงหาคม 2566 https://www.thaihealth.or.th/?p=345473
3. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. การป้องกันการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ 2557;37(2):155-62
4. พิกุล นันทชัยพันธ์. (2547). เอกสารประกอบการบรรยายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยอาศัยหลักฐานความรู้ชิงประจักษ์ในการอบรม. จัดโดยศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

5. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิ่น อินยาศรี. (2560). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 33(2):121-134.
6. เฟื่องลดา ทองประเสริฐ. ตำราภาวะฉุกเฉินทางสูติ – นรีเวช. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
7. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015: 16-21.
แอนด์ เซอร์วิส.
8. จิตร สิทธอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบรีรักษ์. (2543).Clinical practice guideline: การจัดทำและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.
9. ณฐนนท์ ศิริมาศ,ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพางค์พรรณ พาดกลาง, จีรพร จักษุจินดา. การพัฒนาระบบการดูแล หญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการ ดูแลสุขภาพ 2557;32(2):37-46.
10. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาตา วิภวกานต์, อารีกิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้2559;3(3):127-141.

ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2

The Results of virtual simulations in the operating room for 2nd - year nursing students.

(Received: October 30,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 17,2024)

ดวงสุดา สุวรรณศรี[1] วสันต์ชาย สุรมาตย์[2] และปฏิมาภรณ์ วงค์ภูธร[3]
Duangsuda Suwanasri[1], Vasunshine Suramaty[2],Patimaporn Wongphuthorn[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบของห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล 2) ศึกษาวิธีการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด โดยการสนทนากลุ่ม กับผู้ใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือน เมษายน 2566 ที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 2 กลุ่มย่อย ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 คน วิสัญญีพยาบาล 1 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชียกลุ่มย่อยละ 8 คน รวมทั้งหมด 4 กลุ่ม โดยมีประเด็นคำถามระหว่างการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และค่าสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นว่าควรมีการจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัด ร้อยละ 100 ข้อที่ 1 ความคาดหวังก่อนขึ้นฝึก คาดว่าน่าจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 87.5 และน่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 12.5 ข้อที่ 2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเทียบกับความคาดหวัง ร้อยละ 100 และบอกว่าเกินความคาดหวังมาก ข้อที่ 3 องค์ประกอบของห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 ของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ 1) อ่างล้างมือ เตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด 2) ชุดเสื้อกาวน์และถุงมือ Sterile 3) ห่อผ้า Sterile และ 4) Sterile Set ชุดที่ 2 ของวิสัญญีพยาบาล ประกอบด้วย 1) เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ 2) ชุดผสมยาชนิดน้ำและชิดผง 3) ชุดให้ออกซิเจนชนิด Canular, Mask และ T-piece 4) ชุดแทงเส้นให้น้ำเกลือ พร้อมทั้งมีแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มงาน ข้อที่ 4 วิธีการจัดการเรียนการสอนอบบจัดเป็นห้องเรียนเสมือนจริงให้นักศึกษาได้มาฝึกในวันหยุดจนเข้าใจ ก่อนจะเข้าศึกษาดูงานจริง ช่วยลดความประหม่าและความผิดพลาดได้ ร้อยละ 100 ข้อที่ 5 ผลลัพธ์ด้านความรู้ ด้านการ NPO ผู้ป่วย และหลักการตรวจสอบซ้ำ ด้านทักษะปฏิบัติ ทำให้สวมถุงมือได้คล่องมากขึ้น จับคีมคีบได้เก่งขึ้น เปิดห่อของ Sterile ได้อย่างถูกต้อง การแทงน้ำเกลือได้เก่งขึ้น ฉีดยามือไม่สั่น เป็นต้น

คำสำคัญ: พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด

Abstract

This research was quasi experiment research. The objectives are 1) to study the components of the virtual classroom in the operating room for nursing students, 2) to study the methods of organizing teaching in the virtual classroom in the operating room, and 3) to study the results of organizing teaching in the virtual classroom in the operating room by focusing on the users of the virtual classroom teaching method in the operating room between March and April 2023 at the operating room, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. The participants were divided into 2 groups, 2 subgroups each, consisting of 1 nursing instructor, 1 operating room nurse, 1 anesthetist, and 2nd-year nursing students from the Faculty of Nursing, Asia Graduate School, 8 people per subgroup, totaling 4 groups. The questions during the group discussion Data were analyzed using content analysis.

The results of the research found that students thought that there should be an operating room teaching arrangement, 100 percent. Item 1 Expectations before training It is expected that it will not affect the change at 87.5

[1] อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding Author E-mail address : vasunshine@neu.ac.th Tel : 061 3254562
[3] อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

percent and it is expected that it will affect the change at 12.5 percent. Item 2 Changes that occur compared to expectations at 100 percent and said that it exceeded expectations. Item 3 Components of the virtual classroom in the operating room consist of Set 1 for the operating room nurse: 1) wash basin, operating table, operating lamp 2) Sterile gown and gloves 3) Sterile cloth bundle and 4) Sterile Set. Set 2 for the anesthesiologist nurse consists of 1) Automatic vital signs monitor 2) Liquid and powdered drug mixing set 3) Canular oxygen set, Mask and T-piece 4) Saline infusion set With nursing records before, during and after surgery for both work groups Item 4 The teaching method is organized as a virtual classroom for students to practice on holidays until they understand before going to study the real work. Help reduce nervousness and mistakes by 100 percent. Item 5. Knowledge outcomes, NPO of patients and re-examination principles. Practical skills: Makes wearing gloves more fluently, holding forceps better, opening sterile packages correctly, inserting saline better, and injecting without shaking hands, etc.
Keywords: Operating room nurse, anesthesia nurse, virtual simulation in the operating room

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลองควบคู่กับภาคการฝึกปฏิบัติ (On the job training) ซึ่งภาคการฝึกปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลตามหอผู้ป่วยแผนกต่าง ๆ และการออกฝึกภาคสนามในชุมชน จากกิจกรรมระดับพื้นฐานจนถึงกิจกรรมที่มีระดับความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น การจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริง (Simulation Base Learning: SBL) เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลได้ที่จะได้ฝึกทักษะปฏิบัติก่อนจะขึ้นฝึกจริง การสร้างห้องเรียนเสมือนจริง (Simulation Room) ที่จะช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติจริง ได้ปฏิบัติซ้ำๆหลายๆครั้ง[1] จึงมีการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลในวิถีความปกติใหม่ (New Normal) และหลักการสำคัญในการจัดการเรียนการสอน ที่สามารถช่วยให้ผู้สอนนำไปวางแผนหรือออกแบบการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างแรงกระตุ้นให้เป็นผู้เรียนสร้างการเรียนรู้ของตนเอง และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์การเรียนรู้เพิ่มเติม นอกเหนือจากในห้องเรียน การสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้เรียนและการใช้เทคโนโลยีดิจิตัลมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการจัดการเรียนการสอนมากขึ้น ซึ่งรูปแบบการจัดทำห้องเรียนเสมือนจริงขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบหลายอย่าง ขึ้นอยู่กับวิธีการและการเลือกวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและต้นทุนของตนเอง[2,3,4] ในปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในห้องผ่าตัด มีทั้งในและต่างประเทศ และเกิดผลลัพธ์ที่ดี ดังเช่นการศึกษาของณัฏฐชา เจียรนิลกุลชัย และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล[5]. ผลของการสอนฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดโดยใช้สถานการณ์จำลองในห้องผ่าตัดในสภาพแวดล้อมจริงต่อทักษะพื้นฐานในห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล. และการศึกษาของ สุทธิดา รอดรัตน์, ชาติชาย ดวงศรี[6]. ผลของการจำลองสถานการณ์การผ่าตัดต่อความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติและลดความวิตกกังวลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในชั้นเรียนเพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัด และนำมาบูรณาการห้องเรียนเสมือนจริง Simulation Laboratory ในห้องผ่าตัด ที่ซึ่งเป็นสถานที่จริง ที่ทีมงานพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ได้บูรณาการการจัดการเรียนการสอนขึ้นในวันหยุดและวันเสาร์อาทิตย์ มีการได้ดูแลผู้ป่วยจริงในห้องพักฟื้น และฝึกปฏิบัติจริงในห้องผ่าตัดที่จัดเป็นห้องเรียนเสมือนจริง Simulation Laboratory ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรมดังกล่าวข้างต้น นักศึกษาจะได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานที่

สำคัญที่ไม่มีในหอผู้ป่วย หรือมีแต่อาจมีจำนวนครั้งของการฝึกปฏิบัติที่น้อยกว่า

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัดครั้งนี้ เกิดขึ้นจากการนำหลักสูตร “ปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี” มาประยุกต์ใช้โดยการสร้างห้องเรียนเสมือนจริงขึ้นในห้องผ่าตัด หรือ SBL in Operating Room แล้วนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนจริงในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง เมื่อเดือน มีนาคม - เมษายน 2566[3] โดยพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และอาจารย์พยาบาลร่วมกันออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาบรรลุเป้าหมายในการฝึกกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานที่สำคัญจำเป็นที่สามารถพบได้ในห้องผ่าตัด ได้แก่ 1) กิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด 4 กิจกรรม ประกอบด้วย 1.1) การล้างมือแบบ Surgical technique 1.2) การสวมเสื้อกาวน์และถุงมือ Sterile 1.3) การฟอกผิวหนัง การเช็ดแผล การพับก๊อส และการปิดแผลด้วยพลาสเตอร์ชนิดต่างๆ 1.4) การหยิบจับเครื่องมือและการเปิดหีบห่อ Sterile 2) กิจกรรมการพยาบาลวิสัญญี ประกอบด้วย 2.1) การผสมยาแก้ปวดและการแบ่งยา 2.2) การเปิดเส้นให้น้ำเกลือ 2.3) การคำนวณสารน้ำ 2.4) การเตรียมและให้ออกซิเจน 3 ชนิด ได้แก่ O_2 mask, O_2 canula และ O_2 T-piece 3) กิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานที่ปฏิบัติร่วมกัน 3.1) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด และการดูแลหลังผาตัดในห้องพักฟื้น 3.2) การสังเกตการณ์เผ้าระวังความเสี่ยงตามมาตรฐาน WHO 2020 รวมทั้งหมด 10 กิจกรรม[4] แต่ในห้อง Simulation นั้น จะปรับกิจกรรมเหลือ 8 กิจกรรม องค์ประกอบของห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 ของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ 1) อ่างล้างมือ เตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด 2) ชุดเสื้อกาวน์และถุงมือ Sterile 3) ห่อผ้า Sterile และ 4) Sterile Set ชุดที่ 2 ของวิสัญญีพยาบาล ประกอบด้วย 1) เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ 2) ชุดผสมยาชนิดน้ำและชิดผง 3) ชุดให้ออกซิเจน Canular, Mask และ T-piece 4) ชุดแทงเส้นให้น้ำเกลือ ซึ่งจะได้สังเกตการณ์จริงในห้องผ่าตัด และดูแลต่อในห้องพักฟื้น โดยการฝึกในห้อง Simulation นั้น จะทำเหมือนสถานการณ์จริง แบ่งนักศึกษาให้อยู่ห้องละ 4 คน ฝึกเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คน ตามสถานการณ์สมมติเป็นการผ่าตัดถุงน้ำดี และการผ่าตัดตัดมดลูก ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และข้อคิดเห็นหลังจากเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ 5 วัน โดยใช้วิธีการ Focus group ร่วมกับพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในห้องผ่าตัด และสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงในคลินิกที่ยั่งยืน ในการบูรณาการร่วมกับโรงพยาบาลที่มีสถานที่จัดการเรียนการสอนในแหล่งฝึกต่อไปในอนาคตได้ ทั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยได้ เพื่อลดความวิตกกังวลของนักศึกษาและเกิดการจัดการสอนในคลินิกที่มีรูปแบบ พร้อมที่จะพัฒนาให้เกิดความยั่งยืนต่อไป รวมทั้งเหมาะสำหรับสถานศึกษาที่ยังไม่พร้อมจะพัฒนาห้อง Simulation หรือการใช้ต้นทุนที่สูงมาก อาจนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับสถานแหล่งฝึก ก็จะช่วยลดต้นทุนและพัฒนาบทบาทของพยาบาลด้านการสอนด้วยภูมปัญญาและความลุ่มลึกเฉพาะทางในการทำงานได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด

วิธีการวิจัย

1. เป็นการวิจัยในชั้นเรียน และจัดประชุม Focus group แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด มีผู้เข้าร่วมประชุม ดังนี้

ตารางที่ 1 การจัดกลุ่มการทำ Focus group

ลำดับ	วันที่	กลุ่มที่	จำนวน/ คน			เวลา
			อาจารย์	พยาบาล	นักศึกษา	
1	12/03/66	1, 2	1, 1	2, 2	8, 8	15 -15.45 น.
2	9/04/66	3, 4	1, 1	2, 2	8, 8	15 -15.45 น.

โดยมีประเด็นคำถาม ดังต่อไปนี้

1. ก่อนขึ้นฝึก นักศึกษาคาดหวังว่าเมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ คิดว่าตนเองควรจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

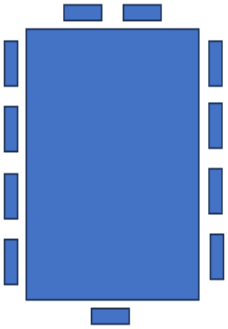
2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการฝึกเมื่อเทียบกับความคาดหวัง เป็นอย่างไร

3. องค์ประกอบของห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรมีอะไรบ้าง

4. วิธีการจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัดควรเป็นอย่างไร

5. ผลลัพธ์ด้านความรู้ และทักษะที่คิดว่าจะติดตัวนักศึกษาไปโดยไม่ลืมคือเรื่องใด

2. วิธีการทำ Focus group โดยจัดทำที่ห้องประชุมหน่วยผ่าตัด 1 และ 3 ประกอบด้วย ดังภาพ



ภาพที่ 1 ภาพการทำ Focus group

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีแบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังก่อนและหลังฝึกเป็นแบบ Rating Sale 5 ระดับ มีผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC 0.92 และการทำ Focus group เก็บข้อมูลเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ Content analysis

จริยธรรมงานวิจัย เนื่องจากเป็นการวิจัยในชั้นเรียน จึงได้รับการยกเว้นจริยธรรมการวิจัย แต่ได้นำเสนอในที่ประชุมกลุ่มวิชาและนำหลักสูตรมาประยุกต์ใช้ โดยเสริมการจัดห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด (SBL in Operating room) พร้อมทั้งได้นำเสนอ Concept paper ครั้งที่ 1 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2565 และนำเสนอความก้าวหน้ากับคณะกรรมการการวิจัย ตามขั้นตอน ครั้งที่ 2 เมื่อธันวาคม 2565 ที่วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

ผลการวิจัย

นักศึกษามีความคิดเห็นว่าควรมีการจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัด ร้อยละ 100

คำถามข้อ1 ความคาดหวังก่อนขึ้นฝึก คาดว่าน่าจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 87.5 และน่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 12.5 สิ่งที่ได้เกินความคาดหวัง ได้แก่ ความสำคัญของการงดน้ำงดอาหารผู้ป่วย (NPO: None Pass Oral) หลักการตรวจสอบซ้ำ (Recheck) เพื่อป้องกันความผิดพลาด (WHO Surgery Patient Safety) ได้เห็นห้องจ่ายกลาง (Supply) ห้องเป่าฝุ่นก่อนเข้าห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดแรงดันลบ (Hybrid) ลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค การสัญจรแบบทางเดียว (One Way) เป็นต้น

คำถามข้อ2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเทียบกับความคาดหวัง ร้อยละ 100 และบอกว่าเกินความคาดหวังมาก โดยเฉพาะ การระมัดระวังเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ (Sterile technique)

คำถามข้อ3 องค์ประกอบของห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 ของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 1) อ่างล้างมือ เตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด 2) ชุดเสื้อกาวน์ Sterile พร้อมถุงมือ Sterile 3) ห่อผ้า Sterile และ 4) Sterile Set ชุดที่ 2 ของวิสัญญีพยาบาล ประกอบด้วย 1) เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ 2) ชุดผสมยา ชนิดน้ำและชิดผง 3) ชุดให้ออกซิเจนชนิด Canular, Mask และ T-piece 4) ชุดแทงเส้นให้น้ำเกลือ พร้อมทั้งมีแบบบันทึกทางการพยาบาล ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มงาน นอกจากนี้ยังได้เห็นสภาพแวดล้อมเสมือนจริงอื่นๆ เช่น มุมตำแหน่งการยืนของนักศึกษาที่มาศึกษาดูงาน การควบคุมการติดเชื้อ

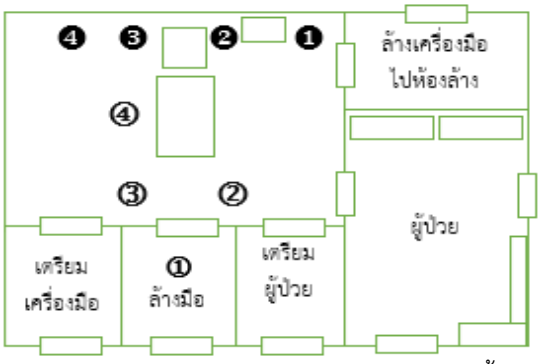
คำถามข้อ4 วิธีการจัดการเรียนการสอนแบบจัดเป็นห้องเรียนเสมือนจริงให้นักศึกษาในครั้งนี้ เลือกใช้วิธีการฝึกในวันหยุด เป็นการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า และไม่มีจำนวนผู้คนมาก ทำให้นักศึกษาได้ฝึกซ้ำๆหลายๆครั้ง จนเข้าใจก่อนจะเข้าศึกษาดูงานจริง จะช่วยลดความประหม่า ความวิตกกังวล และความผิดพลาดได้ ร้อยละ 100

คำถามข้อ5 ผลลัพธ์ด้านความรู้ ได้รับความรู้จากการสอนในคลินิก (Clinical teaching) เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด กับวิสัญญีพยาบาล เป็นต้น ด้านทักษะปฏิบัติ ทำให้การสวมถุงมือได้คล่องมากขึ้น การหยิบจับเครื่องมือ หรือเข็มฉีดยาโดยมือไม่สั่น การเปิดห่อของ Sterile การเตรียมของใช้ให้เหมาะสมกับแผล การเทน้ำยา ได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติในห้องพักฟื้น ได้ดูแลการบริหารความปวด รู้จักการป้องกันความผิดพลาดในการหยิบยาผิดโดยมีฉลากยาแยกสีกันชัดเจน การเตรียมและฉีดยาแก้ปวด การเตรียมและให้ออกซิเจนแต่ละชนิด เป็นต้น

ทั้งนี้ยังได้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัด โดยความคิดเห็นส่วนใหญ่ ควรจัด 6 วัน ร้อยละ 100 วันที่ 7 สอบ OSCE โดยจัดรูปแบบดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงการหมุนเวียนการฝึก (Rotation)

กลุ่ม	D1, D2	D3	D4	D5	D6	D7
1	Sim 1 จ่ายกลาง PACU1	OR, AN URO	Scope ส่องกล้อง PACU1	OR, AN Gynae PACU1	OR, AN Surgery PACU3	Case Study OSCE Reflect.
2	Sim 3 จ่ายกลาง PACU3	Scope ส่องกล้อง PACU3	OR, AN URO	OR, AN Surgery PACU3	OR, AN Gynae PACU1	



การจัดห้อง Simulation ในห้องผ่าตัด ควรมีรูปแบบดังนี้

ภาพที่ 2 แผนผังการจัดห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัด

คำอธิบาย

1. สังเกตและฝึกเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน
2. สังเกตและฝึกเป็นวิสัญญีพยาบาล 2 คน

พยาบาลห้องผ่าตัด OR	วิสัญญีพยาบาล AN
① ล้างมือ	❶ เตรียมยา ยาแก้ปวด
② สวมเสื้อกาวน์	❷ วัด Monitor
③ หยิบจับเครื่องมือSterile	❸ เตรียม Oxygen
④ สังเกตการส่งเครื่องมือ	❹ เตรียม Suction
Scrub Nurse	เปิดเส้นเพิ่ม ยาแก้ปวด
Circulating Nurse บันทึก	วัด V/S, I/O บันทึก

สรุปและอภิปรายผล

ความคาดหวังของนักศึกษา นักศึกษาพยาบาลชั้นปี ที่ 2 ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติส่วนใหญ่คาดหวังว่า จะไม่ได้ทำอะไร คงน่ากลัวและเกรงว่าจะทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคได้ (Contamination) และหมอกับพี่พยาบาลคงจะดุ และไม่กล้าทำอะไร แต่เมื่อได้เข้าไปฝึกปฏิบัติจริง ผลลัพธ์เกินความคาดหวัง เพราะพี่พยาบาลและอาจารย์หมอสอนดีมาก พร้อมทั้งได้เห็นเหตุการณ์จริง เห็นขั้นตอนการทำงานและการทำงานเป็นทีม อีกทั้งการได้เข้าฝึกจากห้อง Simulation ยังลดความวิตกกังวลได้มาก และเพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ รู้ว่าตนเองควรยืนอยู่ตรงไหนที่จะปลอดภัย เป็นต้น ขอสรุปเป็นตารางตามหัวข้อ ดังนี้

ตารางที่ 3 ความคาดหวังการฝึกกิจกรรมห้องผ่าตัด (OR)

กิจกรรม	ก่อนฝึก	หลังฝึก	หมายเหตุ
1. ล้างมือ	3.69	4.88	มากที่สุด
2. สวมเสื้อ	3.81	4.94	มากที่สุด
3. หยิบ Sterile	3.63	4.88	มากที่สุด
4. Scrub, Cir	2.50	4.60	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ความคาดหวังการฝึกกิจกรรมวิสัญญี (AN)

กิจกรรม	ก่อนฝึก	หลังฝึก	หมายเหตุ
1 ยา น้ำเกลือ	2.94	5.00	มากที่สุด
2 V/S	3.75	5.00	มากที่สุด
3 O2	2.75	5.00	มากที่สุด
4 Suction	2.80	5.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 และตารางที่ 4 เป็นการสอบถามความคาดหวังก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล จะเห็นได้ว่า

ความคาดหวังหลังฝึกมากขึ้นในระดับมากที่สุด ในขณะที่ความคาดหวังก่อนฝึกอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และเกิดประโยชน์มากสำหรับการฝึกทักษะเบื้องต้นของนักศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมการพยาบาลห้องผ่าตัดและกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีที่ประกอบด้วย หลักการปราศจากเชื้อ หลักการแทงเส้นเพื่อให้น้ำเกลือและฉีดยาเข้าเส้น หลักการให้สารน้ำและเลือด หลักการให้ออกซิเจน หลักการให้ยาแก้ปวด การดูแลก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด การได้เข้าไปเห็นว่าแพทย์เปิดแผลอย่างไร บริเวณไหน จะช่วยให้นักศึกษานึกภาพออกว่าจะต้องดูแลต่ออย่างไร เป็นต้น ดังการศึกษาของ สุทธิดา รอดรัตน์, ชาติชาย ดวงศรี[6] เรื่องผลของการจำลองสถานการณ์การผ่าตัดต่อความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล และมณฑล รัตนสกุล[7] เรื่อง การใช้การจำลองในห้องผ่าตัดเพื่อพัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาล: ประสบการณ์จากประเทศไทย พบว่า การจัด Simulation in Operating room นั้นช่วยลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงานได้ และเพิ่มประสิทธิผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้เป็นอย่างมาก และการเข้าฝึกครั้งนี้ใช้วันหยุดที่มีห้องว่างสำหรับจัดสถานการณ์ที่เพียงพอ ทำให้นักศึกษาได้ฝึกหลายครั้งจนเพิ่มความมั่นใจ และคลายความวิตกกังวลลงได้ ทั้งยังมีความสุขและได้รับความรู้จากทีมพยาบาลและแพทย์อย่างเต็มที่ ซึ่งในต่างประเทศมีการฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดของนักเรียนพยาบาลมานานอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการจัด Simulation in Operating room ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงทางข้อกฎหมายต่างๆสำหรับนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลได้อีกด้วย ทั้งยังเป็นการเพิ่มทักษะปฏิบัติสำหรับนักเรียนพยาบาลได้เป็นอย่างดี[8] ดังการศึกษาของ Hussey, L., et al.[9]. The Impact of Simulation on Nursing Students' Confidence and Competence in the Operating Room เขาได้ทำ Systemic review เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในห้องผ่าตัด พบว่า Simulation in Operating room หรือ การจัดสถานการณ์จำลองในห้องผ่าตัด ช่วยพัฒนาทักษะปฏิบัติของนักเรียนพยาบาลได้เป็นอย่างดี ลดผลกระทบด้านจิตใจและผลกระทบระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงกับนักเรียนพยาบาลได้ พร้องทั้งช่วยพัฒนาทักษะด้านการจัดการเรียนการสอน การนิเทศของพยาบาลประจำการได้ด้วย และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการลงทุนในสถานศึกษาที่ยังไม่มีเงินทุนในการสร้างห้อง Simulation lab ก็สามารถสร้าง MOU กับโรงพยาบาลได้ เป็นการลดค่าบำรุงรักษา เป็นการบูรณาการที่เหมาะสมกับยุคสมัยและทันสมัยอยู่เสมอ เนื่องจากวิวัฒนาการการรักษาด้วยการผ่าตัด มีการพัฒนาที่ก้าวกระโดด ดังนั้นการที่นักศึกษาได้เข้าไปเรียนรู้ในสถานการณ์จริง และสร้างสถานการณ์จำลองในสถานที่จริง ทำให้นักศึกษาเกิดภาพจำในการเรียนรู้ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนแนะจากการวิจัย

1. ประโยชน์ต่อผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคล ทั้งอาจารย์พยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในห้องผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้รุ่นน้องต่อไป

2. ประโยชน์ต่อวิชาชีพโดยรวม ได้บูรณาการการเรียนการสอนที่มีพยาบาลเฉพาะทางมาร่วมสอนหรือให้ความรู้ขณะศึกษาดูงาน การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์สมมติในสถานที่จริง สามารถทำวิจัยเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเฉพาะทางห้องผ่าตัดและวิสัญญีได้

3. ประโยชน์ต่อสังคม

4. ประหยัดงบประมาณในการจัดทำห้องเรียนเสมือนจริงที่อุปกรณ์บางอย่างมีราคาแพงที่ไม่คุ้มค่าในการจัดไว้ในห้องปฏิบัติการในสถานศึกษา ซึ่งจะต้องมีการบำรุงรักษาโดยเครื่องปรับอากาศเพื่อให้หุ่นไม่ชำรุดเสียหาย ซึ่งทำให้ไม่ประหยัดพลังงาน และอุปกรณ์บางอย่างราคาแพง เช่น อ่างล้างมือแบบไม่ต้องสัมผัส โคมไฟผ่าตัด เตียงผ่าตัด เครื่องจี้ห้ามเลือดไฟฟ้า เครื่องดมยาสลบและเครื่องช่วยหายใจ

เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เครื่องอ่านค่า blood gas เป็นต้น

5. การได้สังเกตการทำงานจริงขั้นตอนการทำงานในบทบาทพยาบาลเพื่อความปลอดภัย

6. ได้เรียนรู้การบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด ซึ่งในห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัดสามารถมีให้เรียนรู้ได้ประกอบกับผู้สอนมีความเชี่ยวชาญโดยตรง ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้และเข้าใจถึงการสื่อสารทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยในชั้นเรียนร่วมกับแหล่งฝึก

2. ด้านการจัดการเรียนการสอน ควรมีการฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นพื้นฐานการฝึกปฏิบัติที่ปลอดภัย

3. ควรมีการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบการจัดสถานการณ์เสมือนจริงในแหล่งฝึกอื่นๆ เพื่อพัฒนาการฝึกปฏิบัติในวิชาชีพต่อไป

8.4 อาจารย์พยาบาลควรได้ฝึกทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล (Faculty practice) ในห้องผ่าตัด พร้อมทั้งร่วมทำวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ รศ.นพ.อัครวัฒน์ สินเกื้อกูลกิจ วิสัญญีแพทย์ ทีมวิสัญญีพยาบาล คุณลักษณาวดี ชัยรัตน์ คุณกชกร ผลาชีวะ คุณวิริยา ถิ่นชีลอง ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด คุณลำพึง เทียมวิสัย คุณพิกุล นนทภา คุณปภาดา แสนสง คุณสุดธิดา บุญผ่องเสถียร และคุณวรัญญา สร้อยหิน รวมทั้ง ผศ.ดร.กษมชนะวงศ์ อธิการบดี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ผศ.เสาวลักษณ์ แย้มตรี คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ และทีมอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งทีมอาจารย์และบุคลากรทุกท่าน ของวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ที่มิได้เอ่ยนาม และช่วยอำนวยความสะดวกแก่ทีมงานมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นฤมล อมรพงษ์. (2563). การพัฒนาทักษะการทำงานในห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล โดยการเรียนรู้ ผ่านสถานการณ์จำลอง. วารสารการพยาบาลและการศึกษาพยาบาล, 35(1), 19-27.
2. ณัฐพร เชี่ยวชาญ. (2564). ผลของการใช้การเรียนรู้แบบจำลองต่อการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลศาสตร์, 39(2), 75-83.
3. ดวงสุดา สุวรรณศรี. (2566). การพัฒนาหลักสูตร “ปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี”. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. อ10-0072.
4. ดวงสุดา สุวรรณศรี, อัญชลี สารรัตนะ และบุษบา สมใจวงษ์. (2566). ความเป็นไปได้ในการจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566). วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. อ10-0072.
5. ณัฏฐชา เจียรนิลกุลชัย และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล. (2560). ผลของการสอนฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดโดยใช้สถานการณ์จำลองในห้องผ่าตัดในสภาพแวดล้อมจริงต่อทักษะพื้นฐานในห้องผ่าตัดของนักศึกษาพยาบาล บทความวิจัย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 34(1), 55-67.
6. สุทธิดา รอดรัตน์, ชาติชาย ดวงศรี. (2565). ผลของการจำลองสถานการณ์การผ่าตัดต่อความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการแพทย์และการพยาบาล, 47(4), 457-467.
7. มณฑล รัตนสกุล. (2566). การใช้การจำลองในห้องผ่าตัดเพื่อพัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาล: ประสบการณ์จากประเทศไทย. วารสารการศึกษาพยาบาล, 40(3), 121-130.
8. ธีระชัย มณีรัตน์, & สุมิตร หงส์ทอง. (2567). การวิเคราะห์ผลกระทบของการสอนในห้องผ่าตัดด้วยวิธีการจำลองต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการวิจัยทางการพยาบาล, 45(1), 34-44.
9. Hussey, L., et al. (2020). The Impact of Simulation on Nursing Students’ Confidence and Competence in the Operating Room: A Systematic Review. Nursing Education Perspectives, 41(5), 271-277.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตตามแนวทางของ WHO ในจังหวัดปัตตานี

DEVELOPMENT OF A PALLIATIVE CARE MODEL TO ENHANCE QUALITY OF LIFE FOR END-OF-LIFE PATIENTS BASED ON WHO GUIDELINES IN PATTANI PROVINCE.

(Received: November 4,2024 ; Revised: November 20,2024 ; Accepted: November 21,2024)

ณัฐนิชา วารีสมาน[1]
Natnicha Wareesamarn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทาง ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การ วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา 2) การออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม และ 3) การ ประเมินผลการใช้งานรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 30 คน ครอบครัวและผู้ดูแล 30 คน บุคลากรทางการแพทย์ 15 คน และผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ในขั้นตอนที่ 1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในปัจจุบันมีปัญหาหลัก ได้แก่ การขาดความรู้พื้นฐานของผู้ดูแล การขาดแคลนทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ ความไม่ สอดคล้องในการประสานงานระหว่างหน่วยงานและครอบครัว การขาดการสนับสนุนด้านจิตใจ การเข้าถึง บริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง และการขาดการฝึกอบรมขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเพิ่มพูนความรู้ผู้ดูแล การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การสนับสนุนทางจิตใจ และการใช้เทคโนโลยีติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และ ขั้นตอนที่ 3 ผลการ ประเมิน พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับสูง และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value < .01)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, แบบประคับประคอง, จังหวัดปัตตานี

Abstract

This study aimed to develop a palliative care model for end-of-life patients based on the World Health Organization (WHO) guidelines in Pattani Province. This research followed a three-phase design, including: 1) situational analysis and problem assessment, 2) design and development of an appropriate care model, and 3) evaluation of the model's implementation. The sample consisted of 30 end-of-life patients, 30 family caregivers, 15 medical personnel, and 10 public health administrators. Data collection tools included questionnaires and interviews Data analysis employed percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

The results indicated that in Phase 1, major issued in current palliative care included caregivers' lack of basic knowledge, limited healthcare resources, inconsistent coordination between healthcare facilities and families, lack of psychosocial support, limited access to health services, and insufficient caregiver training. In Phase 2, the care model developed consisted of five main components: enhancing caregivers' knowledge, ensuring adequate resource allocation, communication via the LINE application, psychosocial support, and the continuous use of technology for symptom monitoring. In Phase 3, evaluation findings revealed high levels of satisfaction among patients and their families, with a statistically significant improvement in caregivers' knowledge and understanding (P-Value < .01).

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

Keywords: Model Development, Palliative Care, Terminally Ill Patients, Pattani Province

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา หนึ่งในแนวทางที่ได้รับการยอมรับมากขึ้น คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ซึ่งมีความสำคัญมากขึ้นเนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 11.9 ล้านคนในปี 2020 เป็น 18.7 ล้านคนในปี 2040 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกลายจึงมีความสำคัญ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ[1] ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ นำไปปฏิบัติ[2] อย่างไรก็ตาม การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาสำคัญ คือ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ การให้บริการด้านนี้ในพื้นที่ชนบทยังคงมีข้อจำกัด[3] ทั้งในด้านบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งทางการเมือง เช่น ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ การจัดสรรทรัพยากรไปยังพื้นที่เหล่านี้มีข้อจำกัดทำให้การเข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่เท่าเทียมกัน[4]

จังหวัดปัตตานีเป็นตัวอย่างหนึ่งที่มีความซับซ้อนทางวัฒนธรรมและศาสนา ประชากรส่วนใหญ่ ในจังหวัดนี้เป็นชาวมุสลิมที่มีความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่ต้องคำนึงถึงในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักและปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับบริบททางศาสนา[5] นอกเหนือจากปัจจัยด้านศาสนาและวัฒนธรรมแล้ว ความไม่สงบทางการเมืองในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลกระทบอย่างมากต่อการให้บริการด้านสุขภาพ ทำให้การให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นไปอย่างลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งไม่สามารถเข้าถึงการดูแลได้อย่างเหมาะสม ปัญหานี้ทำให้ผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทห่างไกลไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเนื่องจากขาดบุคลากรและทรัพยากรในการดูแลที่เพียงพอ[6] จากการวิจัยพบว่า มีเพียง 20% ของผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ชนบทที่สามารถเข้าถึงบริการการดูแลระยะท้ายอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งทางการเมืองอย่างจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ป่วยในพื้นที่เหล่านี้เผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างมาก[7] เนื่องจากความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสมได้[6] ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญยังคงเป็นเรื่อง ที่ต้องให้ความสำคัญ บุคลากรในพื้นที่ชนบทมักต้องทำงานหลายหน้าที่ ซึ่งทำให้ไม่สามารถมอบการดูแลระยะท้ายได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้[8] การฝึกอบรมเฉพาะทางในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังคงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็ก การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเชี่ยวชาญในด้านนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยสามารถรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นได้[4] เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมทุกพื้นที่ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ รวมบริการการดูแลระยะท้ายเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ การให้บริการนี้ต้องครอบคลุมในทุกระดับและทุกภูมิภาค ไม่ว่าจะเป็นในเมืองใหญ่หรือชนบท เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันและมีคุณภาพ[2]

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของการรักษาทางกาย แต่ยังครอบคลุมถึงการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ การดูแลที่ให้ความเคารพต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและสร้างความพึงพอใจให้แก่ครอบครัว[9] การบูรณาการแนวทางการดูแลระยะท้ายที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนาของพื้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[5] งานวิจัยของ[6] ได้เสนอแนวทางในการปรับแผนการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงได้ทั่วถึงมากขึ้น แม้ในพื้นที่ที่มีปัญหาความไม่สงบ การเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ขาดแคลนเป็นสิ่งสำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำ[6]

ผู้วิจัยมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านตามแนวทางของ WHO ในจังหวัดปัตตานี ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ รวมถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ผลการวิจัยจะช่วยในการพัฒนากลยุทธ์และนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดปัตตานี โดยจะส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงเพิ่มความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ในจังหวัดปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางของ WHO ในจังหวัดปัตตานี
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ในจังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้านในจังหวัดปัตตานีตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) การวิจัยนี้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ โดยแต่ละระยะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันเพื่อให้กระบวนการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นไปอย่างครบถ้วนและสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และการเมืองในจังหวัดปัตตานี ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดปัตตานี

ในระยะแรกนี้ จะเน้นการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่จังหวัดปัตตานี โดยใช้ทั้งวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครอบคลุมและชัดเจน ดังนี้

การสำรวจเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามที่แจกจ่ายให้กับผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อสำรวจเกี่ยวกับการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ปัญหาในการให้บริการ และความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้ยังรวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร เช่น บุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในพื้นที่ชนบทของปัตตานี

การสำรวจเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) และการจัดการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussions) กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่ โดยการสัมภาษณ์จะครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน ความท้าทายในการให้บริการ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่

ผลจากการสำรวจนี้จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อกำหนดแนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของพื้นที่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทาง WHO โดยปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น

ระยะที่สองของการวิจัยนี้มุ่งเน้นที่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สอดคล้องกับแนวทางของ WHO ซึ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมและประคับประคอง รวมถึงการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นของจังหวัดปัตตานี ดังนี้

การพัฒนารูปแบบการดูแล นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ WHO นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการทางวัฒนธรรมและศาสนาของชุมชนมุสลิมในพื้นที่ โดยเฉพาะในเรื่องของพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อเกี่ยวกับการตาย การรักษาความเป็นส่วนตัว และการให้ความเคารพต่อครอบครัวและผู้ป่วย

การประสานงานกับชุมชนและบุคลากรท้องถิ่น ในกระบวนการพัฒนารูปแบบ จะมีการประชุมกับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้บริหารสาธารณสุข เพื่อให้ได้แนวทางที่ได้รับการยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการฝึกอบรมบุคลากรท้องถิ่นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามมาตรฐานสากล โดยจะให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

ระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินการและปรับปรุงรูปแบบตามผลลัพธ์ที่ได้รับ

ระยะที่สามนี้เป็นการติดตามผลและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ดังนี้

การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล ดำเนินการประเมินผลโดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจและประสิทธิภาพของการดูแลจากผู้ป่วยและครอบครัว และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อทำความเข้าใจถึงผลกระทบของการดูแล

การปรับปรุงรูปแบบการดูแล จากผลการประเมินจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านต่อไป โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชน การจัดสรรทรัพยากร และการฝึกอบรมบุคลากร นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการปรับปรุงกระบวนการดูแลให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในทุกด้าน

ผลลัพธ์จากระยะที่ 3 จะเป็นการสรุปแนวทางที่พัฒนาขึ้น ซึ่งจะนำไปใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับพื้นที่ปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้ป่วยระยะท้าย 30 ราย 2) ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย 30 ราย 3)บุคลากรทางการแพทย์ 15 ราย 4) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มี 5 ชุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) แบบสอบถาม สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป

ประสบการณ์การเข้ารับบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 5) แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Rating Scale) (Best, Kahn, 2006)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามจะถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบและสถิติ Paired t-test ความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลก่อนและหลังการให้ความรู้

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถูกวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่ RECPTN No.053/66

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในจังหวัดปัตตานี

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในจังหวัดปัตตานี พบว่ามีปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ปัญหาหลักที่ถูกระบุรวมถึงการขาดความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ผู้ดูแลที่บ้านไม่สามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพในจังหวัดยังประสบปัญหาทรัพยากรที่จำกัด ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยล่าช้าและไม่เพียงพอ การประสานงานระหว่างสถานพยาบาลและครอบครัวก็ยังมีปัญหา ทำให้ข้อมูลการดูแลไม่ถูกส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ส่งผลให้ต้องเผชิญกับความเครียดอย่างมาก นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพแบบประคับประคองยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท และการขาดการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลที่บ้านยังทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จังหวัดปัตตานี สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านยังเผชิญกับปัญหาหลายด้านที่จำเป็นต้องแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย ส่งผลให้การให้บริการในพื้นที่มีความไม่สอดคล้องและล่าช้า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่จำเป็นยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างสถานพยาบาลและครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลที่บ้าน ไม่สามารถดำเนินการตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดการสนับสนุนทางจิตใจ ที่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการแก้ไขปัญหาเหล่านี้จึงมีความสำคัญเพื่อสร้างระบบ การดูแลที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของชุมชนของจังหวัดปัตตานีให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น จากการรวบรวมข้อมูลและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายในจังหวัดปัตตานี พบว่ามีปัญหา ดังนี้ 1) การขาดความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลที่บ้านในจังหวัดปัตตานี ขาดความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วย เช่น การให้ยาและจัดการภาวะแทรกซ้อน ทำให้การดูแลไม่เต็มประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2) ทรัพยากรที่จำกัดในระบบบริการสุขภาพระบบสุขภาพในจังหวัดปัตตานีขาดแคลนบุคลากร อุปกรณ์และยาที่จำเป็น ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีข้อจำกัดและล่าช้า 3) ความไม่สอดคล้องในการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลและครอบครัว การประสานงานระหว่างสถานพยาบาลและผู้ดูแลที่บ้านไม่ชัดเจน ทำให้ข้อมูลการดูแลล่าช้าและไม่สอดคล้องกัน 4) ความไม่เพียงพอของการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมผู้ป่วยและครอบครัวขาดการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมเพียงพอ ทำให้เผชิญกับความเครียดโดยไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพแบบประคับประคอง ที่ไม่ทั่วถึง บริการสุขภาพแบบประคับประคองในจังหวัดปัตตานีไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ขาดบุคลากรและทรัพยากร การเดินทางไปยังสถานพยาบาลขนาดใหญ่ลำบาก ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างทันเวลา 6) การขาดการฝึกอบรมและการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลที่บ้านขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางของ WHO

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดปัตตานีได้ใช้แนวทางของ WHO เป็นหลัก โดยมีการการประชุมกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหารสาธารณสุข โดยมีการปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางของ WHO

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางของ WHO	
การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว R	
Plan	เป้าหมาย: พัฒนาทักษะและความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับแนวทางของ WHO เนื้อหารายการ: การดูแลด้านร่างกาย เช่น การให้ยา การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การบรรเทาอาการปวด การดูแล ด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดปัตตานี ระยะเวลา: การอบรมเป็นระยะเวลา 2 วัน ครอบคลุมพื้นที่ทุกชุมชนที่มีผู้ป่วยระยะท้าย
Do	- จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยเชิญแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย - จัดการฝึกอบรมในลักษณะการจำลองสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย - เน้นการอบรมที่ครอบคลุมทุกชุมชนที่มีผู้ป่วยระยะท้าย โดยให้ผู้ดูแลทุกคนได้รับการฝึกฝนอย่างทั่วถึง - สนับสนุนการให้คำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญหลังการอบรม
Check	- ประเมินผลการอบรมโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับความพึงพอใจในเนื้อหาและการฝึกปฏิบัติ - สังเกตและตรวจสอบความเข้าใจและการฝึกฝนของผู้ดูแลผ่านการประเมินสถานการณ์จำลอง - ติดตามผลหลังการอบรมโดยสำรวจความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ได้ - ตรวจสอบการใช้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อวัดประสิทธิภาพของการอบรม
Action	- ปรับปรุงหลักสูตรอบรมตามข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วม เพื่อให้การอบรมมีประสิทธิภาพมากขึ้นในครั้งต่อไป - ขยายการจัดอบรมไปยังชุมชนอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะเพิ่มเติมให้กับผู้ดูแลในครอบครัวที่ผ่านการอบรมแล้ว - สร้างระบบการติดตามและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามจากแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง - ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่นเพื่อให้มีการสนับสนุนการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
การพัฒนาเอกสารคู่มือ D1	
Plan	เป้าหมาย: จัดทำสื่อการเรียนรู้ที่ง่ายต่อการเข้าถึง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางของ WHO

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางของ WHO	
	เนื้อหารายการ: รูปแบบของคู่มือ: คู่มือควรมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบที่ชัดเจน เช่น การให้ยา การดูแลผู้ป่วยทางกายภาพ และการจัดการกับอาการปวด การจัดทำวีดิทัศน์: วีดิทัศน์สาธิตการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดปัตตานี ระยะเวลา: ระยะเวลา 3 เดือน สำหรับการออกแบบและพัฒนาคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ การเผยแพร่เนื้อหาอย่างต่อเนื่อง
Do	- ออกแบบและจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยให้เนื้อหาที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบที่ชัดเจน - จัดทำสื่อวีดิทัศน์สาธิตการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในสถานการณ์ต่าง ๆ - เผยแพร่คู่มือและสื่อวีดิทัศน์ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล - จัดพิมพ์และแจกจ่ายคู่มือให้ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่
Check	- ตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหาและภาพประกอบในคู่มือและวีดิทัศน์โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ
Action	- ปรับปรุงคู่มือและวีดิทัศน์ตามข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของผู้ใช้งาน เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องยิ่งขึ้น
การใช้เทคโนโลยีในการให้คำปรึกษา D2	
Plan	เป้าหมาย: ใช้เทคโนโลยีในการให้คำปรึกษาและติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ เนื้อหารายการ: การจัดทำสายด่วนโทรศัพท์: เปิดสายด่วนพิเศษที่ผู้ดูแลสามารถโทรสอบถามการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์หรือพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง การใช้แอปพลิเคชั่นไลน์สุขภาพ จัดทำไลน์เฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้ดูแลสามารถบันทึกอาการผู้ป่วยและรับคำแนะนำในการดูแลได้แบบเรียลไทม์ กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดปัตตานี ระยะเวลา: 1 - 3 เดือน สำหรับการพัฒนาและทดสอบไลน์แอปพลิเคชัน การให้บริการสายด่วนสามารถเริ่มต้นได้ทันทีเมื่อมีทีมบุคลากรพร้อม
Do	- จัดทำสายด่วนโทรศัพท์: เปิดให้บริการสายด่วนโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับผู้ดูแล - พัฒนาไลน์แอปพลิเคชันสุขภาพ: จัดทำแอปพลิเคชันที่มีฟังก์ชันบันทึกอาการและรับคำแนะนำแบบเรียลไทม์
Check	ประเมินประสิทธิภาพของสายด่วนและไลน์แอปพลิเคชันสุขภาพโดยวิเคราะห์ข้อมูลการใช้งาน เช่น จำนวนการโทรเข้า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
Action	ปรับปรุงระบบสายด่วนโทรศัพท์ ไลน์แอปพลิเคชันสุขภาพตามข้อเสนอแนะจากผู้ใช้ เพื่อให้การให้บริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
การจัดประชุมประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน D3	
Plan	เป้าหมาย: สร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการแพทย์ จิตใจ และสังคม เนื้อหารายการ: จัดทำรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมที่เกี่ยวข้องและส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมการประชุมผ่านระบบออนไลน์หรือเอกสารทางการ การประชุมจะรวมทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และตัวแทนจากครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย: ทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนจากครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย ระยะเวลา: จัดประชุมรายเดือนเพื่อประสานงานและติดตามผลการดูแลติดตามผลทุก 3 เดือนเพื่อประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน
Do	- จัดทำรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนครอบครัวผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งหนังสือเชิญผ่านระบบออนไลน์หรือเอกสาร - จัดประชุมประสานงานรายเดือนระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยเน้นการสื่อสารความต้องการและการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยตามสถานการณ์

ตารางที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางของ WHO

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางของ WHO	
	- ติดตามและบันทึกข้อมูลจากการประชุมเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย - สร้างช่องทางสื่อสารระหว่างทีมงานเพื่อให้เกิดการปรึกษาและแลกเปลี่ยนข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง
Check	- ประเมินผลการประชุมรายเดือนผ่านการสำรวจความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมและการตรวจสอบการดำเนินงานของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง - ติดตามความคืบหน้าและผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากการประชุม โดยตรวจสอบข้อมูลการปรับแผนการดูแลที่นำไปใช้จริง - ติดตามผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน เพื่อประเมินความสำเร็จของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน - ตรวจสอบปัญหาและข้อจำกัดที่พบในการทำงานร่วมกันและปรับปรุงการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน
Action	- ปรับปรุงแนวทางการจัดประชุมให้มีความคล่องตัวและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การปรับรูปแบบการประชุมเป็นออนไลน์เพื่อความสะดวก - เพิ่มการประชุมพิเศษหากมีปัญหาเร่งด่วนหรือเหตุการณ์ที่ต้องการการปรึกษาเพิ่มเติม - ปรับปรุงการติดตามผลและการสื่อสารระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น เพื่อลดปัญหาการสื่อสารผิดพลาดหรือข้อมูลล่าช้า - ประเมินผลการทำงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนทุกปี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการทำงานต่อไป

จากตารางที่ 1 พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทาง WHO เน้นการเสริมทักษะและความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ พัฒนาเอกสารคู่มือและสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงง่าย และใช้เทคโนโลยีในการให้คำปรึกษาผ่านสายด่วนและแอปพลิเคชันไลน์ นอกจากนี้ ยังมีการประชุมประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเป็นรายเดือนเพื่อประเมินและพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในจังหวัดปัตตานี

การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ได้มีการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ดำเนินการผ่านกระบวนการติดตามและสอบถามความคิดเห็นของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบการดูแลที่ได้รับ เพื่อวัดผลการตอบสนองต่อความต้องการในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลทางร่างกาย จิตใจ

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบการดูแล

ประเด็นการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
การให้คำปรึกษาทางการแพทย์	4.10	0.839	มาก
ความสะดวกในการติดต่อทีมดูแล	3.66	1.081	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมาก คือ ความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ รองลงมา คือ ความสะดวกในการติดต่อทีมดูแล ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบ

ประคับประคองที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการใช้รูปแบบ (Mean ± SD)	หลังการใช้รูปแบบ (Mean ± SD)	t	p-value
ผู้ป่วย	3.50 ± 0.46	4.26 ± 0.47	6.36	6.03e-07**
ผู้ดูแล	3.30 ± 0.55	4.10 ± 0.49	5.82	2.91e-06**

** P-Value < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลที่บ้าน ค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดความกังวลของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความรู้ความเข้าของผู้ดูแลก่อนและหลังการให้ความรู้

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลก่อนและหลังการให้ความรู้

ประเด็นการประเมิน	ก่อนการให้ความรู้ (Mean ± SD)	หลังการให้ความรู้ (Mean ± SD)	t	p-value	Mean Difference
ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล	3.11 ± 0.44	4.05 ± 0.37	9.33	0.000**	0.94

** P-Value < .01

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการประเมิน การให้ความรู้และอบรมช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value < .01*)* ดังนั้น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ดีขึ้นตามมาตรฐานที่ต้องการ

3. ประเมินความสามารถในการปรับใช้แนวทางการดูแลของ WHO ให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นของจังหวัดปัตตานี

ตารางที่ 5 ความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบ

รูปแบบ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความเหมาะสมและความสอดคล้อง
การจัดการอาการปวด	4.6	0.50	มากที่สุด
การดูแลด้านจิตใจ	4.4	0.70	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลการประเมิน พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในจังหวัดปัตตานีมีการสอดคล้องกับแนวทางของ WHO โดยเฉพาะในด้านการจัดการอาการปวด อยู่ในระดับมากที่สุด และด้านการดูแลด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมีการเน้นที่การบรรเทาความเจ็บปวดและการให้การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับการดูแลทุกมิติของผู้ป่วยทั้งทางกายภาพ จิตใจ และจิตวิญญาณ ตรงกับทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของ[10] ซึ่งเน้นการบูรณาการการดูแลทุกด้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย[10] งานวิจัยของ[11] ได้ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยยังประสบกับความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะการขาด

แคลนทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ชัดเจนในจังหวัดปัตตานี[11] ตามผลการวิจัยนี้

การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะและความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวผู้ดูแลผ่านการฝึกอบรมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการดูแล การฝึกอบรมช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาวะที่เกิดขึ้นในระยะท้ายได้อย่างเหมาะสมและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล งานวิจัยของ[5] ยังได้ย้ำถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและศาสนาอย่างจังหวัดปัตตานี และครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกได้รับการดูแลที่ดีขึ้น[5]

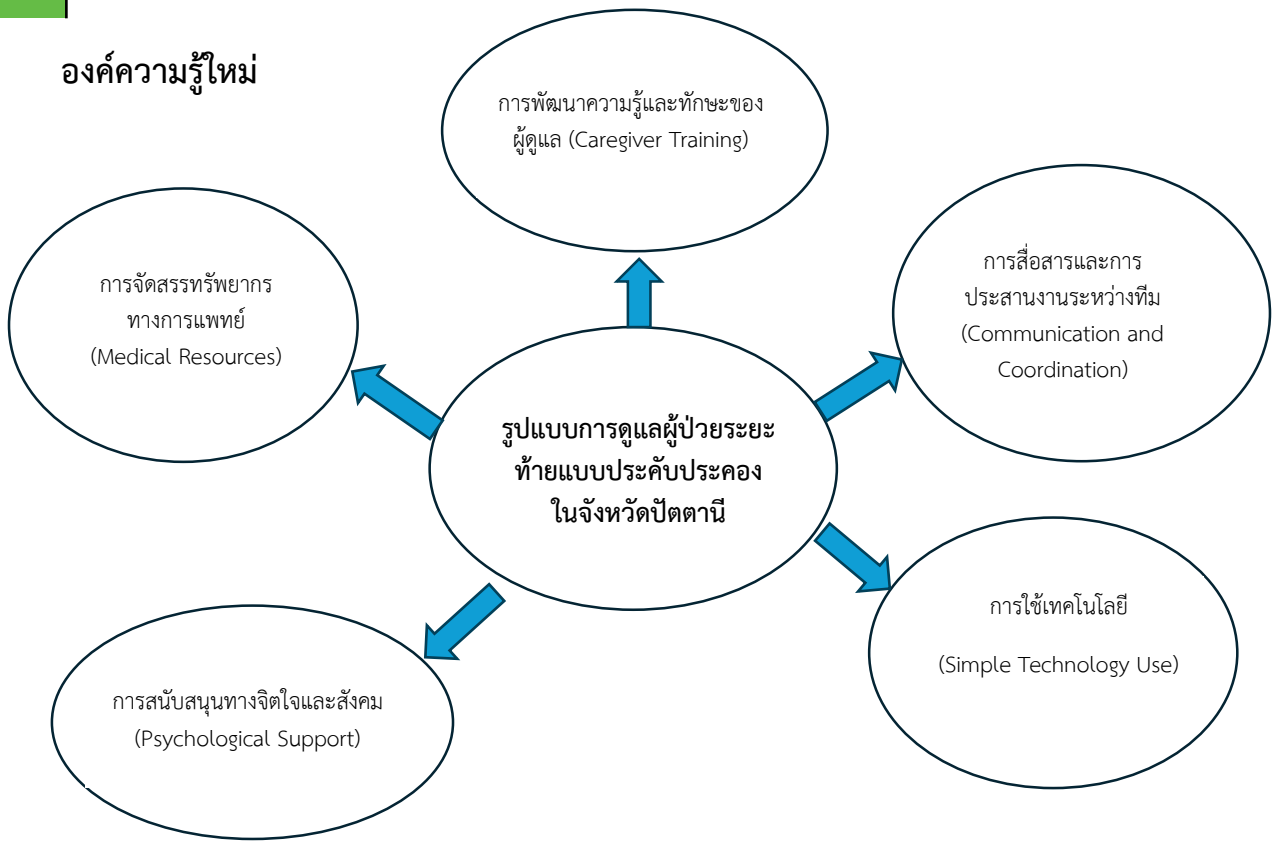
นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ การใช้แอปพลิเคชันเพื่อการติดตามอาการและการให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างทันเวลาและลดความผิดพลาดในการให้ยา การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวช่วยให้การตัดสินใจในการดูแลเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง งานวิจัยของ[12] ได้กล่าวถึงความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีในการติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งตรงกับผลการวิจัยนี้ที่ พบว่าการใช้เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับข้อมูลและคำแนะนำจากแพทย์ได้อย่างทันท่วงที[12]

การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับมือกับความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของชีวิต การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและการสนับสนุนจากกลุ่มในชุมชนช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ ครอบครัว และชุมชนยังเป็นปัจจัยที่ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น การสนับสนุนจากชุมชนช่วยเสริมสร้างเครือข่ายการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดปัตตานีตามแนวทางของ WHO ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการทุกมิติในการดูแลผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลและการสร้างเครือข่ายการดูแลที่มีความเข้มแข็งระหว่างครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ผลการวิจัยนี้เน้นให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรทางการแพทย์และบุคลากรในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและศาสนาอย่างจังหวัดปัตตานี การสร้างระบบการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของชุมชนในพื้นที่นั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต[9]

การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีการฝึกอบรมบุคลากรและครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ และการใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแล ล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ปัตตานี การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณที่มีความละเอียดอ่อนต่อบริบททางวัฒนธรรมและศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานได้อย่างมีศักยภาพ และทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ[3] รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่จังหวัดปัตตานี แต่ยังเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและศาสนาเช่นกัน

องค์ความรู้ใหม่



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในจังหวัดปัตตานี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในจังหวัดปัตตานีมี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแล 2) การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ 3) การสื่อสารและประสานงานระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวผ่านแอปพลิเคชันไลน์หรือสายด่วน 4) การสนับสนุนทางจิตใจและสังคมเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว และ 5) การใช้เทคโนโลยีติดตามอาการและเตือนการให้ยา

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาทักษะควรจัดอบรมต่อเนื่อง ในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ จิตวิญญาณ ครอบครัวและสังคม รวมทั้งการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรต้องเท่าเทียมในพื้นที่ชนบท ทั้งยา อุปกรณ์ และบุคลากร พร้อมพัฒนาระบบขนส่งเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนจากชุมชนควรส่งเสริมเครือข่ายดูแลที่บ้านและกลุ่มสนับสนุนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต การใช้เทคโนโลยีติดตามอาการช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความรวดเร็ว การสร้างระบบสนับสนุนยั่งยืนควรวางแผนระยะยาวร่วมกับโรงพยาบาลและควรประเมินการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). รายงานการคาดการณ์ประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2020 - 2040 เรียกใช้เมื่อ 3 เมษายน 2567 จาก https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=index

2.World Health Organization. (2018). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into National Systems: A WHO Guide. Geneva: WHO Press.

3 . Thomas, L. (2017). Training healthcare professionals in palliative care: The need for specialized programs in developing countries. Global Health Journal, 22(3), 121-134.

4. Chindaprasirt, J. et al. (2019). The development of a palliative care system in rural areas of Thailand: Challenges and solutions. Journal of Medicine and Community Health; 45(2), 123-136.
5. Rifaat, H. (2021). Palliative care in the context of Islam: A case study of Pattani Province. Journal of Islamic Medical Studies, 32(1), 85-92.
6. Sukprasert, S. et al. (2019). Development of a palliative care model in conflict-affected areas: A case study of Thailand's southern border provinces. Journal of Community Health Sciences, 53(3), 215-228.
7. Johnson, R. & Smith, A. (2021). Addressing healthcare workforce shortages in rural settings: Strategies for improvement. International Journal of Health Policy and Management, 14(1), 45-60.
8. Jones, P. (2018). Palliative care in conflict zones: Addressing challenges in resource-limited settings. International Journal of Palliative Nursing, 24(6), 290-298.
9. Patel, R. (2020). Integrating spiritual care into palliative care for diverse populations: A cultural approach. Journal of Palliative Care and Social Work, 18(2), 75-88.
10. Watson, J. (1988). Nursing: Human science and human care. Jones & Bartlett Learning.
11. Sirimongkol, P. et al. (2020). Challenges in palliative care in rural areas of Thailand: A case study of Pattani Province. Journal of Rural Health and Medicine, 58(4), 256-270.
12. Glanz, K. & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. Annual Review of Public Health; 31(1), 399-418.

ปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

FACTORS PREDICTING SURVIVAL OF CHOLANGIOCARCINOMA PATIENTS AFTER DIAGNOSED AND TREATMENT IN SISAKET HOSPITAL.

(Received: November 5,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 17,2024)

มะลิ สุปัตติ[1] อารี บุตรสอน[2]
Mali Supatti[1] Aree Butsorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 199 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยที่รอดชีพ จำนวน 96 คน และผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 103 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เชิงพรรณนานำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression นำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds ratio และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ คือ สถานภาพสมรส ระยะการเจ็บป่วย และการแพร่กระจายของโรค โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสเสียชีวิตหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษมากกว่าสถานภาพอื่นถึง 2.89 เท่า (AOR=2.09 , 95% CI=1.26-3.45) ผู้ป่วยที่มีระยะการเจ็บป่วยในระยะที่ 4 มีโอกาสเสียชีวิตหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษมากกว่าระยะที่ 1 ระยะที่ 3 และ ระยะที่ 3 เป็น 4.23 เท่า (AOR=3.16 , 95%CI=2.04-6.38) และผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น มีโอกาสเสียชีวิตหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการแพร่กระจายเป็น 2.87 เท่า (AOR=1.87, 95%CI=1.01-3.52) ส่วนตัวแปรอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย การรอดชีพ โรคมะเร็งท่อน้ำดี

Abstract

This case-control study aimed to identify factors predicting survival in cholangiocarcinoma patients following diagnosis and treatment at Sisaket Hospital. The study involved 199 participants, categorized into two groups: 96 survivors and 103 deceased individuals. Data were collected via structured questionnaires between January 1, 2021, and October 30, 2023. Descriptive statistics, including frequency distributions, percentages, means, standard deviations, medians, the 25th percentile, and the 75th percentile, were employed to analyze the data. Predictive factors were assessed through multiple logistic regression, with results reported as adjusted odds ratios (AOR) and 95% confidence intervals (CI), and a significance level set at 0.05.

The findings indicated that significant predictors of survival included marital status, disease stage, and cancer metastasis. Single patients had a 2.89-fold higher mortality risk than patients of other marital statuses (AOR=2.09, 95% CI=1.26-3.45). Those in stage 4 had a 4.23-fold higher mortality risk compared to patients in stages 1 to 3 (AOR=3.16, 95% CI=2.04-6.38). Furthermore, patients with metastasis had a 2.87-fold increased risk of mortality

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
Corresponding author: E-mail: aree.b@ubu.ac.th

compared to non-metastatic cases (AOR=1.87, 95% CI=1.01-3.52). Other variables lacked sufficient data to confirm significant associations.

Keywords: Predictive Factors, Survival, Cholangiocarcinoma

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่ง รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีในทุกช่วงวัย องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง (The International Agency for Research on Cancer: IARC) องค์การอนามัยโลก[1] รายงานสถานผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 สถิติการป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 5 ลำดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม จำนวน 2,262,419 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.7 รองลงมาได้แก่ มะเร็งปอด 2,206,711 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.4 มะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 1,931,590 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 มะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 1,414,258 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.3 มะเร็งช่องปาก จำนวน 905,677 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 และมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 905,677 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ตามลำดับ การเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง พบว่า มะเร็งที่ทำให้มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มีจำนวนผู้เสียชีวิต 1,796,144 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.0 มะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวนผู้เสียชีวิต 935,173 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวนผู้เสียชีวิต 830,180 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 มะเร็งช่องปาก จำนวนผู้เสียชีวิต 768,793 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.7 มะเร็งเต้านม จำนวนผู้เสียชีวิต 689,996 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.9 และมะเร็งหลอดอาหาร จำนวนผู้เสียชีวิต 544,076 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.4 ตามลำดับ และข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลในประเทศไทย (hospital-based cancer registry) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งในปี 2563 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในชายไทยวันละ 173.1 ต่อแสนประชากร คิดเป็นอันดับที่ 16 ของทวีปเอเชีย ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี อัตราอุบัติการณ์ 33.2 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ มะเร็งปอด อัตราอุบัติการณ์ 22.8 ต่อประชากรแสนคน มะเร็งลำไส้ตรง อัตราอุบัติการณ์ 18.7 ต่อประชากรแสนคน มะเร็งต่อมลูกหมาก อัตราอุบัติการณ์ 7.7 ต่อประชากรแสนคน และ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง อัตราอุบัติการณ์ 6.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับในเพศหญิงพบว่า อุบัติการณ์โรคมะเร็งในหญิงไทยวันละ 159 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นอันดับที่ 15 ของทวีปเอเชีย ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรกในเพศหญิงได้แก่ มะเร็งเต้านม อัตราอุบัติการณ์ 34.2 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ มะเร็งลำไสใหญ่และลำไส้ตรง อัตราอุบัติการณ์ 13.3 ต่อประชากรแสนคน มะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี อัตราอุบัติการณ์ 12.2 ต่อประชากรแสนคน มะเร็งปอด อัตราอุบัติการณ์ 11.5 ต่อประชากรแสนคน และ มะเร็งปากมดลูก อัตราอุบัติการณ์ 11.1 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามพื้นที่ในประเทศไทยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (Age standardized Incidence Rate : ASR) ของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงที่สุด[2]

เมื่อพิจารณาตามตำแหน่งการเกิดมะเร็ง คือ มะเร็งเซลล์ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบร้อยละ 18.4 (95%CI : 16.75-20.20) และร้อยละ 8.8 (95%CI : 7.78-9.95) ตามลำดับ[3] การศึกษาอัตราการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรก ที่เข้ารับการรักษาปี พ.ศ. 2553 ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับ มีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 3.9 (95%CI : 0.02-0.06) และวิเคราะห์แยกตามระยะโรคพบว่าอัตรารอดชีพ 5 ปี ระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 ร้อยละ 100.0, 100.0, 5.6 และ 3.4 ตามลำดับ [4] การศึกษาอัตรารอดชีพผู้ป่วยมะเร็งตับหลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็ง

อุบลราชธานี พบว่าอัตราเสียชีวิต 68.6 ต่อ 100 ราย ต่อปี (95% CI: 63.7 ถึง 73.7) ผู้ป่วย CCA 917 ราย อัตราเสียชีวิต 96.5 ต่อ 100 รายต่อปี (95% CI: 90.1 ถึง 103.2), มัธยฐานการรอดชีพ HCC 0.6 ปี (95% CI: 0.5 ถึง 0.7), CCA 0.4 ปี (95% CI: 0.3 ถึง 0.4) และอัตรารอดชีพที่ 1, 3 และ 5 ปี HCC ร้อยละ 37.1 (95% CI: 33.8 ถึง 40.3), 16.8 (95% CI: 14.4 ถึง 19.5) และ 12.7 (95% CI: 10.4 ถึง 15.3) และ CCA ร้อยละ 27.4 (95% CI: 24.5 ถึง 30.3), 9.6 (95% CI: 7.8 ถึง 11.6) และ 7.1 (95% CI: 5.5 ถึง 9.0) ตามลำดับ[5] จากการศึกษาพบว่าอัตรารอดชีพระยะเริ่มแรกสูงกว่าระยะลุกลาม เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกจะมีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะที่ลุกลามแล้ว และอัตราการรอดชีพที่ต่ำอาจเนื่องมาจาก ลักษณะผู้ป่วย ลักษณะและพยาธิสภาพของโรค วิธีการรักษาที่ได้รับที่แตกต่างกันอีกทั้งองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ถูกพัฒนาให้มีความทันสมัยนำไปสู่การวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการรักษาผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานและวิธีการรักษาที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงอาจส่งผลให้อัตรารอดชีพผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน

สถานการณ์โรคมะเร็งจังหวัดศรีสะเกษ โรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของจังหวัดศรีสะเกษ[6] สถานการณ์โรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราความชุกโรคมะเร็งตับในปี 2555 – 2564 ได้แก่ 66, 79, 92, 100, 105, 109, 112, 114, 116 และ 109 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับท่อน้ำดี รายใหม่จังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2555–2564 ได้แก่ 46, 52 , 57, 54, 56 , 54, 54 , 50 , 49 และ 42 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง[7] จากการศึกษาอัตรารอดชีพ 5 ปี ผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยในหนังสือ Hospital-based cancer registry 2018 แบ่งตามเพศพบว่า มะเร็งตับและท่อน้ำดี มีอัตรารอดชีพหลังการวินิจฉัย เพศชายและหญิง สูงเป็นอันดับที่ 2 (ร้อยละ 25.1 และ 30.7) รองลงมาจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพศชายและหญิง ร้อยละ 48.5 และ 55.6 ตามลำดับ[8] การศึกษาอัตรารอดชีพ 5 ปี ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีหลังการวินิจฉัยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในจังหวัดศรีสะเกษที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีภารกิจหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งครบวงจรแบบตติยภูมิ เพื่อตอบสนองต่อการบริการ ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีสะเกษมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้โรคมะเร็งสามารถรักษาหายขาดได้ โดยเฉพาะมะเร็งที่ตรวจพบในระยะเริ่มแรกซึ่งส่งผลโดยตรงต่ออัตรารอดชีพของผู้ป่วยรวมทั้งมีการยกระดับศักยภาพด้านเครื่องมือ เทคโนโลยีอันทันสมัย และมีทีมงานผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาเฉพาะทางโรคมะเร็ง รวมทั้งมีการจัดทำการนำเสนอข้อมูลทะเบียนมะเร็งเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลทางสถิติและวิทยาการระบาดเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุม และรักษาโรคมะเร็ง แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตรารอดชีพผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีเพียงการนำเสนออุบัติการณ์โรคมะเร็ง และในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างยังมีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Case Control study เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2566 จำนวน 199 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี และได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการโดยอย่างน้อยได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นความถี่สูง และขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2566 ทุกคน จำนวน 199 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบคัดลอกแบบรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รวม 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ ตำแหน่งที่เป็น ครั้งที่เป็น ผลพยาธิวิทยา การลุกลามไปต่อมน้ำเหลือง การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการรักษาโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี ได้แก่ ปัจจัยด้านการรักษา การผ่าตัด (Surgery) การฉายรังสี ชนิด Radiation การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) การให้ยาเจาะจง (Target Therapy) การฉายรังสี ชนิด Concurrent RT การรักษาแบบประคับประคอง การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด (Surgery And Chemotherapy) เคมีบำบัดร่วมกับฉายรังสี (Chemotherapy and Concurrent RT) เคมีบำบัดร่วมกับฉายรังสี (Concurrent RT1 and Chemotherapy)

การตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ประกอบด้วย อาจารย์ ดร.กิตติ เหลาสุภาพ อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี นายแพทย์ธนา ปฏิมารัตนากรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง โรงพยาบาลศรีสะเกษ และแพทย์หญิงสุจิตตรา บุญพบ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง โรงพยาบาลศรีสะเกษ พิจารณาความครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป ได้ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อได้ค่า IOC ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษรายตัวแปรโดยทำการวิเคราะห์ Simple logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Crud Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยทำการวิเคราะห์ซึ่งใช้สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอย

พหุเชิงชั้นหลายตัวแปร multiple logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายร้อยละ 57.3 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 91.0 ทุกคนเป็นคนไทและนับถือศาสนาพุทธ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการวินิจฉัยด้วยการตรวจเนื้องอกปฐมภูมิ ร้อยละ 50.8 รองลงมา คือ การรังสีวิจฉัย ส่องกล้อง อัลตราซาวด์ ร้อยละ 47.7 อวัยวะที่เป็นมากที่สุดคือมะเร็งท่อน้ำดีในตับ ร้อยละ 30.2 เป็นครั้งแรก ร้อยละ 99.0 เป็นด้านเดียว ร้อยละ 99.5 ผลทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นเนื้องอกหรือมะเร็งร้าย ร้อยละ 46.7 มีลักษณะร้ายแรงทุกคน เกรดหรือระดับไม่ได้ระบุ ร้อยละ 79.4 ไม่มีหลักฐานของเนื้องอกหลัก ร้อยละ 50.3 ไม่มีการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองในระดับต่าง ๆ ร้อยละ 63.9 ไม่มีการแพร่กระจายไปไกล ร้อยละ 98.5 อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 43.2 ไม่ทราบว่าแพร่กระจายอย่างไร ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือแพร่กระจายไปยังที่ห่างไกล ร้อยละ 42.7 และไม่รู้ว่าแพร่กระจายไปที่ใด ร้อยละ 41.7 ตามลำดับ การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ใช้การบำบัดแบบเจาะจง ร้อยละ 32.7 รองลงมาใช้เคมีบำบัด ร้อยละ 18.6 และการฉายรังสีร่วมด้วย ร้อยละ 18.1 ตามลำดับ สถานภาพสุดท้ายของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา คือ วันที่ 30 ตุลาคม 2566 มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 51.76 ตามลำดับ

การรอดชีพและผลกระทบจากแต่ละปัจจัย

1. อัตราการรอดชีพและค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพหลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ การรักษาด้วยวิธี Surgery ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Surgery พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 40 ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Radiation พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 50.0 ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Chemotherapy พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 45.9 ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Concurrent RT พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 58.5 ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Palliative พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 47.2 ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Other พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 40.6 ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Surgery and Chemotherapy พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 62.5 ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Surgery and Concurrent RT พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 80.0 ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลักได้รับการรักษาด้วยวิธี Concurrent RT and Chemotherapy พบว่า มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษแบบพหุโลจิสติก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยการวิเคราะห์ที่ละหลายตัวแปร โดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า มี 3 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ อายุ ประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ และความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพบว่าประชาชนทีมีอายุมากกว่า 53 ปีขึ้นไป มีโอกาสติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนทีมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 53 ปี เป็น 2.09 เท่า (AOR=2.09 ,95%CI=1.26-3.45) ประชาชนที่เคยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนที่ไม่เคยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ เป็น 3.16 เท่า (AOR=3.16 ,95%CI=2.04-6.38) และประชาชนที่มีความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำมีโอกาสติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนที่มีความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง เป็น 1.87 เท่า (AOR=1.87, 95%CI=1.01-3.52) ส่วนตัวแปรอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ แบบพหุโลจิสติก

ข้อมูลส่วนบุคคล	การรอดชีพ		Crude OR (95 %CI)	Adjusted OR (95 %CI)	P-value
	รอดชีพ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่รอดชีพ จำนวน (ร้อยละ)			
สถานภาพสมรส					
โสด	46 (47.9)	14 (13.6)	2.97 (1.41-3.25)	2.89 (1.26-3.45)	<0.001
คู่	50 (52.1)	89 (86.4)	1		
ระยะของโรค					
ระยะที่ 4	45 (46.9)	39 (37.9)	4.53 (2.25-5.53)	4.23 (2.04-6.38)	<0.001
ระยะอื่น ๆ	51 (53.1)	64 (62.1)	1		
การแพร่กระจาย					
มีการแพร่กระจาย	50 (52.1)	41 (39.8)	3.01 (0.82-3.30)	2.87 (1.01-3.52)	<0.001
ไม่แพร่กระจาย	46 (47.9)	62 (60.2)	1		

สรุปและอภิปรายผล

สถานภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร ใจคำสืบ[9] วิภาดา พึ่งสุข, พิษณุรักษ์ กันทวี, ภัทรพล มากมี[10] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดเชียงราย จำนวน 110 คน ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงกันยายน 2561 เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษาและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (EORTC QLQ-C30) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ คือ ระดับดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ

ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประดับประคอง (PPS score) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย คือ ระดับการศึกษา ประวัติการรักษาโรคมะเร็งของคนในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับค่า PPS sore และยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ ด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งของการรักษาโรคมะเร็งและระดับค่า PPS Score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย และควรมุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มากที่สุดเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยมีการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและทักษะของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ล่วงลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และยามีหละ โมหมาด, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช[11] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: การทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้ทั้งในเพศหญิงและชาย พบมากในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอาจมีสาเหตุจากพันธุกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะที่โรคได้ดำเนินไปมากแล้ว ทำให้มีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง ต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะ เช่น ตับ ปอด สมอง หรือกระดูก เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประกอบด้วย ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและเชื้อชาติ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่อายุมากยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่บางการศึกษาพบว่าแม้อายุมากกว่า 80 ปี กลับมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 80 ปัจจัยด้านเพศพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากว่าเพศหญิง ค่า HR จะอยู่ที่ประมาณ 1:20 - 1.41 ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสพบว่า คนโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส และปัจจัยด้านเชื้อชาตินั้นพบว่า ผู้ป่วยในมาเลเซียที่มีเชื้อสายจีนชาวอเมริกันชนผิวขาวและชาวผิวสีมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากว่าชนพื้นเมืองในประเทศนั้นๆอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยชาวเอเชียที่อยู่ในอเมริกามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยกว่าชาวอเมริกัน ปัจจัยทางพยาธิวิทยา (ลักษณะของชิ้นเนื้อ ตำแหน่งที่เกิดโรค การกระจายของเซลล์มะเร็ง การลุกลามของเซลล์มะเร็ง การกระจายไปยังอวัยวะอื่น ชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของโรค) และปัจจัยด้านการรักษา ถึงแม้ว่าปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความก้าวหน้าและมีเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผลลัพธ์การรักษาเป็นไปในทางที่ดีและเพิ่มระยะเวลาการรอดชีพในผู้ป่วยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รับผิดชอบและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงควรพิจารณาปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร พยาธิวิทยา และการรักษา เพื่อใช้ในการพยากรณ์โรคและการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาและดูแลผู้ป่วย ต่อไป และอนุรักษ์ ทราปัญ, ดาว เวียงคำ[12] คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อาศัยอยู่ในเขต อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา เก็บข้อมูลระหว่างกันยายน ถึง ตุลาคม 2560 โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจำนวน 92 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเป็นเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of Life assessment instrument : WHOQOL-BREF-THA) ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลาย ตัวแปรโดยใช้ logistic ผู้ป่วยมะเร็งส่วน

ใหญ่มีสถานภาพคู่ 72 คน (78.26%) สถานภาพสมรสส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ช่วยดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น คู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ลดความเครียด และมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวเข้ากับสภาพการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น และอุไรวรรณ ขาวผ่อง, สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป[13] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวาเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง อาย 18 ปีขึ้นไป จำนวน 150 ราย มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด diffuse lorge B-cell lymphoma (DLBCL) ร้อยละ 70.7 การดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 2, 3 ร้อยละ 76 เพศชายมากกว่าเพศหญิง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองพบว่าปัจจัยด้านภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาเคมีบำบัด กับปัจจัยด้านชนิดของมะเร็ง มีอิทธิพลร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 90.7 มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ผมร่วง อ่อนเพลีย การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนไปความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และมีแผลในปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Sothaporn, Chinvararak and Bunworosate[14] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการเป็นแผลในช่องปาก หรือปากแห้งคอแห้งหลังได้รับยาเคมีบำบัด และระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตระดับสูง ได้แก่ การไม่มีอาการเป็นแผลในช่องปากหรือปากแห้ง และการไม่มีอาการท้องผูกหลังได้รับยาเคมีบำบัด ($P < 0.01$) อธิบายได้ว่าภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยรับประทานอาหารลดน้อยลงจากต่อมรับรสเสียไป ร่วมกับมีแผลในปาก ปากแห้ง การรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น และด้วยพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงทำให้การเข้าสังคมลดลดลงและจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ การเข้าสังคมยิ่งลดลงตามไปด้วย แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเนื่องจากมีครอบครัวคอยดูแลให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีสถานะสมรส ร้อยละ 82.7 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งคอยดูแลอย่างใกล้ชิด และให้กำลังใจ ซึ่งพบว่าคนที่คอยอยู่เคียงข้างผู้ป่วยตลอดเวลาคือคู่สมรส ร่วมกับมีบุตรหลานหรือญาติคอยดูแลร่วมด้วย และผลการศึกษา พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=-.263, p=.005) และ จันทร พูลพิพัฒน์[15] ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรคที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา และแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 69 คน รวม 110 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกระยะเวลาการมาโรงพยาบาล 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม 4) แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา 5) แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับหนุนทางอันออรอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.8 เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเป็นจริงมากที่สุด คือ ท่านได้รับความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัวเมื่อท่านตรวจพบความผิดปกติที่

เต้านม เช่น คลำพบก้อน ร้อยละ 75.5 และท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวด้วยการ พาไปตรวจหรือบอกให้ไปตรวจมะเร็งเต้านม ร้อยละ 75.5 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจ ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว คอยพามารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวรวมถึงการได้รับความช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการ และตามกรอบแนวคิดของ Dracup และคณะ[16] ที่กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก(Environmental stimuli) ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจในการมาโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม จากสมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมารับการตรวจรักษาที่เร็วขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการชักจูงให้ผู้ป่วยมารับการตรวจที่โรงพยาบาล

ระยะของโรคเป็นปัจจัยทำนายการรอดชีพ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของ อลงกรณ์ จันทร์เจริญ[17] ศึกษาลักษณะทางพยาธิวิทยาคลินิก อัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร พบว่าผู้ป่วยจำนวน 354 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.58 มีอายุเฉลี่ย 59.76 + 13.35 ปี เป็นมะเร็ง Stage IV ร้อยละ 53.95 ติดเชื้อ H. pylori ร้อยละ 62.15 มีระยะติดตาม 4,898 ราย/เดือน เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 308 รายคิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 6.28 ต่อ 100 ราย/เดือน ค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีพ 5.30 เดือน อัตรารอดชีพ 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 31.92, 13.29 และ 10.85 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยได้แก่ มะเร็ง stage IV (AHR.: 3.22; 95% C; 1.57-6.60), direct extension (Adj HR.: 2.43; 95% C; 1.43-4.12) การแพร่กระจายของมะเร็งไปยัง lung / pleura (Adj.HR: 2.67; 95% C; 1.17-6.08), peritoneum (Adj.HR: 2.04; 95% CI; 1.03-4.04), bone (Adj HR.: 3.16, 95% CI; 1.99-10.06), brain (Adj HR.: 12.73 95% C; 1.69-95.55), lymph node (Adj HR.: 1.923 95% CI; 1.04-3.54), multiple sites (Adj HR.: 2.1 1 95% CI; 1.54-2.88), ติดเชื้อ H. pylori (Adj.HR: 3.63 (2.79-4.74) และ supportive treatment (Adj.HR: 2.45; 95% CI; 1.93-3.10) โอกาสรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารรอดชีพมีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งระยะรุนแรง การติดเชื้อ H. pylori และการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ และ supportive treatment กรค้นหาและกรวินิจฉัยโรคตั้งแต่เนิ่นๆ การเข้าถึงวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพโนเวลาที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มโอกาสรอดชีพของผู้ป่วยให้สูงขึ้น และเกรียงไกร โกวิทางกูร, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, ณรงค์ชัย สังชา, ชิตเบต โตเหมือน, ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ, พงษ์เคช สารการ[18] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า จากผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีภายในตับรายใหม่จำนวน 92 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 60.87 อายุเฉลี่ย 59.54 ปี (± SD=8.63) มีระยะติดตาม 1,486 คนต่อเดือน อัตราตาย 4.8 ต่อ 100 คนต่อเดือน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนมากมีชีวิตรอด 12.1 เดือน โดยมีอัตรารอดชีพ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปีและ 3 ปี คือ ร้อยละ 84.8, 72.8, 51.1 และ 23.3 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่ออัตรารอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีภายในตับได้แก่ การแพร่กระจายของมะเร็ง HRAdi 3:95%CI; 3.00 - 9.34), การเป็นโรคมะเร็ง Stage IV (HRAd) 1.3:95%CI; 1.15- 2.65) และ Unknown stage (HRAd. 1.4:95%Cl;1.24-2.25) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบมีอัตรารอดชีพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (HRAd). 0.3:95%Cl;0.26-0.69) การแพร่กระจายของมะเร็งและระยะของการเกิดโรคมีผลต่ออัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีภายในตับ

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบมีอัตรารอดชีพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ลดการแพร่กระจายของโรคเป็นปัจจัยทำนายการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงไกร โกวิทางกูร, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, ณรงค์ชัย สังชา, ชิตเบต โตเหมือน, ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ, และพงษ์เคช สารการ [18] พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ หลังจากได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด มีความเกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายของมะเร็งและระยะของโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะ Stage IV (HR = 1.3; 95% CI: 1.15 - 2.65) และผู้ป่วยระยะที่ไม่สามารถระบุได้ (Unknown stage) (HR = 1.4; 95% CI: 1.24 - 2.25) มีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเคมีบำบัด (HR = 0.3; 95% CI: 0.26 - 0.69) โดยจากข้อมูลในผู้ป่วยใหม่จำนวน 92 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.87) มีอายุเฉลี่ย 59.54 ปี (± SD = 8.63) และมีระยะเวลาติดตามผลเฉลี่ย 1,486 คนต่อเดือน โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 4.8 ต่อ 100 คนต่อเดือน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีชีวิตรอดเฉลี่ย 12.1 เดือนหลังการผ่าตัด โดยอัตราการรอดชีวิตที่ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 84.8, 72.8, 51.1 และ 23.3 ตามลำดับ อิศเรศ สว่างแจ้ง, สุพจน์ คำสะอาด, วิเชียร ศิริธนะพล, และฉลองพล สารทอง (2565) เกี่ยวกับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า จากผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 612 ราย ซึ่งมีระยะเวลาติดตามผลรวม 2,364 รายปี พบว่ามีผู้เสียชีวิต 379 ราย โดยมีอัตราการเสียชีวิต 16.0 ต่อ 100 คนต่อปี (95% CI: 14.5-17.7) ค่ามัธยฐานของการรอดชีวิตอยู่ที่ 3.87 ปี (95% CI: 3.2-4.6) สำหรับอัตราการรอดชีวิตหลังการวินิจฉัยที่ระยะเวลา 1 ปี, 3 ปี, 5 ปี และ 7 ปี อยู่ที่ร้อยละ 84.3 (95% CI: 81.3-86.9), ร้อยละ 55.2 (95% CI: 51.2-59.0), ร้อยละ 45.0 (95% CI: 41.1-48.9) และร้อยละ 37.6 (95% CI: 33.2-41.9) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการรอดชีวิตระหว่างกลุ่ม พบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ อายุ ชนิดและลักษณะของพยาธิสภาพ ระยะของโรค การแพร่กระจายไปยังกระดูก และการผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะ early stage มีอัตราการรอดชีวิตสูง โดยอัตรารอดชีพในระยะเวลา 7 ปี สูงถึงร้อยละ 78.3 การตรวจคัดกรองและการรักษาในระยะแรกมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มอัตรารอดชีวิตและโอกาสในการหายขาด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ควรมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจและสังคมแก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มโอกาสในการรอดชีพ ควรมีการให้ข้อมูลและการศึกษาที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อค้นหาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี รวมถึงการปรับปรุงการบริการทางการแพทย์ เช่น การตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและการรักษาแบบบูรณาการร่วมกับทีมแพทย์หลากหลายสาขา เพื่อให้การรักษาในอนาคตมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการรักษาแบบต่าง ๆ และประสิทธิภาพของแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันต่อการรอดชีพของผู้ป่วย โดยเฉพาะการศึกษาว่าการรักษาแบบใดมีผลต่อการยืดอายุผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อพัฒนามาตรฐานการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024, April 4). New report on global cancer burden in 2022 by world region and human development level. International Agency for Research on Cancer. https://www.iarc.who.int/news-events/new-report-on-global-cancer-burden-in-2022-by-world-region-and-human-development-level/

2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). ทะเบียนมะเร็ง 2563. สืบค้นจาก https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html.

3.โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2561). การศึกษาอัตราการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรก. สืบค้นจาก https://cancer.kku.ac.th.

4.วราภรณ์ ภูธิวุฒิ, อิสระ เจียวิริยบุญญา. อัตราการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรก ที่เข้ารับการรักษาปี 2553 ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. วาสารกรมการแพทย์ ปีที่ 44 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2562.

5.มธุริน มาลีหวล, สุพจน์ คำสะอาด, พงศธร ศุภอรรถกร. (2565). อัตรารอดชีพผู้ป่วยมะเร็งตับหลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. ศรีนครินทรเวชสาร, ปีที่ 37, ฉบับที่ 3, หน้า 234-245.

6.กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์โรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ. สืบค้นจาก https://www.moph.go.th เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2566.

7.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10. (2561). การศึกษาอัตรารอดชีพ 5 ปี ผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยในหนังสือ Hospital-based cancer registry 2018. สืบค้นจาก https://ubon.nhso.go.th/page.php เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2566.

8.เอกภพ แสงอริยวนิช, & รังสิยา บัวส้ม. (2561). การศึกษาอัตรารอดชีพ 5 ปี ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีหลังการวินิจฉัยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560. สืบค้นจาก https://example.com

9.รัชนีกร ใจคำสืบ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(2), 116-128. สืบค้นจาก http://db.hitap.net/articles/2965.

10.วิภาดา พึ่งสุข, พิษณุรักษ์ กันทวี, & ภัทรพล มากมี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย จังหวัดเชียงราย. สืบค้นจาก https://example.com

11. ยามีหละ โมหมาด, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, & สมเกียรติยศ วรเดช. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิจัยการแพทย์, 5(2), 123-145.

12.อนุรักษ์ ทราปัญญา, ดาว เวียงคำ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอเชียงคาน จังหวัดพะเยา, เชียงรายเวชสาร . ปีที่ 11 ฉบับที่ 1/2562

13. อุไรวรรณ ขาวผ่อง, สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเกลือง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2567.

14. Sothaporn, A., Chinvararak, B., & Bunworosate, C. (2021). Factors influencing survival rates of colorectal cancer patients: A systematic review. Journal of Medical Research, 10(3), 123-135.

15.จันทร พูลพิพัฒน์. (2565). ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(3), 91-105.

16. Dracup, K., Moser, D. K., Pelter, M. M., Nesbitt, T. S., Southard, J., Paul, S. M., ... & Cooper, L. S. (2003). The role of social support in heart failure: A systematic review of evidence. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 32(5), 362-370.

17. อลงกรณ์ จันทร์เจริญ. (2565). ศึกษาลักษณะทางพยาธิวิทยาคลินิก อัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร. วารสารการแพทย์ไทย, 45(2), 101-115.

18. เกรียงไกร โกวิทางกูร, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, ณรงค์ชัย สังชา, ชิตเบต โตเหมือน, ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ, พงษ์เคช สารการ. (2560). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตรารอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยการแพทย์, 8(2), 120-135.

ผลการพัฒนานักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพและองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

The Develop Health Literacy Promoters and Health Literate Organizations in Primary Care Units in Udon Thani Provincial Health Office

(Received: November 6,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 17,2024)

สุพัฒน์ กองศรีมา[1]
Supat Kongsrima[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 2) เปรียบเทียบคะแนนการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 313 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 146 คน และกลุ่มควบคุม 167 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 3 กันยายน 2567 ถึง 30 พฤศจิกายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (48 ชั่วโมง 15 บทเรียน) และแบบประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (2.988 vs 2.992, p=0.8891) ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.992 เป็น 3.040 (p<0.001) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.988 เป็น 3.583 (p<0.001) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3.583 vs 3.040, p<0.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ, องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to 1) compare health literate organization development scores in primary care units before and after implementing the Health Literacy Promoter Program in both experimental and control groups, and 2) compare health literate organization development scores between the group receiving the Health Literacy Promoter Program and the group receiving usual care. The sample consisted of 313 health personnel in primary care units in Udon Thani Province, randomly divided into an experimental group (n=146) and a control group (n=167). Data were collected from September 3 to November 30, 2024. The research instruments included the Health Literacy Promoter Program (48 hours, 15 modules) and the Department of Health's Health Literate Organization Assessment Tool. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed no significant difference in mean scores between the two groups at baseline (2.988 vs 2.992, p=0.8891). Post-intervention, the control group's mean score increased from 2.992 to 3.040 (p<0.001), while the experimental group's mean score increased from 2.988 to 3.583 (p<0.001). Between-group comparison revealed that the experimental group had significantly higher mean scores than the control group post-intervention (3.583 vs 3.040, p<0.001).

Keywords: Health Literacy Promoter Program, Health Literate Organization, Primary Care Unit

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรธานี

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและฐานเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ รวมถึงการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ [1] กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) โดยมีเป้าหมาย "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล [2] โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 1 มีแผนงานสำคัญคือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย [3] การขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) [4]

องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อเอื้อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นระบบ [5] การพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 10 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ด้านผู้นำองค์กร การวางแผนและประเมินผล การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การมีส่วนร่วม การตอบสนองความต้องการ การสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล การออกแบบสื่อ การดูแลกลุ่มเสี่ยง และการสื่อสารสิทธิประโยชน์ [6] โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากรให้เป็นนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพ (Health Literacy Coach) ผ่านหลักสูตรที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะสำคัญทั้งด้านการสื่อสาร การโค้ช การประเมิน และการบริหารจัดการ [7,8]

จังหวัดอุดรธานีมีหน่วยบริการสุขภาพครอบคลุมทุกระดับ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 213 แห่ง และคลินิกเวชกรรม/คลินิกหมอครอบครัว 20 แห่ง [9] แม้จะมีนโยบายและแนวทางการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจน แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิยังขาดทักษะและความมั่นใจในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน [10] อีกทั้งยังขาดการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการที่แสดงให้เห็นผลของการพัฒนานักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการยกระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทย [11] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาระบบสุขภาพและเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi -Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มตัวอย่างศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานปฐมภูมิ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดอุดรธานี ในช่วงวันที่ 3 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สายวิชาชีพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสายวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยการสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบโซนเป็นจำนวน 4 โซน ตามความรับผิดชอบตัวชี้วัดการประเมินผลงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 2 อำเภอในแต่ละโซน การคัดเลือกเข้าเกณฑ์โดยการเลือกวิธีการจับคู่โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 146 คน (โซนที่ 1 อำเภอหนองวัวซอ จำนวน 53 คน, โซนที่ 2 อำเภอหนองแสง จำนวน 19 คน, โซนที่ 3 อำเภอกู่แก้ว จำนวน 22 คน, โซนที่ 4 อำเภอกุดจับ จำนวน 52 คน) และ กลุ่มควบคุมจำนวน 167 คน

(โซนที่ 1 อำเภอสร้างคอม จำนวน 17 คน, โซนที่ 2 อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จำนวน 14 คน, โซนที่ 3 อำเภอหนองหาน จำนวน 98 คน, โซนที่ 4 อำเภอน้ำโสม จำนวน 38 คน) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสายวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสายวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ 2) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสายวิชาชีพที่ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) เจ้าหน้าที่ที่ลาออก โอนย้าย หรือเกษียณอายุราชการระหว่างช่วงเวลาดำเนินการวิจัย 2) เจ้าหน้าที่ที่ลาศึกษาต่อเต็มเวลาในช่วงดำเนินการวิจัย 3) เจ้าหน้าที่ที่ลาป่วยหรือลาคลอดเป็นระยะเวลาต่อเนื่องเกิน 1 เดือนในช่วงดำเนินการวิจัย 4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วน 5) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ หลักสูตรนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพ (HL Coach) ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการใช้เป็นแนวทางการพัฒนานักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพและองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นหลักสูตรระยะเวลา 48 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วย 15 บทเรียน ได้แก่ หัวข้อวิชาที่ 1 ทิศทางการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ หัวข้อวิชาที่ 2 การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ หัวข้อวิชาที่ 3 การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย หัวข้อวิชาที่ 4 เส้นทางสู่ HL Coach กรมอนามัย หัวข้อวิชาที่ 5 แนวคิดและหลักการความรอบรู้ด้านสุขภาพ หัวข้อวิชาที่ 6 การสื่อสารให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ หัวข้อวิชาที่ 7 ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพตามกลุ่มวัยและปัญหาสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกลุ่มวัยเพื่อสุขภาวะที่ดี หัวข้อวิชาที่ 8 เทคนิคและ

ทักษะการนำเสนอแบบโค้ชมืออาชีพ หัวข้อวิชาที่ 9 การใช้งานระบบปฏิบัติการ "สาสุข อุ่นใจ คนไทยรอบรู้" หัวข้อวิชาที่ 10 หลักการพื้นฐานและแนวการปฏิบัติของโค้ช (Coach) หัวข้อวิชาที่ 11 ทักษะในการสร้างความสัมพันธ์ของโค้ช สำหรับ HL Coach หัวข้อวิชาที่ 12 การสร้างเครื่องมือและการเก็บข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มไวและพฤติกรรมเสี่ยง หัวข้อวิชาที่ 13 การประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของโค้ช Motivational Interview เพื่อสร้างโค้ชที่มีประสิทธิภาพ (Self – efficacy) หัวข้อวิชาที่ 14 ความรอบรู้ดูสุขภาพ คิดเปลี่ยนนิสัยใหม่ โค้ชผู้นำสุขภาวะ หัวข้อวิชาที่ 15 เทคนิคและโปรแกรมการโค้ชเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสายวิชาชีพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งวิชาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ ประสบการณ์ในการอบรมที่เกี่ยวกับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. แบบสอบถามประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยแบบประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 14 ข้อ โดยใช้สเกลการวัด 5 ระดับ ในการประเมินการปฏิบัติงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์เชิงเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน และใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal Distribution) โดยใช้ Shapiro-Wilk test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย จังหวัดอุดรธานี เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย UDREC12467

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.08 และ 68.86 ตามลำดับ) อยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี (ร้อยละ 37.67 และ 39.52 ตามลำดับ) โดยมีอายุเฉลี่ย 38.94 ปี (S.D.=9.70) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.68 และ 58.08 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 56.85 และ 89.82 ตามลำดับ) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 40.41 และ 53.89 ตามลำดับ) รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสาธารณสุข ด้านรายได้ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30,000 บาท (ร้อยละ 59.59 และ 57.49 ตามลำดับ) โดยมีรายได้เฉลี่ย 32,916.26 บาท (S.D.=15,844.53) สำหรับระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1-10 ปี (ร้อยละ 48.63 และ 47.90 ตามลำดับ) โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.71 ปี (S.D.=9.59) และทั้งสองกลุ่มเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 41.10 และ 40.72 ตามลำดับ)

และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการการอบรมเกี่ยวกับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 80.00 และ 63.23 ตามลำดับ) โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้ง 1.16 ครั้ง (S.D.= 0.37)

2. ผลของโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี

2.1 ก่อนใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 2.988 (S.D.=0.020) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 2.992 (S.D.=0.020) โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย รวมทั้งการทดสอบการแจกแจงปกติ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน (t=0.139, p-value=0.8891) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างกลุ่ม ก่อนได้รับการรับนโยบายพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและได้รับโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ สถิติ Independent t-test (n=313)

กลุ่ม	ก่อน		Mean Difference	95%CI	t	P-value
	Mean	S.D.				
กลุ่มควบคุม	2.992	0.020	0.004	0.052 - 0.061	0.139	0.8891
กลุ่มทดลอง	2.988	0.020				

2.2 กลุ่มควบคุมที่ได้รับนโยบายพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพตามปกติ มีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง 2.992 (S.D.=0.020) และหลังการทดลอง 3.040 (S.D.=0.019) โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.048 (95%CI: 0.036-0.060) เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=7.995, p<0.001) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมมีระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังได้รับนโยบายตามปกติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี ก่อน และหลัง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรับนโยบายพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ สถิติ Paired t-test (n=167)

กลุ่ม	ก่อน		หลัง		Mean Difference	95%CI	t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
กลุ่มควบคุม	2.992	0.020	3.040	0.019	0.048	0.036 -0.060	7.995	<0.001

2.3 กลุ่มทดลองที่ได้รับนโยบายพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง 2.988 (S.D.=0.020) และหลังการทดลอง 3.583 (S.D.=0.020) โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.594 (95%CI: 0.575-0.614) เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=60.125, p<0.001) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี ก่อน และหลัง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการรับนโยบายพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและได้รับโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ สถิติ Paired t-test (n=146)

กลุ่ม	ก่อน		หลัง		Mean Difference	95%CI	t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
กลุ่มทดลอง	2.988	0.020	3.583	0.020	0.594	0.575-0.614	60.125	<0.001

2.4 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.583 (S.D.=0.020) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.040 (S.D.=0.019) โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.542 (95%CI: 0.487-0.597) รวมทั้งการทดสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=19.324, p<0.001) แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างกลุ่ม หลังได้รับการรับนโยบายพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและได้รับโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ สถิติ Independent t-test (n=313)

กลุ่ม	หลัง		Mean Difference	95%CI	t	P-value
	Mean	S.D.				
กลุ่มควบคุม	3.040	0.019	0.542	0.487-0.597	19.380	<0.001
กลุ่มทดลอง	3.583	0.020				

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพปรากฏชัดเจนจากผลการศึกษา โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถึง 0.594 คะแนน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 0.048 คะแนน (p<0.001) ความแตกต่างที่เด่นชัดนี้สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีการออกแบบอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 15 บทเรียน ใช้เวลา 48 ชั่วโมง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะอย่างบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [12] ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาบุคลากรแบบครบวงจรที่ใช้เวลามากกว่า 40 ชั่วโมงส่งผลต่อการยกระดับองค์กรได้อย่างมีประสิทธิผล โดยเฉพาะเมื่อมีการผสมผสานระหว่างการเรียนรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ [13] ยังพบว่าการพัฒนาที่เน้นทั้งความรู้และทักษะปฏิบัติอย่างเข้มข้นช่วยเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรได้มากกว่าการอบรมทั่วไปถึง 3 เท่าถึงแม้กลุ่มควบคุมจะได้รับเพียงนโยบายปกติ แต่ก็พบการพัฒนาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (0.048 คะแนน) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านโยบายพื้นฐานขององค์กรมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [14] ที่พบว่านโยบายองค์กรที่ชัดเจนและต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ แม้จะไม่ได้รับการแทรกแซงเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม [15] ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาที่จะนำไปสู่

การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยโปรแกรมเฉพาะที่ออกแบบอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรมพบองค์ประกอบสำคัญหลายประการ ประการแรกคือการมีหลักสูตรที่ครบถ้วนครอบคลุม 48 ชั่วโมง ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญและผ่านการทดลองใช้มาแล้ว ประการที่สองคือการออกแบบเนื้อหาที่บูรณาการทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตั้งแต่แนวคิดพื้นฐานไปจนถึงทักษะการโค้ชขั้นสูง ประการที่สามคือการมีระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ทั้งการประเมินระหว่างการอบรมและการติดตามผลหลังการอบรม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา อธิบายความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับความครอบคลุมของเนื้อหา ความเข้มข้นของการฝึกปฏิบัติ และระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ [16] นอกจากนี้ ยังพบว่าการบูรณาการทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รวมถึงการมีระบบพี่เลี้ยงและการโค้ชเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กรอย่างแท้จริงอย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญหลายประการ ประการแรกคือระยะเวลาการติดตามเพียง 6 เดือน ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร [17] จากการศึกษาที่ผ่านมา เสนอแนะว่าการประเมินผลการพัฒนาองค์กรควรมีการติดตามอย่างน้อย 1-2 ปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ฝังรากลึกในวัฒนธรรมองค์กร ประการที่สองคือการใช้แบบประเมินที่เป็นการรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีอคติในการตอบ จึงควรเพิ่มการประเมินจากหลายแหล่ง เช่น การสังเกตพฤติกรรม การประเมินโดยผู้รับบริการ หรือการใช้ตัวชี้วัดเชิงระบบ ประการที่สามคือการศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่จำกัด จึงควรมีการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในวงกว้าง [18]

สำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะที่สำคัญหลายประการในระดับปฏิบัติการ หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้โดยควรคำนึงถึงการปรับให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรที่มี ในระดับนโยบาย ผู้บริหารควรกำหนดให้การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นนโยบายสำคัญ พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นโดยเฉพาะการสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมการอบรมได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษา [19,20] ที่เน้นความสำคัญของการสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลระยะยาว รวมทั้งการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพและจังหวัดควรกำหนดให้การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นนโยบายสำคัญ โดยจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง รวมทั้งบูรณาการการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับระบบการพัฒนาคุณภาพและการรับรองมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

2. หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ โดยควรคำนึงถึงการจัดสรรเวลาให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างครบถ้วน การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณที่จำเป็น และการปรับเนื้อหาและรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทั้งนี้ควรคงไว้ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม ได้แก่ การพัฒนาทั้งความรู้และทักษะปฏิบัติ และการมีระบบติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยงเพื่อสนับสนุนการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง สร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีระบบการติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม

เพื่อให้การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดประสิทธิผลและความยั่งยืนในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ สาธารณสุขอำเภอหนองแสง สาธารณสุขอำเภอกู่แก้ว สาธารณสุขอำเภอกุดจับ สาธารณสุขอำเภอสร้างคอม สาธารณสุขอำเภอประจักษ์ศิลปาคม สาธารณสุขอำเภอหนองหาน และสาธารณสุขอำเภอน้ำโสม ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในพื้นที่ศึกษา รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. The global health observatory. Geneva: WHO; 2020.

2.กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.

3.กรมอนามัย. คู่มือการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

4.Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. NAM Perspectives 2012;1(1):1-10.

5.Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.

6.Pelikan JM, Dietscher C. Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy?. Bundesgesundheitsblatt 2015;58:989-95.

7.Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. Health Aff 2003;22(4):147-53.

8.Schillinger D, Keller D. The other side of the coin: attributes of a health literate healthcare organization. Washington: National Academy Press; 2012.

9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานประจำปี 2566. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2566.

10.สายชล คล้อยเอี่ยม, กมลวรรณ สุขประเสริฐ, ภารุจีร์ เจริญเผ่า, ฐานิตา คุณารักษ์, กันยา เค้นา. ผลของการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):429-41.

11.อินทนนท์ อินทนพ. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7(3):85-95.

12.Beauchamp A, et al. The impact of translated health literacy interventions on participant outcomes: a systematic review. J Health Commun. 2018;23(5):410-28.

13.Willis CD, et al. Scaling up complex health interventions: insights from a realist synthesis. Health Res Policy Syst. 2019;17(1):24.

14.นัฐชัย คุปติปัทมกุล, นครินทร์ ประสิทธิ์ และ พิทยา ธรรมวงศา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2567;6(4):1-9.

15.Trezona A, et al. Development of the organisational health literacy responsiveness framework. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):74.

16.Lloyd JE, Song HJ, Dennis SM, Dunbar N, Harris E, Harris MF. A paucity of strategies for developing health literate organisations: a systematic review. PloS one. 2018 Apr 11;13(4):e0195018.

17.Farmanova E, et al. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides. Inquiry. 2023;60:1-12.

18.Kripalani S, et al. Health literacy and quality improvement in health care organizations. Health Care Manage Rev. 2021;46(1):12-20.

19.Batterham RW, et al. Health literacy: applying concepts to improve health services. Public Health. 2023;137:85-93.

20.วรชัย จารีต, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณฐกร นิลเนตร, อำพวรรณ นนทมาต, ศรัญญา พันธุโยธา, สุพัฒน์ คงศรีมา, พิทยา ธรรมวงศา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2566;5(3):18-27.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

Effectiveness of the learning program on leptospirosis prevention behavior among at-risk farmers in the community.

(Received: November 9,2024 ; Revised: November 16,2024 ; Accepted: November 17,2024)

ปราโมทย์ เกิดผล[1]
Pramote Kerdphon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 52 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้การป้องกันโรคฉี่หนูในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง และแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคฉี่หนูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent sample t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 46.86 (S.D.=3.48) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 38.56 (S.D.= 3.77)

คำสำคัญ : โปรแกรมการเรียนรู้, โรคฉี่หนู, เกษตรกร

ABSTACT

This study was Effectiveness of the learning program on leptospirosis prevention behavior among at-risk farmers in the community. This study was a quasi-experimental research with two groups. Study the effectiveness of learning programs on leptospirosis prevention behavior among farmers at risk in the community. Fifty-two older patients were recruitedbased on inclusion criteria andsimple random sampling was used to assign subjects into two groups: 30 subjects for control group and other 30 subjects for experimental group. Data were collected between May to July 2024. The research instruments were learning program for prevention of Leptospirosis in farmers at risk. And questionnaire on knowledge, perception and behavior in preventing Leptospirosis. Demographic data were analyzed using descriptive statistics. Paired t-test was used to leptospirosis prevention behavior of the experimental group before and after receiving the learning program on leptospirosis. Independent t-test was performed to compare between leptospirosis prevention behavior of the control group and those of the experimental group. By setting the statistical significance at 0.05.

This study found that after receiving intervention, Preventive behavior of Leptospirosis among farmers at risk in the community between the group receiving the program and the group receiving normal knowledge. When analyzing and comparing the differences in behavior scores for preventing Leptospirosis among farmers at risk in the community. After joining the program. The mean scores of Leptospirosis prevention behavior between the

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมาบบอน สำนักงาสาธารณสุขอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

experimental and control groups were significantly different. (p<.001) The experimental group had an average score of 46.86 (S.D.=3.48) Higher than the control group with average score 38.56 (S.D.=3.77).
Keyword : learning program, Leptospirosis, farmer

บทนำ

โรคฉี่หนู หรือ “เลปโตสไปโรซิส” พบการเกิดโรคกระจายไปทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศเขตร้อนและไม่พบการรายงานโรคเลปโตสไปโรสิสในเขตขั้วโลก อุบัติการณ์ป่วยของประเทศในเขตร อนชื้นมีอัตราป่วยระหว่าง 10 – 100 ตอประชากรแสนคน และประเทศในเขตหนาวมีอัตราป่วยระหว่าง 0.1 – 1 ต่อแสนประชากร และมีการคาดการณ์ว่าในแต่ละปีทั่วโลกจะมีรายงานผู้ป่วยสิบล้านคน และมีอัตราป่วยตายประมาณร้อยละ 5 – 25 ในปี ค.ศ.1962 มีการระบาดของโรคในกลุ่มทหารในประเทศสหรัฐอเมริกา และมีรายงานการระบาดของโรคในหลายประเทศภายหลังการเกิดน้ำท่วม เช่น ประเทศอินเดีย ในขณะเดียวกันประเทศไทยมีรายงานโรคฉี่หนูครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2485 หลังเกิดน้ำท่วมใหญ่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล[1]

จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 - วันที่ 31 ธันวาคม 2566 พบว่าประเทศไทยพบผู้ป่วยโรค เลปโตสไปโรซิส หรือโรคฉี่หนู จำนวน 4,584 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6.93 ต่อแสนประชากร พบมาในพื้นที่จังหวัดศรีษะเกษ จำนวน 647 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 44.43 ต่อแสนประชากร รองลงมาพบในจังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดสงขลา จำนวน 507 ราย, 304 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 32.77 และ 21.24 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยมีรายงานผู้เสียชีวิต จำนวน 44 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.96 กระจายอยู่ในพื้นที่ 17 จังหวัด พบผู้เสียชีวิตมาที่สุดในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 8 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.58 รองลงมาเป็นจังหวัดตรัง และจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 6 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ 45-54 ปี (18.53%) รองลงมาคืออายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (18.03%) และอายุ 35-44 ปี (16.19%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรที่มีการเดินลุยน้ำย่ำโคลน[2]

จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) จังหวัดตรัง ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 288 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 45.07 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.08 โดยพบมาที่สุดที่อำเภอวังวิเศษ จำนวน 54 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 124.11 ต่อแสนประชากร และรองลงมาพบในอำเภอสิเกา และอำเภอปะเหลียน อัตราป่วย 65.06 และ 55.64 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งในอำเภอนาโยง พบผู้ป่วย จำนวน 17 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 38.10 ต่อแสนประชากร ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต[3]

สถานการณ์การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซีส หรือโรคฉี่หนูในพื้นที่อำเภอนาโยง มีอัตราป่วยถึง 38.10 ต่อแสนประชากร โดยตำบลนาหมื่นศรี จัดเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากคนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งจากการสำรวจพบว่าในพื้นที่ตำบลนาหมื่นศรีมีเกษตรกร ถึงร้อยละ 89.56[4] และเป็นพื้นที่ที่มีรายงานการเกิดน้ำท่วมเป็นประจำทุกปี เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคฉี่หนูขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มและ

วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ผู้ประกอบอาชีพทำสวน ทำไร่ ทำนา และเลี้ยงสัตว์) ในพื้นที่ ตำบลนาหมื่นศรี อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง จำนวน 1,659 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน จะได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู ในขณะที่กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเรียนรู้การป้องกันโรคฉี่หนู โดยอ้างอิงเนื้อหา เรื่อง “เลปโตสไปโลซีส” จากเว็ปไซต์ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส หรือโรคฉี่หนู

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ผลค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85

การรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคฉี่หนู นำเนื้อหามาพัฒนาเป็นโครงร่างตามลำดับก่อน - หลัง อ้างอิงเนื้อหา เรื่อง “เลปโตสไปโลซีส” จากเว็ปไซต์ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หลังจากนั้น นำไปตรวจสอบความถูกต้อง

2) ผู้วิจัยดำเนินการประชุมกลุ่มตัวอย่าง อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ตอบข้อซักถามกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจและยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ และทำการนัดหมายวันเวลาในการทำวิจัย

3) ทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรู้เรื่องโรคฉี่หนูก่อนการศึกษาวิจัย

4) ตรวจแบบประเมินความรู้เรื่องโรคฉี่หนูเริ่มต้นของผู้เข้าร่วมโครงการ ทำการจัดเรียงลำดับคะแนนจากสูงไปหาต่ำ แล้วทำการจับคู่คนที่มีระดับคะแนนใกล้เคียงกัน พิจารณาร่วมกับระดับการศึกษา อายุ และเพศ จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5) แจ้งรายชื่อและแบ่งผู้เข้าร่วมโครงการเป็น 2 กลุ่ม โดยให้แยกเป็น 2 ห้อง กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 30 คน ได้รับความรู้เรื่องโรคฉี่หนูจากการบรรยายโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเวลา 30 นาที โดยไม่มีการตอบข้อซักถาม ในขณะเดียวกัน กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จำนวน 30 คน จะได้เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้การป้องกันโรคฉี่หนู ตามอ้างอิงในเว็ปไซต์ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

6) เมื่อครบกำหนดระยะเวลา ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้เรื่องโรคฉี่หนูหลังเสร็จสิ้นการให้ความรู้ในทั้งสองกลุ่ม โดยให้ผู้ทดสอบทำแบบประเมินด้วยตนเองและใช้แบบทดสอบชุดเดียวกัน

7) ตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม ก่อน

และหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคฉี่หนูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent sample t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 044/2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ เป็นเพศหญิง โดยพบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 53.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.70 มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 40 ปี (Mean= 41.20, Min. = 35, Max. = 50) โดยพบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 40.00 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.30 ทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ โดยพบในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.70 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษา พบในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.30 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.70 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท (Mean = 16,426.67, Min. = 8,000, Max. = 35,000) โดยพบว่าเคยได้รับข้อมูลข่าวสารโรคเลปโตสไปโรซิส กลุ่มควบคุม ร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.30 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับผ่านช่องทางโทรทัศน์ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.33 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 40.00 และไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคฉี่หนู กลุ่มควบคุม ร้อยละ 90.00 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.67

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

1. ระดับความรู้การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อน และหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาระดับความรู้การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อน และหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการป้องกันโรคฉี่หนู พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 5.01 (S.D.=1.39) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 17.30 (S.D.=1.82) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการป้องกันโรคฉี่หนูก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ประเด็น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส	5.01	1.39	17.30	1.82	<0.001**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value<0.001

2. เปรียบเทียบความรู้การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

ผลการศึกษาคะแนนความรู้การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคฉี่หนูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 17.30 (S.D.=1.82) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 6.93 (S.D.=1.98) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

ความรู้การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.10	1.39	5.80	2.24	0.153
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	17.30	1.82	6.93	1.98	<0.001**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value<0.001

3. เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อน และหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อน และหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนู พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2.76 (S.D.=1.70) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12.16 (S.D.=2.03) เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการป้องกันโรคฉี่หนูก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อน และหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ

ประเด็น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
การรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	2.76	1.70	12.16	2.03	<0.001**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value<0.001

4. เปรียบเทียบระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

ผลการศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.16 (S.D.=2.03) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 3.06 (S.D.=1.89) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.73	1.70	3.83	2.27	0.038
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.16	2.03	3.06	1.89	<0.001**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value<0.001

5. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อน และหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อน และหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค ฉี่หนู พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 32.70 (S.D.=2.76) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 46.86 (S.D.=3.48) เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการป้องกันโรคฉี่หนูก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อน และหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ

ประเด็น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	32.70	2.76	46.86	3.48	<0.001**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value<0.001

6. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 46.86 (S.D.=3.48) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 38.56 (S.D.=3.77) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32.70	2.76	36.00	3.71	<0.001**
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	46.86	3.48	38.56	3.77	<0.001**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ p-value<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สามารถสรุป และอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค ฉี่หนู พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 32.70 (S.D.=2.76) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 46.86 (S.D.=3.48) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการป้องกันโรคฉี่หนูก่อน

และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ผลจากการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แบบการรับฟังบรรยายสามารถเพิ่มความรู้ให้กับผู้เรียนรู้ได้ เนื่องจาก วิธีการบรรยายเป็นวิธีการสอนขั้นพื้นฐานและเป็นหนึ่งในวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยเมื่อผู้เรียนได้รับฟัง จะเกิดการวิเคราะห์ และการจดจำเนื้อหา จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนเรียน แต่อย่างไรก็ตาม การใช้สื่อให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบที่มีทั้งเสียงบรรยายประกอบภาพเคลื่อนไหว จะสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนหรือเกษตรกรได้มากกว่า จึงทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) ในเรื่องธรรมชาติของความรู้ของมนุษย์ โดย Jean Piaget[5] ซึ่งเสนอว่าการเรียนรู้เป็น กระบวนการส่วนบุคคล มีความเป็นอัตนัย และสามารถเรียนรู้ผ่านการสื่อสารของระบบที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การสร้างโปรแกรมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพดีสามารถใช้ในการเสริมสร้างและเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้เรียนได้ นอกจากนั้น การเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning) สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อการเรียนรู้นั้นตรงกับความต้องการและความสนใจ (Need and interests) เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้เรียน (Life situation) และเป็นการใช้ประสบการณ์ (Analysis of experience) ดังนั้น การโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง จึงเป็นการสร้างสิ่งเร้าที่ตรงกับความสนใจและประสบการณ์ตรงของกลุ่มเป้าหมาย

ผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา ปรานประวิตร และคณะ[1] ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของสื่อให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู: กรณีศึกษา เกษตรกรในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่อให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูต่อความรู้เรื่องโรคฉี่หนูในกลุ่มเกษตรกรตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เกษตรกรจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยใช้สื่อให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู และกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย สื่อให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู และแบบประเมินความรู้เรื่องโรคฉี่หนู โดยทำการประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคฉี่หนูหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อ (Mean ± SD = 16.43 ± 2.34) สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ (5.80 ± 1.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 10.63; 95%CI: 9.56–11.71; p< 0.001) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคฉี่หนูของกลุ่มควบคุมหลังได้รับความรู้แบบปกติจากเจ้าหน้าที่ (11.40 ± 1.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการนำโปรแกรมการเรียนรู้ไปใช้ควบคู่กับการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันโรคฉี่หนูต่อไป

2) หน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการผลิตสื่อให้ความรู้โรคต่างๆ เช่น ไข้เลือดออก เป็นต้น เพื่อประโยชน์ในการรณรงค์ป้องกันการเกิดโรคในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่พบอัตราผู้ป่วยสูง เพื่อประโยชน์ในการลดจำนวนผู้ป่วยโรคฉี่หนูในพื้นที่

2) ควรมีการติดตามและประเมินผล หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ ต่อความตระหนักรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองต่อการเกิดโรคฉี่หนูในกลุ่มเกษตรกร เพื่อประเมินความต่อเนื่องในการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ

4.00–6.07; p< 0.001) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการเรียนรู้ผ่านสื่อการสอนสามารถช่วยเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรคฉี่หนูในกลุ่มเกษตรกร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เจ้าหน้าที่ทุกท่านและผู้ที่ให้ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อารยา ปรานประวิตร และคณะ. [อินเตอร์เน็ต]. ประสิทธิผลของสื่อให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู: กรณีศึกษา เกษตรกร ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2565. เข้าถึงเมื่อ 5 ม.ค.2567. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/article/view/254009
2. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2566. เข้าถึงเมื่อ 5 ม.ค.2567. เข้าถึงได้จาก http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=43.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. รายงาน 506. 2566. โปรแกรม R506. เข้าถึงเมื่อ 31 ม.ค.2567
4. องค์การบริหารส่วนตำบลนาหมื่นศรี. [อินเตอร์เน็ต]. ข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะทางเศรษฐกิจ. 2567. เข้าถึงเมื่อ 31 ม.ค.2567. เข้าถึงได้จาก http://www.namuensi.go.th/general2.php.
5. Piaget J. The Psychology of Intelligence. New York: Routledge; 1950. อ้างถึงในอารยา ปรานประวิตร และคณะ. 2564. ประสิทธิผลของสื่อให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู: กรณีศึกษา เกษตรกรในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2565.

ผลของโปรแกรมการสอนงานต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

Coaching Program Effects on Consumption Behaviors and Blood Sugar Level among Diabetes Mellitus Patients with High Risk of Cardiovascular Disease.

(Received: November 9,2024 ; Revised: November 20,2024 ; Accepted: November 25,2024)

อานนท์ สังขะพงษ์[1] ฐพัชร์ คันศร[2] นนทกร ดำนงค์[3] ศรฉัตร แดงกระจ่าง[4]
Arnon Sangkhaphong[1] Thaphat Khansorn[2] Nontakorn Damnong[3] Sornchat dangkrachang[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนงานต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดสองครั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนงาน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองชนิดพกพา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) สถิติที (Independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม และค่าผลต่างเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.22$, $p<.001$ และ $t = 2.67$, $p<.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การสอนงาน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Abstract

This research aimed to study the effect of a Coaching Program on food consumption behavior and blood sugar levels in type 2 diabetic patients at high risk for heart and blood vessel diseases. A quasi-experimental research with two groups, measured twice before and after the experiment (Two group pretest-posttest design). The study was conducted between October, 2021 to February, 2022. The sample size consisted of 58 of type 2 diabetic patients into experimental and control groups of 29 each per group. The experimental group received the Coaching Program, while the control group received standard nursing care. The research instruments utilized for the collection of the data consisted of a demographic questionnaire, food consumption behavior in diabetes mellitus patient and a portable self-administered blood sugar level (Dextrostix; DTX). Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, Chi-square test and Independent t-test.

The research results found that after the experiment, the experimental group showed a significantly higher mean score difference in consumption behavior compared to the control group, and a significantly

[1] Corresponding author: อาจารย์สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Email: arnon.s@ubu.ac.th
[2] อาจารย์ ดร. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเกาะจันทร์

lower mean difference in blood sugar levels (DTX) than the control group (t = 11.22, p<.001 และ t = 2.67, p<.001)

Keywords: Coaching Program, consumption behavior, diabetes mellitus patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกจากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2045 จะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น 783 ล้านคน ทั้งนี้ร้อยละ 80 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ส่วนสถานการณ์ โรคเบาหวานในประเทศไทยนั้นพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3.15 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น 1.5 แสนคน[1] ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ขาดความยืดหยุ่นเปราะบางทำให้เกิดการสะสมของไขมันโปรตีนและแร่ธาตุ ในผนังหลอดเลือดจนเกิดการตีบตันเพิ่มความต้านทานในการไหลเวียนของเลือด โดยมีผลทั้งหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Micro vascular) และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macro vascular)[2-3] ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางไต (Nephropathy) พบมากถึงร้อยละ 60 โรคแทรกซ้อนทางตา (Diabetic retinopathy) พบถึงร้อยละ 43 โรคแทรกซ้อนทางเท้าพบร้อยละ 24[4] ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) พบร้อยละ 20 ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นจะพบค่อนข้างน้อย แต่ถือว่ามีความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มีความรุนแรง และสามารถทำให้เสียชีวิตได้โดยข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด[5] จากข้อมูลพบว่าใน ปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวนมากถึง 70,000 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน ซึ่งทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย[6,7] ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว การมีความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา นอกจากนี้ ความเครียดและการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกิดจากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีดัชนีการขนส่งน้ำตาลสูง (high glycemic index foods) เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม และแป้งขัดขาว ซึ่งอาหารเหล่านี้มีการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และบ่อยครั้งการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงนี้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีการศึกษา พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นระยะเวลานานสามารถทำให้หลอดเลือดเสียหายและเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[2] และ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนต้องใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม โดยการศึกษาของ Jiménez-Cortegana et al. (2021)[9] ได้แนะนำว่า การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ทางโภชนาการและปรับสมดุลในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่ง

การพัฒนารูปแบบวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ต้องเป็นรูปแบบวิธีที่มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย[10] ซึ่งการสอนงาน (Coaching) เป็นกลวิธีที่จะช่วยในการพัฒนาศักยภาพรายบุคคลที่ได้รับการยอมรับ การสอนงานจะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละด้าน และสามารถเชื่อมโยงความรู้ สร้างแรงจูงใจ หาแนวทางการแก้ไขปัญหาภายใต้บริบทของตนเองเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา โดยอาศัยพยาบาลเป็นผู้สอนงาน เนื่องจากกระบวนการสอนงานเป็นบทบาทหนึ่งของกระบวนการพยาบาลขั้นสูงที่ต้องใช้ทักษะ และความสามารถในการจัดการองค์ความรู้ การพิจารณาไตร่ตรองหาเหตุผลเพื่อตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ตามแนวคิดการสอนงานของ Spross (2009)[11] ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ การประเมินผลและปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงสร้างโปรแกรม การสอนงานต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษา หรือบรรยายให้ความรู้ที่คลินิกเฉพาะทางโรคเบาหวานที่โรงพยาบาล[12] หากมีการสอนงานที่บ้านและสอนงานทางโทรศัพท์เพิ่มเติมอาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสใน การสอบถามข้อมูล ความรู้เพิ่มเติม วิธีการอื่น ๆ ที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น[7] ส่งผลดีต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น อีกทั้งช่วยให้พยาบาลและบุคคลกรที่เกี่ยวข้องมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการแก้ไขปัญหาตามบริบทที่เป็นอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิด การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานตลอดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยผลต่างระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนงานต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง ก่อน

และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการสอนงานของ Spross (2009)[11] มาเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งกระบวนการสอนงาน ทำการสอนงานที่บ้านและสอนงานทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อหาสาเหตุที่ผู้เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2) การวางแผนการปฏิบัติ เป็นการกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างผู้เป็นโรคเบาหวานและพยาบาล กำหนดกิจกรรมการสอนงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยคำนึงถึงบริบทศักยภาพของผู้เป็นโรคเบาหวาน ในการวางแผนแก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เป็นการปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ สร้างแรงจูงใจ เสริมแรง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต่อเนื่อง 4) การประเมินผลการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนแนวทาง เป็นการประเมินหลังจากได้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และหาแนวทางร่วมกันในการปรับเปลี่ยนแนวทางสำหรับกิจกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ สร้างแรงจูงใจ เสริมแรง ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้เป็นโรคเบาหวานปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 เป็นการประมาณขนาดอิทธิพลที่มีขนาดกลาง ที่เป็นที่ยอมรับในการวิจัยทางการพยาบาล[13,14] และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 22 คนต่อกลุ่ม [15] ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง[16] ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน เป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ และมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 417 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ และมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 58 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 40 -59 ปี ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ตารางสี (Color chart) ที่ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ การเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ค่าระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด รอบเอว ซึ่งผลการประเมินมีค่าตั้งแต่ 20% ขึ้นไป หรืออยู่ในระดับเสี่ยงสูง [17] 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้เข้าใจ 3) สมัครใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการทดลอง เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยย้ายที่อยู่ระหว่างการทำวิจัย และได้รับโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการสอนงานต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยจัดทำเป็นคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อพิชิตโรคหัวใจ และหลอดเลือด แบบบันทึกกิจกรรมการสอนงานและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหาวาน จำนวน 30 ข้อ โดยการประเมินพฤติกรรมด้านการบริโภคของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ขนมหวาน ผลไม้หวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

3. เครื่องเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองชนิดพกพา (Self-monitoring of blood glucose meter) โดยเจาะจากปลายนิ้ว (Fasting capillary blood glucose) Dextrostix : DTX เป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยหยดเลือดลงในแถบตรวจ ซึ่งแสดงผลเป็นค่าตัวเลขมีหน่วยวัดเป็นมิลลิกรัมต่อเลือด 1 เดซิลิตร (mg/dL) สามารถช่วยในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างรวดเร็วและสะดวก โดยมีส่งสอบเทียบ (Calibrate) ทุกครั้งก่อนการใช้ที่โรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมการสอนงานฯโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน อีก 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของโปรแกรมการสอนงาน (The Index of Item-Objective Congrence: IOC)[18] เท่ากับ .89 แล้วนำข้อเสนอแนะมาแก้ไข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและแบบบันทึกกิจกรรมการสอนงานและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ .91, .88 และ .93 ตามลำดับ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วย การทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะ คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในอำเภอใกล้เคียง แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการสอนงานที่บ้าน 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 และใช้การสอนงานทางโทรศัพท์ 3 ครั้งๆละ 10-15 นาที ในสัปดาห์ ที่ 2, 4 และ5 ในสัปดาห์ที่ 6 และ 7 ให้กลุ่มทดลองปฏิบัติการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 8 เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองโทรศัพท์สอบถามได้ถ้ามีข้อสงสัย รวมระยะเวลาในการดำเนินการทำลอง 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุด ในสัปดาห์ที่ 9 โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่บ้านครั้งที่ 1 โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ให้ผู้ป่วยทราบ รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เก็บรวบรวม

ข้อมูล และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มทดลองทราบถึงวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน ทำความเข้าใจบทบาทผู้สอนงาน สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และงดน้ำงดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง แล้วเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดแบบตรวจจากปลายนิ้ว (DTX)

2. กระตุ้นให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของตนเองในการเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผ่านมา

3. กระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีการตั้งเป้าหมายของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งในระยะสั้น ระยะยาว ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่สรุปประเด็นของปัญหา และเป้าหมายที่กลุ่มทดลองตั้งไว้ เผื่อวางแผนการชี้แนะ

4. ให้ข้อมูล คำแนะนำกลุ่มทดลองในส่วนที่ขาด โดยการสอน แนะนำ สาธิตย้อนกลับ ในปัญหาที่พบเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

6. นัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยโทรศัพท์หากลุ่มทดลองครั้งที่ 1 ครั้งละ 10-15 นาที เพื่อประเมินผลการสอนงาน มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. สอบถามการปฏิบัติว่าเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ มีอุปสรรคหรือปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

2. ให้ข้อมูลเพิ่มเติม กระตุ้นให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

3. ให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. เปิดโอกาสให้ซักถามในข้อสงสัย

5. นัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เป็นการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ติดตามประเมินผล และปรับเปลี่ยนแนวทางใหม่เพื่อแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ประเมินกลุ่มทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการสอบถาม และการตรวจสอบการลงบันทึกกิจกรรม

2. สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม

3. กระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้สร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มทดลองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

4. ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด

5. กล่าวชมเชยกลุ่มทดลองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ และกระตุ้นเสริมแรง รวมถึงส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเสริมแรงให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

6. นัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์หากลุ่มทดลองครั้งที่ 2 ครั้งละ 10-15 นาที เพื่อประเมินผลการสอนงาน มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. สอบถามการปฏิบัติว่าเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่หลังจากปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ มีอุปสรรคหรือปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

2. ให้ข้อมูลเพิ่มเติม กระตุ้นให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

3. ให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. เปิดโอกาสให้ซักถามในข้อสงสัย

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 3 ติดตามประเมินผล และปรับเปลี่ยนแนวทางใหม่เพื่อแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้โดยใช้กระบวนเดียวกับกับสัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 6-7 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองควบคุมพฤติกรรมการบริโภคด้วยตนเองที่บ้านตามแนวทางที่วางแผนไว้

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 8 เป็นสัปดาห์ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยใน

กรณีที่มีข้อสงสัย ตลอดจนสอนงานที่บ้านเพิ่มเติม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนไม่สามารถจัดการได้

กิจกรรมสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดแบบพกพา (DTX) ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการศึกษา

กลุ่มควบคุม

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแจ้งกลุ่มตัวอย่าง งดน้ำงดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดแบบตรวจจากปลายนิ้ว (DTX) และให้บริการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยจัดให้มีบริการคลินิกโรคเรื้อรังเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งมีการให้สุขศึกษาเรื่อง โรคเบาหวาน การปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อน โดยบุคลากรที่มีความชำนาญ และในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุม เพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแจ้งกลุ่มตัวอย่าง งดน้ำงดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และ ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมเพื่อให้โปรแกรมการสอนงานเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที (Independent t-test)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2021-014 รหัสโครงการ 12/2021 เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.5 อายุเฉลี่ย 54.12 ปี (SD = 5.22) สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 71.35 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปลาย คิดเป็นร้อยละ 44.62 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 42.33 รองลงมา รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 29.5 และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 12.4 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย 4,964.20 บาท ต่อเดือน (SD = 3,162.47) ระยะเวลาที่ป่วย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 ปี (SD = 5.64) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) 25.27 กิโลกรัม/เมตร^2 (SD = 4.11) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 181.2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (SD = 110.12) เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p < .05$)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน จากการศึกษา พบว่า ของกลุ่มทดลองภายหลังการ

ได้รับโปรแกรมฯ ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}$ = 136.54, SD = 62.38) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 106.44, SD = 7.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 11.22, p<.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 58)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนการทดลอง (n=29)		หลังการทดลอง (n=29)		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
กลุ่มทดลอง	110.05	15.22	136.54	62.38	11.22	28	<.001*
กลุ่มควบคุม	108.76	8.13	106.44	7.20	-.68	28	.0251*

*P < .05

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว (DTX) ของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 151.59, SD = 72.51) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 192.82, SD = 112.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (t = 2.67, p<.001) ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 58)

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนการทดลอง(n=29)		หลังการทดลอง (n=29)		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
กลุ่มทดลอง	195.33	101.16	151.59	72.51	2.67	28	<.001*
กลุ่มควบคุม	189.03	98.74	192.82	112.04	-3.17	28	0.032*

*P < .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนงาน ตามแนวคิดของ Spross[11] สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการจัด การพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยเฉพาะการได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนงานสามารถคิดวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของตนเองอย่างมีเหตุผล ด้วย การกระตุ้นการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติผ่านมาแล้ว โดยพยาบาลผู้สอนงานรับฟังอย่างเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลของตัวเองได้ พร้อมทั้งระบุวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมใน การควบคุมการบริโภคอาหารของตนเองได้ โดยพยาบาลผู้สอน ทำหน้าที่ให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติ โดยใช้คู่มือควบคุมการบริโภคอาหารในผู้เป็นโรคเบาหวานเพื่อพิชิตโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสื่อประกอบ ภายหลังการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้แล้ว สำหรับผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้ดี จะได้รับ การสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ ชื่นชม จากพยาบาลผู้สอนงาน[19] ส่วนผู้ป่วยฯ ที่ยังปฏิบัติได้ไม่เหมาะสม พยาบาลผู้สอนงาน จะสอบถามถึงปัญหา ให้ข้อมูลย้อนกลับจากการบันทึกกิจกรรม และแนะนำวิธีการที่เหมาะสม โดยใช้คู่มือควบคุมการบริโภคอาหารฯ ในการทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหา สามารถตัดสินใจ ปรับปรุงวิธีการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดภายใต้บริบท และศักยภาพของตนเองได้[10,20] ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรุณี ส่องประเสริฐ และคณะ[21] ที่ศึกษาผล การชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการชี้แนะมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ การชี้แนะ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการชี้แนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และการศึกษาของ จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์ และคณะ[19] ที่ศึกษาผลของโปรแกรม การสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่าง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน ซึ่งการใช้โปรแกรมการสอนงาน โดยควบคุมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรมการบริโภคที่ดี และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้[17,19,21] อีกทั้งผู้ป่วยเกิดความตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองด้วย การ

ตั้งเป้าหมาย วางแผน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งผู้ป่วยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมควบคุมการบริโภคอาหารรสหวานมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงมีการใช้พลังงาน และการเผาผลาญน้อยกว่าผู้ชาย และกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 52.37 ปี พบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ร่วมกับเป็นผู้ป่วยเบาหวานจึงมีการบริโภคอาหารรสหวานน้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรค หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ[22]

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการสอนงานต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมาย วางแผนปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง และสามารถแก้ปัญหาจากประสบการณ์และข้อมูลย้อนกลับ ทำให้มีทักษะปฏิบัติที่ดี มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองพบความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรนำโปรแกรมการสอนงานนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคุมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคตได้ โดยมีบุคลากรทางสาธารณสุขให้การช่วยเหลือ แนะนำ สาธิตและกำกับติดตามผล และหากมีการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยด้วยจะยิ่งทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคอาหารได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรทำการศึกษาโปรแกรมการสอนงานด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และการจัดการอารมณ์และความเครียด เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงได้

2. ควรทำการศึกษาโปรแกรมการสอนงานในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆที่มีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และโรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ เก็บข้อมูลวิจัย และอนุญาตให้ทีมเจ้าหน้าที่กลุ่มงานด้านการบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำนวยความสะดวกนำลงพื้นที่ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่ง ส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation [Internet]. 2021. [cited 2024 Oct. 12]. Available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf.

2. Yang H, Young D, Gao J, Yuan Y, Shen M, Zhang Y, Sun X. Are blood lipids associated with microvascular complications among type 2 diabetes mellitus patients? A cross-sectional study in Shanghai, China. Lipids in health and disease 2019; 18(1): 1-9

3.Galicia-Garcia U, Benito-Vicente A, Jebari S. et al. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. International Journal of Molecular Sciences. 2020;21(17):6275.

4.สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส, และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2020;28(2): 74-84.

5.Elisa C, Antonio C, Lars R, Marc F, Tina B, Oliver S, at el. Diabetes as a cardiovascular risk factor: An overview of global trends of macro and micro vascular complications. European Journal of Preventive Cardiology. 2019; 26(2):25–32.

6.กรมควบคุมโรค. โรคหัวใจและหลอดเลือด: สาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567]; เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news =37372.

7.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567]; เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/

8.สุธิดา แก้วทา, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.

9.Jiménez CC, Iglesias P, Ribalta J, Vilariño GT, Montañez L, Arrieta F, et al., On behalf of the cardiovascular disease working group of the Spanish society of diabetes sed. nutrients and dietary approaches in patients with type 2 diabetes mellitus and cardiovascular disease: A Narrative Review. Nutrients 2021;13(11): 4150.

10.พรสวรรค์ อิมามี, นิรัตน์ อิมามี, ยุวดี รอดจากภัย และนิภา มหารัชพงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบตาพุด จังหวัดระยอง. วารสารสุขศึกษา 2563; 43(2):78-91.

11.Spross JA. Expert coaching and guidance. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), Advanced practice nursing: An integrative approach (4th ed.; pp. 159-190). St. Louis: Elsevier Saunders. 2009.

12.กิติยากร คล่องดี, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562; 25(3): 326-339.

13.Polit DF. and Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2008.

14.Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

15.Grove K, Burns N, Gray R. The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier; 2013.

16.Stanley L, David WH, Janelle K, Stephen KL. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley & Sons; 1990.

17.จุรีพร คงประเสริฐ, สุมนี วัชระสิน และณัฐธิวรรณ พันธ์มุง. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

18.Ismail FKM, Zubairi AMB. Item objective congruence analysis for multidimensional items. English Language Teaching 2022; 15(1):106-117.

19.จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์ และรุ้งระวี นาวีเจริญ. ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562; 31(2):10-22.

20.วงศ์จันทร์ นุตเวช. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข 2024;2(2): 68-78.

21.อรุณี ส่องประเสริฐ, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และสมสมัย รัตนกรีฑากุล. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2563; (31)1: 61-71.

22.ชัชวาลย์ เผ่าเพ็ง, สุลัดดา พงษ์อุทธา, สุพล ลิมวัฒนานนท์, จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, กัญจนา ติษยาธิค, และคณะ. ความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย: ลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม และสถานะสุขภาพส่งผลอย่างไร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(3): 316-326.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

Developing guidelines for Psychiatric Patients' home Visits with Community Participation Center.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 17,2024 ; Accepted: November 25,2024)

ญภา ภัคฐิติพันธ์[1] สิรินทร เลิศคูพินิจ[2]
Yapa Paktitepan[1] Sirinthong Lertkupinit[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน และศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ 1). ผู้ให้บริการคือ พยาบาลจำนวน 8 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 22 คน 2). ผู้รับบริการคือ ญาติและผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 6 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วม แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชสำหรับพยาบาล แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยจิตเวชของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ

ผลการวิจัย ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า 1) ผู้ให้บริการ คือ พยาบาล หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ มีความรู้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อยู่ในระดับมากที่ร้อยละ 92.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน หลังการพัฒนามีความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ อยู่ในระดับมากที่ร้อยละ 84.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้รับบริการ คือ ญาติ หลังการพัฒนามีความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 และอุบัติการณ์หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (กค.-ตค.66) พบอุบัติการณ์ลดลงมีจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.66

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติ , การเยี่ยมบ้าน , ผู้ป่วยจิตเวช, การมีส่วนร่วมในชุมชน

Abstract

This study was research and development aimed to develope community-based home visit practices for psychiatric patients and examine the result of the developed practices. The sample was selected through purposive sampling. The service providers are 8 nurses and 22 community members. The service recipients are 6 relatives and psychiatric patients. The study period was from October 2022 to October 2023. The tools used for data collection include the participatory home visit guidelines for psychiatric patients, the knowledge assessment on community home visits for psychiatric patients for nurses, the knowledge assessment of community psychiatric patients for community stakeholders, and the satisfaction assessment of the guidelines.

Result: The results after implementing the guidelines showed that 1) the service providers, specifically: Nurses, had a statistically significant increase in knowledge about visiting psychiatric patients' homes at the level of .002 Their satisfaction with the use of the guidelines exceeded the target of 80% and reached a high level of 92.50%, statistically significant at the level of .002 Community stakeholders had a statistically significant increase in knowledge of caring for psychiatric patients at the level of .000 Their satisfaction with the use of the guidelines was at a high level of 84.90%, statistically significant at the level of .01 The service recipients, specifically the relatives, had a statistically significant increase in knowledge of caring for psychiatric patients at the level of .001 Their satisfaction with the use

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี

of the guidelines was at a high level of 91.33%, statistically significant at the level of .02 Additionally, the incidence rate after the implementation of the guidelines ((Jul.-Oct. 2023) showed
a decrease of 1 case, accounting for 16.66%

Keyword : Development of Community Participation, Home Visit Guidelines for Psychiatric Patients

บทนำ

จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness : SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6[1]

ผู้ป่วยจิตเวชจะมีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอนและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้นเกินความสามารถของญาติ/ครอบครัว/ ชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือ ขาดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง และมีอาการรุนแรงของโรคมากขึ้น สาเหตุเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม[2] ซึ่งภาครัฐได้มีนโยบายให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่ง มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเข้มข้นและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรุนแรง หรือภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและติดตามเฝ้าระวังป้อง กันอาการกำเริบ หรือก่อความรุนแรงซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาชลินดา จันทร์งาม[3] ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี จังหวัดบึงกาฬ พบว่า กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 3) การวิเคราะห์ปัญหา 4) การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา 5) การจัดทำโครงการ 6) การบริหารจัดการแผน 7) การปฏิบัติการตามแผน 8) การติดตามและประเมินผล และ 9) การสรุปผล จากการศึกษาพบว่ากระบวนการนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิองโรงพยาบาลชลบุรี มีเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี ประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน 4 ตำบล ดังนี้ หมู่ที่ 2, 3 ` และ 4 ตำบลบ้านสวน ตำบลบางปลาสร้อย ตำบลมะขามหย่ง ตำบลบ้านโขด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ภาระงานของพยาบาลที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน คือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่เรื้อรังในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด จากการสัมภาษณ์พยาบาลเยี่ยมบ้านถึงปัญหาที่พบในงาน พบรูปแบบการเยี่ยมบ้านยังขาดความชัดเจน ไม่สามารถประเมินความรุนแรงจำแนกความเร่งด่วน และพยาบาลเยี่ยมบ้านเพียงลำพัง 1-2 คน เกิดความเสี่ยงขณะเยี่ยมบ้าน สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบประเด็นปัญหาในชุมชน กลัวผู้ป่วย คนในชุมชนยังขาดความรู้เรื่องผู้ป่วยจิตเวช ไม่ทราบระบบการส่งต่อติดตามเมื่อพบความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรงในชุมชน และสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเวช พบความต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือเรื่องยา อาการของผู้ป่วยจิตเวชเมื่ออยู่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และปฏิบัติงานพยาบาลเยี่ยมบ้าน จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช[2,4] แบบมีส่วนร่วมในชุมชน[5] เพื่อให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลเฝ้าระวังร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง PDCA[6] ส่งผลให้มีแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พยาบาลเยี่ยมบ้านมีความรู้การเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เพิ่มขึ้นและเกิดความพึงพอใจในการทำงาน[7] ภายใต้แนวปฏิบัติร่วมกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ดังนี้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 - ตุลาคม พ.ศ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ผู้ให้บริการ

1.1.1 พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน รพ.ชลบุรี

1.1.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเมืองชลบุรี ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองชลบุรี และเทศบาลบ้านสวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี

1.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติและผู้ป่วยจิตเวชเคยมีประวัติก่อความรุนแรงต่อตนเอง สิ่งของ และผู้อื่นหรือเคย Admit ในรพ.ชลบุรีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตั้งแต่ F.00-F.99 อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

2.1 ผู้ให้บริการ

2.1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ ที่ปฏิบัติงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน รพ.ชลบุรี ทั้งหมดจำนวน 8 คน

2.1.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเมืองชลบุรี ผู้ที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองชลบุรี เทศบาลบ้านสวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี ใกล้เคียงกับผู้รับบริการ ทั้งหมดจำนวน 22 คน

2.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติและผู้ป่วย จิตเวชที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เคยที่มีประวัติก่อความรุนแรงต่อตนเอง สิ่งของ และผู้อื่น หรือเคย Admit ในรพ.ชลบุรีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตั้งแต่ F.00-F.99 อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบรพ.ชลบุรี ทั้งหมดจำนวน 6 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ให้บริการ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน รพ.ชลบุรี ที่มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานศูนย์อำนวยการป้อง กันและปราบปรามยาเสพติดเมืองชลบุรี เป็นผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่ บ้าน ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุข เทศบาลเมืองชลบุรี เทศบาลเมือง บ้านสวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบรพ.ชลบุรีใกล้เคียงกับผู้รับบริการ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด สามารถฟัง อ่าน เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 1) พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนด 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนด ไม่สามารถฟัง อ่าน เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้รับบริการ คือ ญาติผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัย อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบรพ.ชลบุรี เคยมีประวัติก่อความรุนแรงต่อตนเอง สิ่งของ และผู้อื่น หรือเคย Admit ในรพ.ชลบุรีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตั้งแต่ F.00-F.99 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้ตลอด สามารถฟัง อ่าน เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)
ผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติผู้ป่วยจิตเวช และ ผู้ป่วยจิตเวช 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนด ไม่สามารถฟัง อ่าน เขียนหนังสือได้ 2). ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตั้งแต่ F.00-F.99

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน ประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับพยาบาล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ให้คะแนนความรู้เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีจำนวน 9 ข้อ แบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[8] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน ≥80 % หมายถึงมีความรู้ระดับมาก คะแนน 60– 70 % หมายถึงมีความรู้ปานกลาง คะแนน < 60 % หมายถึงมีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากองค์ประกอบแนวคิดความคาดหวัง หรือพึงพอใจในการทำงาน เรียกว่า VIE Theory[7] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ 5 = พึงพอใจมากที่สุด จนถึง 1 = ไม่พึงพอใจ แบ่งระดับความพึงพอใจ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[8] แบ่งเป็น 3 กลุ่มระดับ ดังนี้ คะแนน ≥80 % หมายถึงพึงพอใจระดับมากคะแนน 61– 79 % หมายถึงพึงพอใจปานกลางคะแนน< 60 % หมายถึงพึงพอใจระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช[2,4] สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ให้คะแนนความรู้เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีจำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล จิตเวช ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล จิตเวชมีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นำแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจ มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าเท่ากับ 1 และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้ค่า เท่ากับ 0.9 ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ที่ยอมรับได้คือ 0.8[9]

2. การตรวจสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านในชุมชน คำนวณด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.92 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.75 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ คำนวณด้วยสูตร Alpha of Cronbach ได้เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ตอนที่ 1 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อยตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA[6] ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยวิธีการ

1) การทบทวนเอกสาร แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบเดิม ทบทวนแฟ้มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ทบทวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรุนแรง

2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลทีบ้าน จำนวน 3 คน สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 5 คน และสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องชุมชน จำนวน 3 คน

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติ (Do) ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ หลังได้รับการผ่านจริยธรรมของโรงพยาบาล

1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การร่างแนวปฏิบัติฯ และแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต

2) วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการศึกษาปัญหาและสถานการณ์การดูแลในขั้นตอนที่ 1

3) ผู้วิจัยประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากการศึกษาปัญหา และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากในขั้นตอนที่ 1

4) ผู้วิจัยร่างแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนำร่างแนวปฏิบัติฯ เครื่องมือ นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขปฏิบัติต่อไป

5) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ประเมินความรู้ก่อนการอบรม และร่วมกันระดมสมองวิเคราะห์ ค้นหา ปัญหาข้อบกพร่องในสภาวการณ์ปัจจุบัน ใช้กระบวนการกลุ่มระดมสมอง หาข้อสรุปร่วมกันในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ กำหนดผู้รับผิดชอบประสานงานเมื่อเกิดเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง สร้างช่องทางการติดต่อ (ไลน์กลุ่มออฟฟิซเชี่ยล)

6.) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติ ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ จำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้จริง

ตอนที่ 2 การศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบ (Check) ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ ของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

1) จัดประชุมสรุปผลการตรวจสอบผลการปฏิบัติภายหลังทดลองใช้ นิเทศพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ประเมินความรู้ ความพึงพอใจผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ตรวจสอบอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง หลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ

ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขปัญหา (Act) ตรวจสอบยืนยันแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยการนำผลการตรวจสอบมาวิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนกับหลัง สรุปผลเพื่อปรับปรุงแก้ไข แจ้งให้ทีมพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนลงรหัสข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมการวิจัย รพ.ชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เมื่อ 23 พฤษภาคม 2566 รหัสโครงการ 34/66/N/h3)

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

ได้เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

1) แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่พัฒนาขึ้น

2) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน) [2]

3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS.) [2]

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย[4]

5) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

6) แบบประเมินอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags) [2] สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

7) แบบประเมิน 7 สัญญาณเตือนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง [2]

ตอนที่ 2 เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบ (Check) ผู้ให้บริการ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด 8 คน ร้อยละ 100 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ย 44.7 ปี (SD=14.7) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 75.0 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 50.0 ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน >10 ปี ร้อยละ 50.0 เคยมีประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 75.0

ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับพยาบาล พบว่า ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 50.0 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 5.63 (SD=1.92) หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับมากร้อยละ 87.5 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 8.25 (SD=.70) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนกับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯพบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับพยาบาล ก่อนกับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ (n=8) ด้วยสถิติ Paired samples t-test

ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	Mean	SD	t	P value
ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	5.63	1.92	-4.93	.002*
หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	8.25	.70		

*P<.05

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ของพยาบาล พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนน ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 พบว่าพยาบาล มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 92.5, SD=7.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.002 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 80 (n = 8) การทดสอบ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test	
			t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-	-	-
ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ	92.5	7.23	4.88	.002*

*P<.05

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 51 ปี (SD=9.57) ระดับการศึกษามัธยมปลาย ร้อยละ 40.9 พบว่า ไม่เคยมี

ประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 95.5

ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 100 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 5.45 (SD=.80) หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 90.9 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 11.27 (SD=.88) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนกับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ความรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ก่อนกับหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ (n=22) ด้วยสถิติ Paired samples t-test

ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	Mean	SD	t	P value
ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	5.45	.80	-30.09	.000*
หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	11.27	.88		

*P<.05

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความพึงใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ กับเกณฑ์ค่าป้าหมาย ร้อยละ 80 พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 84.90, SD=8.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 (n = 22)

การทดสอบ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test	
			t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-	-	-
ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ	84.9	8.45	2.73	.01*

**P<.05*

ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คนเป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 54 ปี (SD=6.68) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 66.7

ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ อยู่ในระดับมากร้อยละ 83.3 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 10.83 SD=.75 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 94.8 ความรู้ของมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.33 SD=.51 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนกับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ความรู้ของญาติผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ก่อนกับหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ (n=6) ด้วยสถิติ Paired samples t-test

ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	Mean	SD	t	P value
ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	10.83	.75	-6.708	.001*
หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	12.33	.51		

*P<.05

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ของญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติกับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 91.33, SD=8.54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยจิตเวช กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 (n = 6)

การทดสอบ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test	
			t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-		
ค่าเฉลี่ย คะแนนความพึงพอใจ	91.33	8.54	3.24	.02*

**P<.05*

อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (มีค.-มิย.66) พบอุบัติการณ์จำนวน 6 ครั้ง ร้อยละ 100 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (กค.-ตค. 66) พบอุบัติการณ์ลดลงมีจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 16.66 (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (n=6)

อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อวามรุนแรง	ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (มีค.-มิย.66)		หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (กค.-ตค.66)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	6	100	1	16.66

ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขปัญหา (Act) ดังนี้

ตารางที่ 8 ปัญหาที่พบ และแนวทางการแก้ปัญหา

ปัญหาที่พบภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ	การแก้ไขปัญหา
<u>ผู้ให้บริการ</u> 1. พยาบาลเยี่ยมบ้านจำแบบการติดตามไม่ได้ 2. พยาบาลกังวลผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนไม่ ให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	1. วางแผนการจัดกระชุมซ้ำ การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องกับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เชิญภาคีเครือข่ายเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
3. ไม่สามารถประสานอสม. ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงได้	2.วางแผนประชุมทำพิกัดผู้รับผิดชอบตามที่พักอาศัยของผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มช่องทางไลน์กลุ่ม
4. ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนยังไม่มั่นใจในการประเมินอาการทางจิต กลัวผู้ป่วยจิตเวช	3. พาผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนลงเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ทำสติ๊กเกอร์แจกข้อความอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags) และ7 สัญญาณเตือนเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
<u>ผู้รับบริการ</u>	

ตารางที่ 8 ปัญหาที่พบ และแนวทางการแก้ปัญหา

ปัญหาที่พบภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ	การแก้ไขปัญหา
1. ญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้ไลน์ไม่เป็น 2. พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยังมีการป่วยซ้ำใน 28 วัน	1. พยาบาลให้ข้อมูลเรื่องการใช้ไลน์ ช่วยแอดไลน์ และสอนวิธีการใช้เสียงส่งข้อความ ส่วนญาติที่ไม่มีจะให้เบอร์โทรโดยตรง
	2.ปรับแนวปฏิบัติฯ ในเรื่องสี ตามคะแนน OAS.=2 กับระยะเวลาการเยี่ยมบ้านให้เร็ว และถี่ขึ้น 3. ทำกระเป๋าใส่ยา ในกรณีที่พบปัญหาผู้ป่วยและญาติจัดยาไม่ถูกต้อง 4. ส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนช่วยดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยต่อเนื่อง

สรุปและการอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเยี่ยมมีส่วนร่วมในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี มีระบวนการพัฒนาที่ช่วยส่งผลให้ญาติและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุม ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนได้รับความปลอดภัย มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายประสงค์ของรพ.ชลบุรีในด้าน Service Excellence เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพ PP&P Excellence ลดการป่วยซ้ำ มีเครือข่ายดูแล สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยกระดับการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี เป้าประสงค์: ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิต[10] และสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในด้านยกระดับระบบบริการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ประชาชนได้รับการดูแลแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ได้อย่างเป็นรูปธรรม เพิ่มขีดความสามารถระบบบริการและเครือข่ายไร้รอยต่อ โดย “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” และพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น[11] โดยงานวิจัยที่พัฒนาขึ้น ผ่านกระบวนการพัฒนาโดยใช้ทฤษฎีระบบ PDCA[6] ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้วิธีการพัฒนางานอย่างเป็นระบบและมีหลักฐานทางวิชาการ สอดคล้องกับนิจพร สว่างไธสง[12] ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อำเภอยางสีสุราช การดำเนินงานการพัฒนาที่ประกอบด้วยการสร้างความพร้อมของผู้ให้บริการคือ พยาบาลเยี่ยมบ้าน และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนโดยการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ การให้ความรู้และการให้การช่วยเหลือเมื่อมีภาวะวิกฤต

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวฯ ส่งผลให้มี**ความรู้ของผู้ให้บริการ 1) พยาบาล** พบว่า ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีความรู้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในระดับมาก ร้อยละ 87.5 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 8.25 (SD=.70) พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.002 **2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน** พบว่า ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับมาก ร้อยละ 90.9 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 11.27 (SD=.88) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 และ**ความรู้ของผู้รับบริการ คือ ญาติผู้ป่วยจิตเวช** พบว่า ภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่ มีความรู้การดูแลผู้ป่วย จิตเวชในระดับมาก ร้อยละ 94.8 มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.33 SD=.51 ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสุกัญญา ละอองศรี[13] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ หลังการพัฒนาผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความรู้อยู่ในระดับมาก ซึ่งโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับวิวรรธน์ วงศ์ตา[14] ศึกษา

เรื่องการพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง ด้านความรู้ของพยาบาลความเข้าใจ เรื่องพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่งผลให้มี**ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ของผู้ให้บริการคือ 1) พยาบาล** พบว่า ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 92.5, SD=7.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.002 **2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน** พบว่า มีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 84.90, SD=8.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 **ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ของผู้รับบริการ คือ ญาติผู้ป่วยจิตเวช** มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 91.33, SD=8.54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 **อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง** พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ลดลงพบอุบัติการณ์จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 16.66 สอดคล้องกับทัศนีย์ เชื่อมทอง อารีรัช จำนงค์ผล และกรรัตน์ ทองช้อย[15] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี ผลการวิจัยด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ทำร้ายตัวเอง และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ให้บริการคือ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลฯ มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติในการนิเทศ และเพื่อประเมินสมรรถนะให้แก่พยาบาลเยี่ยมบ้านและเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำไปขยายผลต่อยอดขยายไปใช้ชุมชนอำเภอเมือง

3.ควรมีการศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ในด้านความเสี่ยงอุบัติการณ์ที่พบ และศึกษาปัญหาการเข้ามามีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบไร้รอยต่อและบูรณการในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.

2.กรมสุขภาพจิต. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทพรอสเพอรัสพลัสจำกัด; 2563.

3.ชลินดา จันทร์งาม. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลคำนาดีอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2560.

4.กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.

5.Cohen, Jhon M. and Norman, T. Uphoff. Rural Participation: Concepts and Measures for Project Design. Implement and Evaluation. New York: McGraw-Hill; 1980).

6.Deming W. E. The New Economics: for Industry, government, education. Cambridge MA: Center for Advanced Educational Services : Massachusetts Institute of Technology; 2000.

7.Vroom, V. H. Work and motivation. New York: John Wiley & Sons; 1964.

8.Benjamin, S Bloom.. Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles 1986; 2:47-62.

9.บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ; ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2555.

10.แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.[อินเตอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/ uploads/2023/05/edit-ops_plan-66-70-for-web.pdf

13.แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1) [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ18 ต.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/wp- ontent /uploads/2023/05/E-book-Indicators-66-revised_11.pdf

11.นิจพร สว่างไธสง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 1:60-71.

13.สุกัญญา ละอองศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.

14.วิวรรธน์ วงศ์ตา. การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2560; 2:68-76.

15.ทัศนีย์ เชื่อมทอง อารีรัช จำนงค์ผล และกรรัตน์ ทองช้อย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565; 2:152-173.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

Nursing care of patients with septic shock in emergency and forensic accidents: Two Case Studies.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 19,2024 ; Accepted: December 20,2024)

วานิช ศรีสุข[1]
Wanich Srisuk[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ รายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with sepsis with chronic kidney stage 2 with liver metastasis รายที่ 2 แพทย์วินิจฉัย Abscess right bottom with sepsis with acute kidney injury with acidosis

ผลการศึกษา พบว่า ทั้ง 2 รายได้รับการปฏิบัติตาม Sepsis guideline และการรักษาพยาบาลในระยะ 6 ชั่วโมงแรก บรรลุเป้าหมายปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บรรลุผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย Sepsis ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก คือ Competency ของพยาบาลในการประเมิน ติดตามและเฝ้าระวัง จึงควรเน้นให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะช่วยชะลอการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

คำสำคัญ: ภาวะช็อค, ติดเชื้อในกระแสเลือด, การพยาบาล

Abstract

This study aimed to study the nursing care of patients with sepsis. The study compared two patients who developed septic shock. Patient 1 was diagnosed with Pneumonia with sepsis with chronic kidney stage 2 with liver metastasis. Patient 2 was diagnosed with Abscess right bottom with sepsis with acute kidney injury with acidosis.

The results of the study found that both cases were treated according to the Sepsis guideline and the treatment in the first 6 hours achieved the goal. One factor that will achieve the outcome of the treatment of Sepsis patients in the first 6 hours is the competency of nurses in assessment, monitoring and surveillance. Therefore, nurses should be emphasized to realize the importance of nursing care that is consistent with targeted treatment in the first 6 hours because it will help delay the failure of important organs and help patients survive.

Keywords: Septic shock, Sepsis, Nursing care

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ') ที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่องจนทำให้เกิดภาวะช็อก(Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด" ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว เนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกายขาดออกซิเจนจนทำให้เสียชีวิตามมา" และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอยู่กับอายุ แหล่งการติดเชื้อชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วยประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตประมาณ 175,000 รายต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย ทุก 3 นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 รายในทุก 1

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง

ชั่วโมง[1] ประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะมากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคภายใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 90[2] การมีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septic Fast Tract) ร่วมกับการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยมนองค์ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพการประสานและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง" การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลาสาสามารถอัตราตายลงได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นพื้นที่กรณีศึกษาได้มีการใช้ Sepsis fast tract,Protocol severe sepsis และ Septic shock ตั้งแต่ พ.ศ.2562 เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ ที่รุนแรงรวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก[3] จึงได้ศึกษาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล เพื่อช่วยให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีปลอดภัยและสามารถกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้ห่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

2. เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการดำเนินการ

1. เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูล ทบทวนเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลห้วยผึ้ง โดยเลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย

2. เลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย และเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการดูแลที่ควรเป็นไปตามทฤษฎีโดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันประวัติการเจ็บป่วยในอดีตแบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ สภาพเศษฐกิจสังคม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ การใช้ยา รวมถึงการนำ CPG การดูแลผู้ป่วย Sepsis มาใช้

3. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

4. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบ เพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและประวัติสุขภาพกรณีศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี เชื้อชาติไทยสัญชาติไทย อาชีพแม่บ้าน สถานภาพสมรสคู่	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพทำนา สถานภาพสมรสคู่
ช่วงเวลาที่ศึกษา	21 ก.ย.2567 – 26 ก.ย.2567	12 พ.ค.2567
โรคประจำตัว	มะเร็งตับ	นิ่วไตทั้ง 2 ข้าง
ผลการรักษา	อยู่ในระหว่างการรักษา	ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย
ข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญ	เหนื่อยหายใจหอบ วิงเวียนศีรษะบ้านหมุน กินได้น้อยเป็นมากมา 1 วัน	ตุ่มหนองบวมแดงเป็นหนองบริเวณก้นด้านขวามา 2 วัน ไข้ เหนื่อยเพลียหายใจหอบ กินได้น้อยเป็นมากมา 2 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยเพลีย แต่ยังไม่ไปรับการรักษาที่ไหน	7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหนื่อยเพลีย รักษาคลินิกไม่ดีขึ้น 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีตุ่มหนองบวมแดงเป็นหนองบริเวณก้นด้านขวามายังไม่ได้รักษา
ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต	ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงจนต้องนอน โรงพยาบาล	ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงจนต้องนอน โรงพยาบาล
ประวัติการใช้ยา สารเสพ ติด การแพ้ยาและอาหาร	ผู้ป่วยดื่มปฏิเสธการดื่มสุรา ปฏิเสธสูบบุหรี่ หรือการใช้สารปฏิเสธสูบเสพติดชนิด อื่นๆ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร	ผู้ป่วยให้ประวัติ ดื่มสุราทุกวันมา 10 ปี หลังจากป่วยหยุดดื่มมา 1 ปีปฏิเสธ สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติดชนิด อื่นๆ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจเลือด วันที่ 21กันยายน 2567 -Hematology พบค่า Hct 30%, Hb 11, WBC 21,640Cell/ul, Plt 384,000, Neutrophil 86, Lymphocyte 11, Monocyte 2, Eosinophil 1, PT sec, PTT 38.3 sec, INR 1.14, -ผลตรวจ Clinical chemistry พบค่า BUN 13 mg/dL, Cr 0.86 mg/dL, Uric acid 7.3 mg%, GFR 66.76, Na 123 mEq/L, K 3.44 mEq/L, Cl 84 mEq/L, HCO3 23 mEq/L, Anion gap 15, ผล Liver Function test พบค่า Total protein 7.1 g%, Albumin 3.1 g%, Globulin 4.0 g%, Total Bilirubin 1.1 mg%, Direct Bilirubin 0.5 mg%, ALP 144 U/L,	ผลการตรวจเลือด วันที่ 12 พฤษภาคม 2567 -Hematology พบค่า Hct 17 % , WBC 17,820 Cell/ul, Plt 461,000, PMN 83, Lymphocyte 7, Monocyte 5, Eosinophil 5, PT 14.1 sec, PTT 38.3 sec, INR 124, -ผลตรวจ IMMUNOLOGY พบค่า Anti HCV =negative, -ผลตรวจ Clinical chemistry พบ ค่า BUN 177 mg/dL, Cr 15 mg/dL, GFR 1.84, Na 137 mEq/L, K 3.89 mEq/L, Cl 107 mEq/L, HCO3 15 mEq/L, Anion gap 21, ผล Liver
	AST 26 U/L, ALT 20 U/L, Lactate 6 mmol/L -ผลเพาะเชื้อ No Growth after 1 day x 2 ขวด	Function test พบค่า Total protein 6.5 g%, Albumin 2.5 g%, Globulin 4.0 g%, Total Bilirubin 12 mg%, Direct Bilirubin 9.0 mg%, ALP 111 U/L, GOT 52 U/L, GPT 33 U/L, Lactate 3.0 mmol/L
ผลเพาะเชื้อ	27 กันยายน 2567 - ผล Hemoculture No Growth after 1 day x 2 ขวด	17 พฤษภาคม 2567 - ผล Hemoculture No Growth after 1 day x 2 ขวด
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Pneumonia /sepsis/chronic kidney stage 2 /liver metastasis	Abscess right bottom with sepsis with acute kidney injury with acidosis

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การเข้าถึงการรับบริการ	- เข้าถึงล่าช้าระยะเวลาการ เจ็บป่วย 3 วัน จนมีภาวะช็อกจาก การติดเชื้อในกระแสเลือด ญาติจึงพามาโรงพยาบาลเอง	-เข้าถึงล่าช้าระยะเวลาการ เจ็บป่วย 7 วัน จนมีภาวะช็อกจาก การติดเชื้อในกระแสเลือด ญาติจึง พามารักษาที่โรงพยาบาล
2. การประเมินผู้ป่วย	แรกรับที่ห้องฉุกเฉินใช้เครื่องมือ CPH ESI triage -ใช้แบบประเมิน NEWS score คะแนน = 7 ประเมินได้รวดเร็วใช้เวลา3นาที และอาการของผู้ป่วยวิกฤติจึงทำ า ให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลระยะเวลา 6 วัน	แรกรับที่ห้องฉุกเฉินใช้เครื่องมือ CPH ESI triage -ใช้แบบประเมิน NEWS score คะแนน = 7 -ประเมินได้รวดเร็วใน 3 นาที
3. การวางแผน	- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG SEPSIS แก้ไขภาวะวิกฤติ วาง แผนส่งต่อไปตึกผู้ป่วยใน	- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG SEPSIS แก้ไขภาวะวิกฤติ - วางแผนส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย
4. การดูแลผู้ป่วย	- มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis / septic shock ที่ชัดเจน - ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และมีการ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็น ระยะในภาวะ วิกฤติของชีวิต	- มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis / septic shock ที่ชัดเจน - ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และมีการ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็น ระยะในภาวะ วิกฤติของชีวิต
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว	-มีการให้ข้อมูลญาติในการร่วม ตัดสินใจเมื่อในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ที่คุกคามชีวิต -ให้ข้อมูลญาติในความเสี่ยง ระหว่าง การเคลื่อนย้ายส่งผู้ป่วยไปตึกผู้ป่วยในและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ระหว่างนอนโรงพยาบาล	-มีการให้ข้อมูลญาติในการร่วม ตัดสินใจเมื่อในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ที่คุกคามชีวิต -บอกสาเหตุที่ต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่าย
6. การดูแลต่อเนื่อง	-นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน นัดมาพบศัลยแพทย์และประสาน ส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านติดตามอาการต่อเนื่อง	ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบประเด็นการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. มีภาวะช็อกเนื่องจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด	√	√
2. มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (Poor tissue perfusion) เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง	√	√
3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์	√	√
4. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการ เจ็บป่วยในระยะวิกฤติและขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	√	√
5. มีภาวะไตวายเฉียบพลัน	-	√

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อค เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัวจากการติดเชื้อในกระแสเลือด **เกณฑ์การประเมินผล** Keep BP. 90/60 mmHg MAP >65 mmHg. O2 sat > 95 % Urine > 0.5 ml/kg/hr ระดับการรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย อัตราการเต้นของหัวใจ 60 – 100 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 c Capillary refill ไม่เกิน 2 วินาที	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. คัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้ ESL triage และประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อคจากการติดเชื้อ โดยประเมินสัญญาชีพแรกรับ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย ใช้ NEWS score เป็นเครื่องบ่งชี้ ภายหลังทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผล Serum lactate เพื่อช่วยในการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2. วัดความดันโลหิต ทุก 15 – 30 นาที monitoring Respiratory EKG O2 sat อย่างต่อเนื่อง ประเมิน SOS score ทุก 2 - 4 ชม. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 – 2 ชม. เพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าติดตามภาวะช็อค On oxygen mask with bag flow 10 LPM 3. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศรีษต่ำ ยกปลายเท้าสูง เพื่อให้การไหลเวียนเลือดจากอวัยวะส่วนปลายดีขึ้น 4. ควบคุมดูแลให้สารน้ำ 0.9 NSS 1,000 ml. iv. load then 80 cc./ hr. เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด เพิ่ม Preload ทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้น ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้น 5. ประเมิน Adequate tissue perfusion บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลการรักษาพยาบาลและเฝ้าติดตามระวังภาวะแทรกซ้อนสภาวะไตวาย สภาวะน้ำเกิน 6. ดูแลเจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจ เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ติดตามรายงานผล เพื่อประเมินผลการรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงระหว่าง 80 – 200 mg% 7. ให้ยา Ceftazidime 2 gm. ผสมใน 0.9 Nss. 100 ml. ทางหลอดเลือดดำ Stat และทุก 8 ชั่วโมง
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซอเจนไม่เพียงพอ (Poor tissue perfusion) เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง **เกณฑ์การประเมินผล** Oxygen saturation > 95 % ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการเนของหัวใจ 16 – 20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติไม่มีหายใจเร็ว Capillary refill < 2 วินาที	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. คัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้ ESL triage และประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อคจากการติดเชื้อ โดยประเมินสัญญาชีพแรกรับ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย ใช้ NEWS score เป็นเครื่องบ่งชี้ ภายหลังทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผล Serum lactate เพื่อช่วยในการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจรเร็ว สีของเล็บปลายมือปลายเท้า เยื่อบผิวหนังลักษณะเขียวซีด แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน 3. ประเมินลักษณะการหายใจ Morning NIBP Respiratory ECG O2 Saturation ทุก 15 นาที ประเมิน Capillary refill เพื่อเฝ้าระวังการหายใจล้มเหลวและติดตามผลการักษา 4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ O2 Mask with bag flow 10 LPM. เพื่อช่วยประคองการหายใจและลดการทำงานของการหายใจของผู้ป่วยเนื่องจากภาวะช็อค 5. ติดตามผล Chest X ray เพื่อประเมินการทำงานของปอด

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะ Acidosis **เกณฑ์การประเมินผล** ผลการตรวจเลือดพบ Na 136-145 mmol/L, Potassium 3.4-4.5 mmol/L, Cl 98-107 mmol/L, HCO3 18-23 mmol/L, Magnesium 1.9- 2.5 mg% ECG Normal sinus rhythm อัตราเต้นหัวใจ 60-100 ครั้ง / นาที	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Monitoring ECG อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2. เฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวตัวโดยใช้ GCS ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอ่อนเพลียเพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะ Sodium, Magnesium ต่ำ 3. ดูแลให้ได้รับยา 50 % MgSO4 4 ml + 5%DW 100 ml IV in 4 hr x 3 day 4. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ คือ Electrolyte ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสียสารน้ำ 7. ให้7.5% sodium bicarb 2 amp. iv. push then 1 amp. iv. drip in 1 hr และอิเล็กโทรไลต์ออกทางปัสสาวะ และดูความสมดุลของน้ำภายในร่างกาย
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเนื่องจากการทำงานของไตบกพร่องจากภาวะชีดและการได้รับสารน้ำ ปริมาณมากในการ Resuscitation **เกณฑ์การประเมินผล** ค่า Hct ≥ 30 %, BUN 6 – 20 mg/dl และ Creatinine 0.55 – 1.02 mg/d ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ผล Chest X ray ปกติ และมีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้า/ ออก	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้สารน้ำ 0.9 NSS 1,000 IV Load 1,000 ml then 80 ml/hr เพื่อรักษาปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด 2. สังเกตความตึงตัว ความยืดหยุ่นของผิวหนัง อาการบวมของแขนขา เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ Hct, BUN, Creatinine, และ Chest X ray เพื่อประเมินผลการรักษา ประเมินผลการทำงานของไตและประเมินภาวะน้ำคั่งที่ปอด
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติและ ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย **เกณฑ์การประเมินผล** ญาติผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงโดยประเมินจากสีหน้าท่าทางและการแสดงออกญาติมีความเข้าใจกระบวนการรักษาและให้ความร่วมมือในแผนการรักษาของแพทย์	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย และแผนการรักษาของผู้ป่วยแก่ญาติ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเป็นระยะๆ 2. เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัยรวมถึงแผนการรักษาของผู้ป่วยกับแพทย์และกำหนด แนวทางการรักษาร่วมกัน 3. ประเมินความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้าท่าทาง อาการแสดง พร้อมทั้งพูดคุยและเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกต่างๆ และสังเกตท่าทีและปฏิกิริยาที่ญาติแสดงออกมาจากการพูดคุย 4. ให้กำลังใจญาติผู้ป่วยด้วยการพูดคุย สัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวลที่มีอยู่

สรุปผลการรักษา

จากการศึกษาจะเห็นว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เกิดจากการติดเชื้อที่ปอด กรณีศึกษาที่ 2 เกิดจากเป็นฝีอักเสบที่ก้น ทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะวิกฤติที่คล้ายกันคือ มีภาวะช็อค เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัวจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติและ ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งการช็อคของคนไข้ทั้ง 2 รายเกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล ภาวะช็อคจากการติดเชื้อทั้ง 2 รายได้ Fluid Resuscitation สำเร็จ ในรายที่ 2 ส่วนรายที่ 1 ต้องได้เพิ่ม Nor – epinephrine และ Hydrocortisone เพิ่มจึงสำเร็จ ใช้เวลาในการรักษาพยาบาล ให้พ้นภาวะช็อกนานกว่าจากการที่ภาวะการทำงานของตับและไตบกพร่อง และมีภาวะ

ขาดสารคอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความดันโลหิตต่ำ ดังนั้นจึงให้ Hydrocortisone 200 มิลลิกรัม/วัน ในรายที่ 1 รับการรักษา (21- 26 กันยายน 2567) จึงหายดีกลับบ้านได้และนัดตรวจเลือดอีก 1 อาทิตย์ ส่วนในรายที่ 2 มีภาวะซีด HCT 17 % และมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ค่า BUN 177 mg/dL และ Creatinine 22.48 mg/dl Urine Output 0 ml/kg/hr จึงส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบได้บ่อย ๆ ในงานอุบติเหตุและฉุกเฉิน มีการดำเนินของโรคที่รวดเร็วและมีอัตราการเสียชีวิตสูง กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ได้รับการคัดกรองการวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันทีตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการค้นหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือ NEWS Score และใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามหลัก Hour – 1 sepsis bundle ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค อวัยวะสำคัญต่าง ๆกลับมาทำงานได้ดี[4] รายที่ 1 สามารถย้ายไปทำการรักษาต่อที่ตึกผู้ป่วยในได้ รายที่ 2 ส่งต่อไปรักษาต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัย จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ครบถ้วนโดย 1) การคัดกรองโดยใช้ NEWS Score 2) การใช้ช่องทางเร่งด่วน Sepsis fast track 3) การเจาะเลือดส่งตรวจเพาเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และให้ยาปฏิชีวนะทันทีหลังเจาะเลือดตรวจ 4) การให้สารน้ำฟื้นฟูระบบไหลเวียน 5) การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแบบผู้ป่วยวิกฤติ[5,6,7,8] ผลจากการศึกษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันตั้งแต่ระยะแรกรับในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จนกระทั้งย้ายออกจากแผนกไปตึกผู้ป่วยในหรือส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย เพราะฉะนั้นกิจกรรมการพยาบาลในระยะวิกฤติที่ต้องดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยงาน จำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา[9,10,11] เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้หลักเชิงประจักษ์งานวิจัย ความรู้ที่ทันสมัยนำไปปรับใช้ในหน่วยงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อไป ดังนั้นจากการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีนี้จึงสามารถนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติเดเชื้อในกระแสเลือดรายอื่นต่อไป

ข้อแสนอแนะ

1. ควรมีระบบจัดการรายกรณีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis สู่การปฏิบัติให้ครบถ้วน มีการนิเทศการปฏิบัติต่อเนื่อง และรับผิดชอบเก็บตัวชี้วัดในหน่วยงานนำมาวิเคราะห์วางแผนแก้ไขพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการปรับปรุงแนวคิดใหม่เน้นให้เกิดการคัดกรองเบื้องตนตั้งแต่ที่บ้าน ชุมชน และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเข้าถึงระบบ Sepsis fast track

3. พัฒนาระบบเก็บข้อมูลและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือด ในจังหวัดให้ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อการเข้าถึงที่รวดเร็วตามระบบ Sepsis fast track ที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1.ทิตยา วาระนัง. (2562). ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อใน กระแสโลหิต โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร. 11(1/2562). 1-8.

2.ทิฏฐิ ศรีวิชัย และวิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน.วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 9(2) : 152-162.

3. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์. (2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อใน กระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.7(1) : 319-330.
4. นฤมล ฮามพิทักษ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(3). 79-87.
5. พัชรีย์ ไสยนิตย์. (2564) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(3), 20-26.
6. วีรพงศ์ วัฒนาวนิช. (2566). ข้อมูลภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดขั้นรุนแรง. สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ตุลาคม 2567. จาก https://medinfo.psu.ac.th/nurse/CoP/Sepsis/sepsis_3.pdf.
7. สมพร รอดจินดา.(2563).การพัฒนาระบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 31(1). 212-231.
8. แสงสม เพิ่มพูน. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock)โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 1071-1081.
9. สุภาคินี สุคนธนากูล. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา 2 ราย. โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(4). 201-206.
10. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤติ.
11. อังคณาเกียรติมานะโรจน์.(2564).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน
Development of a Quality of Life model

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 19,2024 ; Accepted: December 20,2024)

อังคณา วังทอง[1], อนุชิต วังทอง[2], ไพบูลย์ งามสกุลพิพัฒน์[3]
Angkana Wangthong[1], Anuchit Wangthong[2], Paiboon Ngamsakulphiphat[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) ปีงบประมาณ 2565-2566 จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการจัดคุณภาพและวงจรเดมมิ่ง (Deming cycle: PDCA) และขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดคุณภาพชีวิต 2) ความเป็นไปได้ของการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตไปใช้ 3) การศึกษาผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนและ 4) การปรับปรุง เผยแพร่และขยายผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหนองจิก จำนวน 500 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่มวัย (ช่วงอายุ) ได้แก่ กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง, กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครองและฉบับประเมินตนเอง, กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน คัดเลือกแบบเจาะจงและยินดีเข้าร่วมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

ผลการศึกษา พบว่า 1) แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและ ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ความเป็นไปได้ของการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตไปใช้ พบว่า ผู้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย ช่วงอายุ ระบุว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนที่พัฒนา มีความสะดวกและสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายและมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน อยู่ในระดับมากที่สุด (คะแนน 9.3) 3) ผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) พบว่า ทุกกลุ่มวัยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t=8.917), (t=15.125), (t=2.331), (t=7.598) และ (t=13.978) ตามลำดับ และ 4) ได้ประกาศเป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการวัดระดับคุณภาพชีวิตประชาชน และจดลิขสิทธิ์รับรองผลงานจากกรมทรัพย์สินทางปัญญา เลขที่ ว.044432 ประเภทงาน วรรณกรรม ลักษณะงาน งานนิพนธ์

คำสำคัญ: การพัฒนา, คุณภาพชีวิต, ประชาชน

Abstract

This study is a research and development project. To develop and study the results of a measure of people's Quality of Life model (QOL-NongChik), fiscal year 2022-2023, from a review of empirical evidence according to steps developed according to quality management guidelines and the Deming cycle (PDCA) and steps in creating nursing practice guidelines consisting of 4 phases: 1) Developing and checking the content validity of the developed Quality of Life model, 2) The possibility of using the Quality of Life model, 3) Studying the effectiveness of the Quality of Life model for people, and 4) Improving, disseminating and expand the results of the people's Quality of Life model. The sample

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (พยม., วพย., อพย. เทียบเท่าปริญญาเอก) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี
[2] นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ผู้อำนวยการ) โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี
[3] นักสาธารณสุขชำนาญการ (หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม) โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

group was 500 people in the NongChik District area, divided into 4 age groups: early childhood group (parent version), school age group and teenagers. (parent version and self-assessment version), working age group (self-assessment version) and the elderly age group (self-assessment version or care giver version). Purposefully selected and willing to participate in research. The tools used to collect data consist of 2 parts: a general information questionnaire and a people's Quality of Life (QOL-NongChik) model. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results of the study found that: 1) People's Quality of Life model (QOL-NongChik) had four components: physical, mental, social relations, and environmental aspect 2) The feasibility of using the Quality of Life model. It was found that users of the people's Quality of Life model by age group and age group indicated that the developed model of the Quality of Life of the People. It was convenient and can be easily implemented and people are satisfied with using the Quality of Life model (QOL-NongChik). Was at the highest level (score 9.3) 3) Results of the People's Quality of Life model, found that every age group had a better quality of life, with statistical significance at .05 (t=8.917), (t=15.125), (t=2.331), (t=7.598) and (t=13.978) respectively and 4) It have been announced as a policy to develop the quality of life. To be used to model the Quality of Life of the people. and register copyright for the work from the Department of Intellectual Property, number W.044432, type of work: literature, type of work, thesis.

Keywords: development, quality of life, people

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบายการบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกช่วงอายุ ทุกครัวเรือน โดยจัดบริการเชิงรุกทางสุขภาพที่มีมาตรฐานในสถานบริการระดับทุติยภูมิสู่ระดับปฐมภูมิ ให้มีความเท่าเทียมกันในทุกพื้นที่ ให้การดูแลส่งเสริมป้องกันรักษาสุขภาพคนในครอบครัว และดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่พักฟื้นอยู่ที่บ้าน สร้างการมีสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการให้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง รวมถึงสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงทุกกลุ่มวัย ทุกช่วงอายุ โดยมุ่งหวังให้ทุกภาคส่วนเกิดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันอย่างกลมกลืน เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[1] โดยการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนงานบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการวัดและประเมินระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกช่วงอายุนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงผลการขับเคลื่อนงานและผลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

คุณภาพชีวิต เป็นข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ อารมณ์และประสบการณ์ทางสังคมของประชาชน ที่ไม่สามารถประเมินได้ทางคลินิก จากการประเมินทบทวน พบว่า หากกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ย่อมให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี[2] ส่งผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถสนับสนุนส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ ดังนั้น การบูรณาการ “ปัญหาเขา ปัญหาเรา ปัญหาร่วม” เช่น ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสัมพันธภาพทางสังคม ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาเศรษฐกิจและ ปัญหาความปลอดภัย ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พื้นที่บริบทพหุวัฒนธรรม[3] ปีงบประมาณ 2557 จนถึงปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) สู่การขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมส่งเสริมสนับสนุนและประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วน[1] เพื่อลดความเลื่อมล้ำ พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนครอบคลุมทุกมิติอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

จากสถานการณ์และนโยบายดังกล่าว การดำเนินงานบูรณาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางร่วมกันขับเคลื่อน สนับสนุน ดูแล ให้คำปรึกษากับทุกครอบครัวประดุจญาติมิตร ครอบคลุมทุกมิติทางด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูแบบองค์รวมผสมผสานอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทวัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายการรับรู้ในชีวิตของแต่ละบุคคล เกิดผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน ทั้งด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม รวมทั้งการปรับระบบบริการด้านสุขภาพ (output) ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ (access) การให้บริการมีความครอบคลุมทั่วถึง (coverage) มีคุณภาพ (quality) และปลอดภัย (safety) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ (community strengthening) เกิดความรับผิดชอบ มีส่วนร่วมทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and financial participation) ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างมีประสิทธิภาพ (improved efficiency)[4]

ที่ผ่านมาอำเภอหนองจิก ได้ประเมินระดับคุณภาพชีวิตประชาชน ประจำปี 2560-2561 โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย[5] (WHOQOL-BREF-THAI) (World Health Organization, 1997) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเองในประชาชนที่มีช่วงอายุ 15-60 ปีเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับที่ดี ($\bar{X}$=3.50, S.D.=0.78) แต่การขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ทุกช่วงอายุ จากการประชุมทบทวน จึงมีมติให้พัฒนาและศึกษาผลแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน โดยให้แบ่งตามกลุ่มวัยทุกช่วงอายุขึ้นมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาและศึกษาผลแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) เพื่อนำมาเป็นแบบวัดและประเมินระดับคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกช่วงอายุ พร้อมนำข้อมูลคุณภาพชีวิตมากำหนดแนวทางการปฏิบัติ การประเมิน การติดตามให้มีความเหมาะสมครอบคลุม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่สำคัญของพื้นที่ บนพื้นฐานของสถานการณ์ภายในอำเภอที่มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี

2. เพื่อศึกษาผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการจัดคุณภาพและวงจรเดมมิ่ง (Deming cycle: PDCA)[6] และขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล[7] ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดคุณภาพชีวิต 2) ความเป็นไปได้ของการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตไปใช้ 3) การศึกษาผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนและ 4) การปรับปรุง เผยแพร่และขยายผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน ในช่วงปีงบประมาณ 2565-2566 ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของปัญหา กำหนดหัวข้อในการวิจัย จากการประชุมทีมผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต, สาขาปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวม เพื่อบูรณาการการ

พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) สู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้เป็น “การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน”

2) กำหนดและจัดตั้งทีมพัฒนาและทีมที่ปรึกษาของทีมพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน โดยความสมัครใจ จำนวน 15 คน ดังนี้

2.1 ทีมพัฒนาภายในกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ วุฒิการศึกษาปริญญาตรีและการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช (PG) ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน, นักจิตวิทยา ประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน, นักสาธารณสุข ประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน และผู้วิจัย รวมเป็น 5 คน

2.2 ทีมพัฒนาภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ปลัดอำเภอหนองจิก, ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ (สกร.) อำเภอหนองจิก, ครูผู้รับผิดชอบงาน OHOS (One Hospital One School), แกนนำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำศาสนา รวมเป็น 5 คน

2.3 ที่ปรึกษาของทีมพัฒนา ประกอบด้วย นายอำเภอหนองจิก, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, สาธารณสุข อำเภอหนองจิก, นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวและ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม รวมเป็น 5 คน

3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดปัตตานี

คุณสมบัติของผู้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คุณสมบัติของประชาชนที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ที่อ่าน เขียนภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา แบ่งตามกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) ได้แก่ กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง, กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครองและฉบับประเมินตนเอง, กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง และ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน

4) การสืบค้นหาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดของพิโค (PICO framework)

4.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (keywords) เกี่ยวกับการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่

ประชากร (population): ประชาชนตามกลุ่มวัย (ช่วงอายุ)

การปฏิบัติ (intervention): การพัฒนา, การวัดคุณภาพชีวิต, Development Quality of Life, Quality of Life model

การเปรียบเทียบ (comparison): ไม่มี

ผลลัพธ์ (outcome): ระดับคุณภาพชีวิต, Quality of Life level, แบบวัดคุณภาพชีวิต, Quality of Life model

4.2 กำหนดแหล่งข้อมูลหรือฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น โดยผู้วิจัยมีการทบทวนจากวรรณกรรมหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ค้นคว้าในตำรา วารสารทุกประเภท คู่มือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็คทรอนิคส์ เช่น The Joanna Briggs Institute, CINAHL, The Cochrane Collaboration & National clearinghouse, OVID, MEDLINE และ Thai-Lis โดยกำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2560–2565 และ ค.ศ. 2017–2022 ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ งานวิจัยที่มีการ

ออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มงานวิจัยเชิงทดลอง/กึ่งทดลอง และเอกสารแนวปฏิบัติ/ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ ที่ผ่านการสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างเป็นระบบ รวมถึงการสืบค้นด้วยมือ สืบค้นได้ทั้งหมด 21 เรื่อง

4.3 ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์และวิเคราะห์คุณค่าของหลักฐาน โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยและประเมินหลักฐานแบบวัดคุณภาพชีวิต ประเมินกระบวนการพัฒนาและประเมินเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ หรือมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เพียงใด ระบุเกณฑ์คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และระดับคำแนะนำ[7]

4.4 นำเสนอผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน โดยใช้เกณฑ์ของเมลนิกและฟายเอาท์-โอเวอร์โฮลท์[7] สามารถแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (meta–analysis) ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ระดับ 3 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองกึ่งทดลองหรือเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (nonrandomized controlled trial) ระดับ 4 หลักฐานจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6 หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยว ที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ และระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

5) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นมาจัดกลุ่มวิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และสรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องเนื้อหาของการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตจังหวัดปัตตานี ที่ได้จากการคัดเลือกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปี พ.ศ. 2560–2565 และ ค.ศ. 2017–2022 ตามลำดับ พบจำนวน 21 เรื่อง ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนา คัดเลือกมาสร้างและพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต 11 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยระดับ 1 คือ งานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 2 คืองานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3 งานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 4 หลักฐานจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 5 หลักฐาน ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 เรื่อง

6) สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทีมพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สรุปประเด็นสำคัญในข้อ 5 นำเสนอที่ปรึกษาเพื่อหาข้อสรุป แล้วนำมาจัดทำเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik)

7) การประเมินคุณภาพของแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพจากองค์กรภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 คน ประกอบด้วย

7.1 พยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานกลุ่มวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 คน ได้แก่ กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี), กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี), กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) และ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป)

7.2 บุคลากรจากองค์กรภายนอกสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ

ประชาชน จำนวน 5 คน ได้แก่ ปลัดอำเภอ/ พัฒนาการอำเภอ/ เกษตรอำเภอ/ ครูผู้รับผิดชอบงาน OHOS (One Hospital One School)/ ประธานชมรมผู้สูงอายุ นำแบบวัดคุณภาพชีวิตมาปรับปรุงเนื้อหาแบบวัดคุณภาพชีวิตให้มีความเหมาะสม วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) = 0.91

ระยะที่ 2 ความเป็นไปได้ของการนำแบบวัดคุณภาพชีวิต จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) ไปใช้ทดลองใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยละ 30 คน รวม 150 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในการใช้ภาษา และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายใน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbarch's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี ดังนี้ 1. กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง = 0.96 2. กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) 2.1 ฉบับประเมินตนเอง = 0.88 2.2 ฉบับผู้ปกครอง = 0.80 3. กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง = 0.97 และ 4. กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน = 0.91

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหนองจิก จำนวน 500 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่มวัย (ช่วงอายุ) ได้แก่ กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง, กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครองและฉบับประเมินตนเอง, กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน คัดเลือกแบบเจาะจงและยินดีเข้าร่วมวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

ระยะที่ 4 การปรับปรุง เผยแพร่และขยายผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในครัวเรือนจากทะเบียนราษฎร์อำเภอหนองจิก เขตพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 72,025 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี แบ่งตามกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) ได้แก่ กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง, กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครองและฉบับประเมินตนเอง, กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 500 คน ใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane,T. 1967) ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 10% และระดับความเชื่อมั่น 95% สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 500 คน แยกเป็นกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) ละ 100 คน ยกเว้น ช่วงอายุวัยเรียนและวัยรุ่น (อายุ 6-14 ปี) ประเมินตนเอง 100 คน และประเมินผู้ปกครอง 100 คน ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) ประกอบด้วย

- แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตไปใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความสามารถในการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ส่วนที่ 2 ความยากง่ายของการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต โดยให้ลงเครื่องหมาย √ ตามความคิดเห็นที่เป็นจริง ในช่อง "ปฏิบัติได้" หรือ "ปฏิบัติไม่ได้" และ "ยาก" หรือ "ง่าย" หลังจากนำแบบวัดคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม

วัย (ช่วงอายุ) ละ 30 คน รวมจำนวนทั้งหมด 150 คน พร้อมทั้งให้เหตุผลและข้อเสนอแนะ

- ไม้บรรทัดวัดความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แบ่งเกณฑ์ระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ ประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข ใช้คะแนน 1-10 เทียบเคียงระดับความพึงพอใจ ดังนี้ คะแนน 1-2 หมายถึง ไม่พึงพอใจ คะแนน 3-4 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย คะแนน 5-6 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง คะแนน 7-8 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก และคะแนน 9-10 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของประชาชนตามกลุ่มวัย (ช่วงอายุ)

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม แยกตามกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) ดังนี้

(1) แบบวัดคุณภาพชีวิตกลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง

(2) แบบวัดคุณภาพชีวิตกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ประกอบด้วย 2 แบบ คือ ฉบับผู้ปกครองและฉบับประเมินตนเอง

(3) แบบวัดคุณภาพชีวิตกลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง

(4) แบบวัดคุณภาพชีวิตกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน

การแปลผล

ช่วงคะแนน 1.00 – 1.66 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน 1.67 – 3.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.34 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับดี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการศึกษาด้วยตนเองทั้งหมดและมีผู้ช่วยวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ผู้ช่วยวิจัย 2 คน เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำความเข้าใจแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik)

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติแบบเจาะจง ขอความร่วมมือในการทำศึกษา ยินยอมด้วยเอกสารหรือด้วยวาจาในการเข้าร่วมการศึกษา และทำแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik)

3. ขั้นประเมินผล

3.1 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik)

3.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของเนื้อหาและวิเคราะห์ตามสถิติที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่ RECPTN No.028

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) สามารถสรุปดังนี้

1.1 กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=100) พบว่า บุตรหลานของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 40.0 มีอายุระหว่าง 4-5 ปี ร้อยละ 93.0 เด็กคลอดที่โรงพยาบาล ร้อยละ 78.0 น้ำหนักแรกคลอดอยู่ระหว่าง 2,500–3,500 กรัม ร้อยละ 83.0 เป็นบุตรลำดับที่ 1-3 และมีพี่น้องทั้งหมด 1-3 คน ร้อยละ 97.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.0 สถานะความสัมพันธ์ครอบครัวอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 85.0 ปัจจุบันเด็กอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา หากเด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 46.7 เด็กพบพ่อแม่ปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 87.0 สถานที่พักอาศัยปัจจุบัน คือบ้านของบิดามารดา ร้อยละ 27.0 ผู้ปกครองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.0 ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 47.0 ผู้ปกครองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ถ้าบิดามารดาอยู่ร่วมกันคิดรายได้บิดามารดาร่วมกัน) อยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท และร้อยละ 75.0 ฐานะทางการเงินของครอบครัวอยู่ในระดับพอมีพอใช้

1.2 กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=100) พบว่า บุตรหลานของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 39.0 มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.0 เป็นบุตรลำดับที่ 1-3 ร้อยละ 52.0 มีพี่น้องทั้งหมด 1-3 คน ร้อยละ 85.0 สถานะความสัมพันธ์ครอบครัวอยู่ด้วยกัน ปัจจุบันร้อยละ 76.0 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา หากเด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 16.0 เด็กพบพ่อแม่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 88.0 สถานที่พักอาศัยปัจจุบันคือบ้านเอง วุฒิการศึกษาของผู้ปกครองร้อยละ 50.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ปกครองร้อยละ 57.0 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง (ถ้าบิดามารดาอยู่ร่วมกันคิดรายได้บิดามารดาร่วมกัน) ร้อยละ 52.0 อยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท ฐานะทางการเงินของครอบครัว/ความพอเพียงร้อยละ 65.0 อยู่ในระดับพอมีพอใช้

1.3 กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับประเมินตนเอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=100) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.0 เพศหญิง ร้อยละ 55.0 มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.0 เป็นบุตรลำดับที่ 1-3 ร้อยละ 56.0 ในจำนวนพี่น้อง 1-3 คน ร้อยละ 42.0 กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 97.0 ปัจจุบันหากหนูไม่ได้เรียนต่อ หนูจบการศึกษาภาคบังคับสูงสุดระดับประถมศึกษา (จบ ป.6) และระดับมัธยมศึกษา (จบ ม.3) ร้อยละ 50.0 เท่ากัน ร้อยละ 78.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.1 ปัจจุบันหนูอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา หากหนูไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ หนูพบพ่อหรือแม่หรือพ่อแม่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.4 กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=100) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.0 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 61.0 สถานภาพคู่ ระดับการศึกษาร้อยละ 44.0 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.0 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 54.0 สถานะทางครอบครัว/ความพอเพียงพอมีพอใช้ ร้อยละ 91.0 ไม่มีโรคประจำตัว

1.5 กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=100) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.0 เป็น

เพศหญิง ร้อยละ 53.0 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 67.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.0 รับยาที่โรงพยาบาล/คลินิก ร้อยละ 57.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 48.0 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 98.0 สถานที่พักอาศัยปัจจุบันเป็นบ้านเอง ร้อยละ 46.0 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 63.0 ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉยๆ ร้อยละ 50.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 87.0 ได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการชุมชน ร้อยละ 62.0 ฐานะทางการเงินของครอบครัวพอมีพอใช้ ร้อยละ 50.0 จะสื่อสารกับผู้อื่นโดยทางโทรศัพท์ รองลงมาคือ ร้อยละ 45.0 พบปะพูดคุย

2. ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) สามารถสรุปดังนี้

2.1 กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ($\overline{X}$=4.02, S.D.=1.03; $\overline{X}$=4.35, S.D.=0.77 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกด้าน โดยก่อนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=4.51, S.D.=0.75) และองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=3.55, S.D.=1.27) และหลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับที่ดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=4.58, S.D.=0.68) และองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=4.18, S.D.=0.88)

2.2 กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ($\overline{X}$=3.48, S.D.=1.07; $\overline{X}$=4.16, S.D.=0.75 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกด้าน โดยก่อนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านจิตใจ อยู่ในระดับที่ดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=3.97, S.D.=0.98) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=3.15, S.D.=1.07) และหลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านจิตใจ อยู่ในระดับที่ดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=4.24, S.D.=0.73) และองค์ประกอบด้านร่างกาย อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=4.12, S.D.=0.89)

2.3 กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับประเมินตนเอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ($\overline{X}$=4.52, S.D.=0.74; $\overline{X}$=4.58, S.D.=0.59 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีทุกด้าน โดยก่อนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=4.71, S.D.=0.83) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=4.43, S.D.=0.78) และหลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=4.74, S.D.=0.49) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=4.49, S.D.=0.67)

2.4 กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.83, S.D.=1.36; $\overline{X}$=3.60, S.D.=0.85 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกด้าน โดยก่อนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=2.89, S.D.=1.47) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=2.75, S.D.=1.22) และหลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านจิตใจ อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=3.73, S.D.=0.87) และองค์ประกอบด้าน

สิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=3.49, S.D.=0.87)

2.5 กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=4.14, S.D.=1.05; $\overline{X}$=4.36, S.D.=0.74 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกด้าน โดยก่อนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=4.34, S.D.=0.94) และองค์ประกอบด้านร่างกาย อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=3.79, S.D.=1.21) และหลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบด้านจิตใจ อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยมากสุด ($\overline{X}$=4.48, S.D.=0.72) และองค์ประกอบด้านร่างกาย อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\overline{X}$=4.16, S.D.=0.80)

3. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) พบว่า หลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) (กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง, กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครองและฉบับประเมินตนเอง, กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเองและ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน) มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t=8.917), (t=15.125), (t=2.331), (t=7.598) และ (t=13.978) ตามลำดับ

ระยะที่ 4 การปรับปรุง เผยแพร่และขยายผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) ได้ประกาศเป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ ขยายผลแบบวัดคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) ไปใช้ดูแลติดตามระดับคุณภาพชีวิตในระดับหน่วยงานและ มีหลายหน่วยงานนำแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการดูแลประชาชนในพื้นที่ พร้อมมีการนำไปเผยแพร่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีประชุมสัมมนาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan Sharing) ของกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอผลงาน Best Practice สาขาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ และจดลิขสิทธิ์รับรองผลงานอย่างถูกต้อง จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา เลขที่ ว.044432 ประเภทงาน วรรณกรรม ลักษณะงาน งานนิพนธ์

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) สามารถอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 4 กลุ่มวัย (ช่วงอายุ) ได้แก่ กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง, กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครองและฉบับประเมินตนเอง, กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน พบว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป็นการนำปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คน เงิน ของและแหล่งประโยชน์แต่ละด้านขององค์ประกอบคุณภาพชีวิต ที่บุคคล ชุมชนมีอยู่ มามีส่วนร่วม โดยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง จนสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เป็นผลประโยชน์ร่วมกันที่ทุกคนคำนึงถึง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของสมาชิกกองทุนหมู่บ้าน:

ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอ่างทอง[8] พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของสมาชิกกองทุนหมู่บ้านแตกต่างกัน และการศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงและคุณภาพชีวิตในการทำงานของประชาชนโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ ตำบลหินฮาว อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์[9] พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีคุณภาพชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม[10] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับดีทุกด้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ประชาชนที่มีอายุ อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนแตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ที่แตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

ผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) และเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง หลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่า ทุกกลุ่มวัย ช่วงอายุ (กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง, กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครองและฉบับประเมินตนเอง, กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเองและ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน) มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t=8.917), (t=15.125), (t=2.331), (t=7.598) และ (t=13.978) ตามลำดับ (ตาราง 6) และสามารถวัดระดับคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) รายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ($\overline{X}$=4.02,S.D.=1.03; $\overline{X}$=4.35, S.D.=0.77 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างรากฐานของชีวิตและจิตใจ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำแนกประเด็นออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของมารดาและบิดา ปัจจัยของทารกในครรภ์และขณะคลอด และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลเด็กและพฤติกรรมการเลี้ยงดู[11] นอกจากนี้ การศึกษาพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ด้านการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชน[12] พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยของเด็ก และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.05)

2) กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองได้ประเมินคุณภาพชีวิตบุตรหลานในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ($\overline{X}$=3.48, S.D.=1.07; $\overline{X}$=4.16, S.D.=0.75 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การพัฒนาการทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคมของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ในปัจจุบันจะพบว่า เด็กเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เด็กเติบโตเป็นหนุ่มสาวเร็วขึ้น โดยเฉพาะเด็กผู้หญิง การมีหน้าอก การมีประจำเดือน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายเข้าสู่วัยหนุ่มสาวแล้ว แต่พัฒนาการทางด้านอารมณ์ สังคม ความคิด ไม่เร็วตามไปด้วย แต่ยังต้องการการดูแล เอาใจใส่ คำแนะนำ การเรียนรู้ทักษะประสบการณ์ในชีวิตต่างๆ อีกหลายอย่าง เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งบิดามารดาเป็นบุคคลที่มีบทบาทและมีความสำคัญมากที่สุด ขณะเดียวกันทุกคนในสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ

และบุคลากรทางด้านการแพทย์ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กวัยรุ่นให้มากขึ้น[13]

3) กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ฉบับประเมินตนเอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ($\overline{X}$=4.52, S.D.=0.74; $\overline{X}$=4.58, S.D.=0.59 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ในปัจจุบันระยะเวลาของการศึกษา มีความจำเป็นและต้องใช้ระยะเวลามากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ในการสร้างความรับผิดชอบเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งมีระยะเวลายาวนานออกไป กว่าจะเข้าไปเป็นผู้ใหญ่อย่างเต็มตัว และกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 6-14 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความพร้อมทางอารมณ์ สามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ โดยการรู้จักอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น พร้อมทำให้ตนเองมีความสุข (Mental Health Promotion and Development Division, 2019)

4) กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ฉบับประเมินตนเอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.83, S.D.=1.36; $\overline{X}$=3.60, S.D.=0.85 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก วัยทำงานเป็นวัยที่ผ่านการทำงานมาได้ระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งเป็นการผ่านการใช้ชีวิตในหลายๆ รูปแบบ[14] ทำให้เกิดความรู้สึกหมดไฟ รู้สึกไม่มีพลัง รู้สึกเหนื่อย หมดแรง[15] อีกทั้งกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เพื่อตอบสนองกับปัจจัยในการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้สัมพันธภาพทางสังคมในครอบครัวและชุมชนลดลง[16]

5) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ฉบับประเมินตนเองหรือผู้ดูแลประเมิน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=4.14, S.D.=1.05; $\overline{X}$=4.36, S.D.=0.74 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีความสุขในการดำเนินชีวิตในการเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน มีที่อยู่อาศัยที่เป็นหลักแหล่งและมั่นคง อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสะดวกและปลอดภัยต่อการใช้ชีวิต และมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับที่ดีทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา[17] และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวมุสลิม เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร[2] พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับสูง

คุณภาพชีวิต เป็นข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ อารมณ์และประสบการณ์ทางสังคมของประชาชน ที่ไม่สามารถประเมินได้ทางคลินิก จากการประเมินหากกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องย่อมให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี ส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพสามารถสนับสนุน ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

วิจัยนี้ เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีการปฏิบัติงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการทำงานเป็นทีม ผู้บริหารและคณะกรรมการ พชอ. สนับสนุนในการพัฒนาปัญหาหน้างาน การบูรณาการปัญหาเขา ปัญหาเรา ปัญหา

ร่วม เช่น ปัญหาสุขภาพกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและความปลอดภัย ให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ และค้นหา gap จากปัญหาหน้างาน เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เกิดความสำเร็จ สามารถพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต จังหวัดปัตตานี (QOL-NongChik) ที่เหมาะสมสำหรับประชาชนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวัดคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย (ช่วงอายุ) ปีละ 1 ครั้ง ทุกปี

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณผู้บริหารระดับกระทรวงสาธารณสุข ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี นายอำเภอหนองจิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ทุกสาขาวิชาชีพ ทุกสาขาอาชีพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **Guidelines for mental health operations in health systems at the district level**. Bangkok: Beyond Publishing Company Limited, 2017. (in Thai)
2. Waewwanchuea, S. **Factors Affecting the Quality of Life of Muslim Elderly in Prawet District**, Bangkok. Master of Arts Thesis Kasetsart University, 2012.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **Manual for mental health at district level**. Bangkok: Beyond Publishing Company Limited, 2013. (in Thai)
4. The committee on the development of nursing practice guidelines for health promotion for professional nurses. Nursing guidelines for health promotion for on-site professional nurses Primary health care Secondary level and Tertiary level. Nonthaburi: Mata Printing Company Limited, 2017.
5. World Health Organization (WHO). **Quality of life indicators of the World Health Organization**, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI), 1997.
6. Suphachutikul, A. Arranging and crystallizing the concept of quality. The basis for building trust. Nonthaburi: Institute for Quality Assurance of Healthcare Facilities. (Public Organization), 2021.
7. Tiloksakulchai, F. **Nursing practice based on evidence-based principles and practices**. Bangkok: Pre-One Limited Partnership, 2006.
8. Thongkasem, K. **Quality of life of village fund members: a case study of Ang-Thong province**. Master of Arts-Master Degree Social Development Branch Faculty of Social Development National Institude of Development Administration, 2003.
9. Kaewdu, S. **Quality of life according to sufficiency economy and quality of life. In the work of the people of One Tambon One Product Project, Hin How Subdistrict, Lom Kao District Phetchaboon**. Master of Business Administration Program in General Management Chandrakasem Rajabhat University, 2007.
10. Mechamnan, S. Laksananurak, S. Quality of life of people in Nakhonchaisri district Nakhon Pathom province. **Silpakorn Educational Research Journal, 2010. 1**(2). 269-281. (in Thai)
11. Kue-iad, N. Chaimay, B. Worade, S. Early Childhood Development among Thai Children Aged Under 5 Years: A Literature Review. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 2018. 5**(1). 281-196. (in Thai)

12. Theprak, S., Mukdakasem, P., Suebnuch, J. & Jaturaperm, J. **Study of Parents' Parenting Factors and Community Participation in Promoting Growth and Early Child Development**, Health Zone 4 and 5. Maternal and Child Health, Health Promotion Group, Health Center 4 Ratchaburi, Department of Health, Ministry of Public Health, 2014. Retrieved August, 14 2016, from hpc4.go.th/rcenter //_fulltext/ 20140331103024155l/20140403134122_548.pdf. (in Thai).
13. Charoensiri, W. **Bangkok Health Information Center**. http://www.bangkokhealth.com/author%B4. (Search date 27/02/2019).
14. Mental Health Promotion and Development Divition. **http://sorporson.com.** (Search date 27/02/2019)
15. Waraasawapati, K. Phono, K. Lamyai, W. Imkam, E. Development of Quality of Life test for primary caregivers of schizophrenic patients. **Journal of the psychiatric association of Thailand 2017. 62**(3): 233-246. (in Thai)
16. Surakarn, A., Arin, N. **Mental Health Care: Community Participation**. Srinakharinwirot University Journal (Science and Technology Program), 2014. 6(12), 176-184. (in Thai)
17. Noknoi, J. Boriphan, W. The Quality of Life of Elders in Songkhla Province. **Princess of Naradhiwas University Journal, 2017. 9**(3), 94-105. (in Thai)

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง

Effects of a program to change knowledge and self-management skills in patients with type 2 diabetes who cannot control their blood sugar. Khao Wong Hospital

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 19,2024 ; Accepted: December 20,2024)

ยุวดี คาดีวี[1] พนิตา จิตจักร[1] สุขขี แสง[1] จันทร์ทิต เพียรภายลุน[1]
Yuwadee Khadewee[1] Phanita Jitchak[1] Sukkhi Saeng[1] Chanthit Phianphailun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง ต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 60 คน และกลุ่มทดลอง 60 คน กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง 2) เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอัตโนมัติ fasting blood glucose และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด 3) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที ได้แก่ paired t-test, Independent t-test และสถิติทดสอบแบบนอนพาราเมตริก ได้แก่ Wilcoxon-signed rank test และ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการใช้วง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) สอนให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 3 ลด. 2) การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้ง และ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติหรือการประเมินตนเอง ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<.052) ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value< .05

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research. The objective was to study the results of a program to change knowledge and self-management skills in patients with type 2 diabetes who cannot control their blood sugar. Khao Wong Hospital on knowledge, behavior and blood sugar levels, 120 people, divided into a control group of 60 people and an experimental group of 60 people. The control group did not receive the program. The experimental group received the program for a period of 8 weeks. The tools used in the research consisted of 1) a program to change knowledge and self-management skills in patients with type 2 diabetes who cannot control their blood sugar. Khao Wong Hospital 2) Automatic fasting blood glucose measuring device and blood sugar level recording form 3) Knowledge test for diabetic patients There is a reliability value of 0.84. 4) Questionnaire about health behaviors and practices for controlling diabetes. The confidence value was 0.95. Data

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation, t-test statistics, including paired t-test, independent t-test, and non-parametric test statistics, including Wilcoxon-signed rank test and Mann Whitney U test.

The results of the research found that 1) after using the circle, it consists of 6 steps: 1) goal setting, 2) data collection, 3) data analysis and evaluation, 4) decision making, 5) practice, consisting of 2 main components: 1) teaching and giving know and behavior modification according to the principles of 3 A. 3 Reduce. 2) Support for behavior modification. By following up with home visits Evaluate your own ability to change health behaviors according to the patient's context. There is a total of 4 program implementation periods and 6) reflection on practice results or self-evaluation. Affecting the average knowledge, behavior and blood sugar levels of patients with type 2 diabetes are better than before using the program. with statistical significance that p-value<.052) after using the program Affects the average knowledge, behavior, and blood sugar levels of patients with type 2 diabetes. The experimental group was better than the control group. Statistically significant at p-value< .05

Keywords: Program to change knowledge and self-management skills, type 2 diabetic patients who cannot control blood sugar, behavior change

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นเนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจ้านวนเพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 37.9 ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าถ้าควบคุมสภาวะของโรคได้ไม่ดีก็จะมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนตามมา ทั้งเรื่องของตา ไต หัวใจ สมอง และเท้า สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2558 เท่ากับ 28.06 เป็น 28.14 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2560[1]

สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน 3.2 ล้านคน ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[1] สอดคล้องกับข้อมูลอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 2,928 , 3,017และ 3,020 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.31 , 9.64 และ 9.87 โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 2,126 , 2,203 และ 2,325 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 76.87, 78.35 และ 80.34 ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 100,106 และ 133 ราย ลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.71, 2.77 และ 3.50 ทั้งนี้พบว่าอัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น[2] และอัตรารายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร คือ 745.70, 884.03 และ 893.05 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 28.91, 28.05 และ 29.75 ตามลำดับ[3] และอัตราการควบคุมโรคได้ (น้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์) ร้อยละ 42.84, 38.46 และ 38.66 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในพื้นที่ให้บริการข้อมูลอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ 2,928 , 3,017และ 3,020 ราย พบผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ (น้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์) จำนวน 458 ราย 645 ราย และ 876 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.64, 21.04 และ 29.71[2] โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ต้องมีพฤติกรรมที่ดีในการ

ดูแลตนเองไปตลอดชีวิต ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ดังการศึกษาความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 58.75 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยไม่ใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 35.24 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง ร้อยละ 44.12 ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้[4] การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยเบื้องต้นด้วยตนเอง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ให้ความร่วมมือกับผู้ป่วยโดยทำงานร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม แนวคิดการกำกับตนเอง (Self –regulation) เป็นกลวิธีหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ โดยได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีความสำคัญในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม[5] เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า การขาดความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง การัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทักษะในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม การให้ความรู้ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การจัดการกับปัญหาเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมอาหาร โดยการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารธงโภชนาการ ตัวอย่างอาหาร การใช้ยา มีการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการใช้แบบบันทึกการรับประทานยาที่บ้าน คู่มือแก้ไขปัญหาการใช้ยา การออกกำลังกาย มีการเดินเร็ว การแกว่งแขน และการจัดการความเครียด จึงจะสามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การที่จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ โดยให้มีส่วนร่วมปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องทั้งการควบคุมอาหารการใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้[6] โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด ทำให้การจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยส่งเสริมให้มีส่วนร่วมคิดตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสนับสนุนให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความรู้ มีทักษะการจัดการตนเองในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และเกิดความตระหนักรู้ถึงความสำคัญ ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ มีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้น[7] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แนวคิดการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ในปัจจุบันมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งด้านความรู้และทักษะ สามารถสร้างกลวิธีหรือสร้างกิจกรรมการจัดการตนเองได้หลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยครอบคลุมการจัดการอาการ

ที่เกิดขึ้นการรักษาที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และการจัดการผลที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม สามารถทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเกิดกระบวนการจัดการตนเองทั้งด้านความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานทักษะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด จึงมีการนำแนวคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแนวคิด สบช โมเดล (สถาบันพระบรมราชชนกโมเดล)[8] เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังตามหลัก 3 อ. (อาหาร,อารมณ์, ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วน, ลดบุหรี่, ลดเหล้า) ไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น[8]

จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลเขาวง ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร ตั้งแต่การคัดกรองสุขภาพ ดูแลรักษา และตรวจค้นหาภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ในการดูแลตนเองในคลินิกและก่อนกลับบ้าน ตามมาตรฐานการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้อัตราการควบคุมโรคได้ (น้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์) เพิ่มขึ้น แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข และพบปัญหาการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวมาข้างต้น (โรงพยาบาลเขาวง, 2566) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำจึงแนวคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแนวคิด สบช โมเดล (สถาบันพระบรมราชชนกโมเดล) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังตามหลัก 3 อ. (อาหาร,อารมณ์, ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วน, ลดบุหรี่, ลดเหล้า)[8]มาใช้ในการพัฒนาความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติที่ยอมรับได้ตามสภาวะโรคของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดและยืดเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง ดังนี้

2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (The two-group pretest-posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวาน ปีงบประมาณ 2567 ที่โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 759 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้ง ใน 6 เดือน ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวาน ที่โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 120 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง ที่ควบคุมค่าน้ำตาลไม่ได้ โดยจะต้องมีผลตรวจค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 2) ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-65 ปี ขึ้นไป 3) มีสัญชาติไทย สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 4) มีความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่มีภาวะพึ่งพา 5) ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว 6) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ สามารถใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ได้ 7) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 อัมพฤกษ์อัมพาต มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท) มีค่าน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีภาวะคีโตซีส (Ketosis) และต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนไม่สามารถเข้าร่วมในการศึกษาได้ 2) ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช จนรบกวนความสามารถต่อการเรียนรู้ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดหรือไม่ประสงค์ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยนำรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นมาสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (sample random sampling) โดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด ในด้านเพศ (ชาย,หญิง) อายุ (20-39 ปี, 40-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป) และระดับน้ำตาลในเลือด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้อ้างอิงจากการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกัน ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบชโมเดล (สถาบันราชชนกโมเดล) (AYoh, Sittisart, Na-Wichian, 2022) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ค่าอัลฟ่าที่ .05 โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1988) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 60 คน รวมการศึกษาครั้งนี้เป็น 120 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

1) การตั้งเป้าหมาย การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมตั้ง เป้าหมาย” เป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มทดลอง ฝึกกำหนดเป้าหมาย ค่าน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 3ลด. ดังนี้ 1) อาหารที่ถูกต้อง 2) อารมณ์ ผ่อนคลายความเครียด 3) ออกกำลังกาย 4) ลดอ้วน 5) ลด/เลิกบุหรี่ 6) ลด/เลิกเหล้า เป็นการกำหนด ผลลัพธ์ที่ต้องการ กำหนดพันธะสัญญาให้มีการปฏิบัติทักษะ การจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเป็นการกำหนดความคาดหวังให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองตั้ง เพื่อควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 3ลด.

2) การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “รวบรวบข้อมูล ช่วยจัดการตนเอง” เป็นกิจกรรมที่กลุ่มทดลองต้องเก็บรวบรวมข้อมูลของตนเอง โดยการเฝ้าระวังติดตามตนเอง การสังเกตตนเอง และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้ถึงเป้าหมาย ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 3ลด.

3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมวิเคราะห์ ร่วมประเมิน” เป็นการฝึกให้มีการรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และหาแนวทางแก้ไขหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการจัดการตนเอง

4) การตัดสินใจ ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมเรียนรู้ ร่วมตัดสินใจ” โดยฝึกให้มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมโดยมีการรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์หรือมีโทษต่อตนเอง สร้างเสริมความเชื่อมั่นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยชี้ย้ำให้ทราบว่าการตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการจัดการตนเอง

5) การปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

5.1) สอนให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 3ลด. ดังนี้ 1) อาหารที่ถูกต้อง 2) อารมณ์ ผ่อนคลายความเครียด 3) ออกกำลังกาย 4) ลดอ้วน5) ลด/เลิกบุหรี่ 6) ลด/เลิกเหล้า และผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจากกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

5.2) การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พัฒนาทักษะด้านการให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวาน

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาทักษะจากสื่อวิดิทัศน์เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานและให้กลุ่มตัวอย่างถ่ายทอดข้อมูลที่ได้รับ ฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามหลัก 3อ. 3ลด.

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4-5 ติดตามเยี่ยมบ้าน

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6-8 ติดตามการบ้านในแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ประเมินปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านอาหาร, อารมณ์, ออกกำลังกาย , ลดอ้วน, ลดบุหรี่, ลดเหล้า

6) การสะท้อนผลการปฏิบัติหรือการประเมินตนเอง (Wattana C., 2015) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมประเมินตนสู่ค่าน้ำตาลที่ดี” มีการประเมินผลการจัดการตนเองในพฤติกรรมตามหลัก

3อ. 3ลด. ดังนี้ 1) อาหารที่ถูกต้อง 2) อารมณ์ ผ่อนคลายความเครียด 3) ออกกำลังกาย 4) ลดอ้วน5) ลด/เลิกบุหรี่ 6) ลด/เลิกเหล้าร่วมกับผู้วิจัย

2. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอัตโนมัติ Fasting blood glucose และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดโดยแบ่งระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ความรุนแรง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานการศึกษานี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุมได้, ป่วยระดับ 1, ป่วยระดับ 2 และป่วยระดับ 3 เท่านั้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรุนแรงของโรคเบาหวาน

ความรุนแรง	**ค่าน้ำตาลในเลือด**
ปกติ	< 100 mg/dl
เสี่ยง	100-125 mg/dl
ควบคุมได้	≤ 125 mg/dl
ป่วยระดับ 1	126-154 mg/dl, HbA1C<7%
ป่วยระดับ 2	155-182 mg/dl, HbA1C 7-8%
ป่วยระดับ 3	≥183 mg/dl, HbA1C > 8%
มีโรคแทรกซ้อนStroke, STEMI, ไตวาย, ตาบอด, เนื้อตาย	

3.แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน โดยแบบสอบถามมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สภาพสมรส ระดับการศึกษา การรับประทานยา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง และรอบเอว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ตามความรุนแรงของโรคเบาหวานจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ทางเลือก คือ ถูกหรือผิด เนื่องจากลักษณะดังกล่าวสามารถวัดเนื้อหาได้มาก ใช้เวลาน้อยและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคตามหลัก 3อ. (อาหาร, อารมณ์, ออกกำลังกาย) 3ลด (ลดอ้วน, ลดบุหรี่, ลดเหล้า) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเดียว มีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำ 4-7 ครั้งต่อสัปดาห์หรือทุกวัน ให้ 2 คะแนน

2) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำ 1-3 ครั้งต่อเดือนหรือเป็นส่วนน้อย ให้ 1 คะแนน

3) ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ ให้ 0 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-40 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (30-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) ระดับต่ำ (0-19 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง พัฒนาโปรแกรมโดยคณะผู้ร่วมวิจัย กระบวนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้ 1) ศึกษาทบทวนโปรแกรม 2) สร้างกรอบแนวคิด และ 3) ออกแบบโปรแกรม ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ คือ ปรับรูปแบบการสอนให้มีเนื้อหาการสอนที่เข้าใจง่าย และเพิ่มเรื่องของการสอนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

โดยการติดตามทางแอพพลิเคชั่นไลน์ หรือการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และนำโปรแกรมไปทดลองนำร่องกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน พบว่าโปรแกรมฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

2. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาจากเอกสารตำราและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสร้างข้อคำถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน ประเมินและตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและครอบคลุมเหมาะสมมากยิ่งขึ้นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง ผลของคะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) ของทั้ง 2 แบบประเมินพบว่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดและลักษณะโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองทำการประเมินการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานเป็นโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon-signed rank test และข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นโค้งปกติใช้ paired t-test

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ทำการประเมินการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานเป็นโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann Whitney U และข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นโค้งปกติใช้ independent t-test ผลการวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำโครงร่างการค้นคว้าแบบอิสระผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.50 โดยกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 32-73 ปี อายุเฉลี่ย 57.32 ปี (SD10.58) กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 33-71 ปี อายุเฉลี่ย 56.60 ปี (SD9.59) ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าข้อมูลด้านเพศ ช่วงอายุ และระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ความรุนแรงไม่ต่างกัน

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง ดังนี้

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าคะแนนความรู้ พฤติกรรม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

รายการเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	M	*SD*	M	*SD*	
ก่อนการทดลอง					
ความรู้โรคเบาหวาน	13.13	2.26	13.23	2.27	.81^{NS}
พฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน	26.08	3.83	26.58	3.47	.51^{NS}
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	151.30	29.37	151.70	32.24	.95^{NS}
หลังการทดลอง					
ความรู้โรคเบาหวาน	15.98	1.64	12.98	1.85	.00*
พฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน	30.35	2.75	26.83	3.71	.00*
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	131.75	18.76	148.97	27.71	.00*

*p-value< .05, ^{NS} p-value> .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง ดังนี้

ความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจาก กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ในกลุ่มด้วยกัน และได้มีการฝึกทักษะตาม แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[9] ทั้ง 6 ขั้นตอน ประกอบ ไปด้วย
การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมตั้งเป้าหมาย” การรวบรวมข้อมูล หลังจากที่กลุ่ม

ทดลองได้ตั้งเป้าหมายแล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “รวบรวบข้อมูล ช่วยจัดการตนเอง การวิเคราะห์และการประเมิน ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมวิเคราะห์ ร่วมประเมิน” การตัดสินใจ หลังจากที่กลุ่มทดลองได้มีการรวบรวมข้อมูลของตนเอง และนำมาวิเคราะห์ประเมินแล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมเรียนรู้ ร่วมตัดสินใจ” การลงมือปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถนำวิธีที่สามารถทำให้ตนเองปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กลับไปปฏิบัติต่อได้ที่บ้านด้วยความมั่นใจ ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมลงมือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” การประเมินตนเองเป็นขั้นตอนการประเมินตนเองของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมประเมินตนสู่ค่าน้ำตาลที่ดี” สอดคล้องกับการศึกษาของ Nato[10] และ Kongsakul[11]

ข้อเสนอแนะ

1. นำโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวงไปใช้พัฒนาความรู้ พฤติกรรม และระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. เป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายการพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการให้บริการระดับปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. นำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพในกลุ่มอื่นๆ

4. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง ในระยะยาว เช่น ใช้โปรแกรมนาน 6-12 เดือนขึ้นไป เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก่ประชาชนของอย่าง ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564, 13 พฤศจิกายน). กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที. https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. HDC, 2566
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อ พ.ศ.2563-2566 .นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
4. Akaratanapol, P., Aumaor, T., Khungtumneam, K., Limteerayos, P., Pidet, K., Phuangprasonka, R., Phuthasane, C., ... & Kompayak, J. (2021). Risk to major complicationsamong diabetic and hypertensive Patients in Nong-Prue health promoting hospital, Bangphli, Samutprakan. APHEIT Journal of Nursing and Health, 3(2), 37-52.
5. Rakchim A, Lerkiatbundit S, Saengcharoen W. Factors affecting blood sugar control among diabetes mellitus type 2 patients in Pak Phanang hospital at Nakhon Si Thammarat province.
6. Diabetes Clinic Public Health Center 47 Khlong Khwang disease registration. Bangkok: Public Health Center 47 Khlong Khwang; 2017. (in Thai)
7. Wankham C, Wattana C, Khampalikit S. The effects of a self-management program on hypertension-controlling behaviors and mean arterial pressure among persons with hypertension. Nursing Journal 2015;42(1):49-60. (In Thai).
8. วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย:นโยบายสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
9. Creer, L.T. (2000). Self-management at chronic illness. Handbook at self-regulation. California: Academic.

11. Kongsakul S. The effects of a self-management skill training program on self-management behaviors regarding glycemic control and blood sugar level among persons with type 2 diabetes mellitus (master's thesis). Pathumthani: Thammasat University;2009. (in Thai).
10. Nato S, Vannarit T, Somrarnyart M. Effects of self-management promotion through diabetic camp participation on glycemic control behaviors and hemoglobin A1C level among persons with type 2 diabetes. Nursing Journal 2016;43(4):92-104. (in Thai).

รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
Model of promoting waste management in Na Kham Subdistrict Kham Khuean Kaeo District Yasothon Province.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 21,2024)

บัณดิษฐ สร้อยจักร[1]
Bandit Soijuk[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะและปริมาณขยะของชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร และรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน สิงหาคม 2567 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2567 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร โดยการเจาะจง จำนวน 462 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบบันทึกปริมาณขยะ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร หลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการ และผลการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร หลังการดำเนินงาน มีการจัดการขยะได้มากขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการขยะ 3R

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the waste management behavior and waste volume of the community in Na Kham Subdistrict, Kham Khuen Kaeo District Yasothon Province and the model for strengthening waste management in Na Kham Subdistrict, Kham Khuen Kaeo District Yasothon Province. The study period is between August 2024 and November 2024, a total of 4 months. The sample group includes representatives of community households in Na Kham Subdistrict, Kham Khuen Kaeo District Yasothon Province, by specific, 462 people according to the inclusion criteria. Data were collected from questionnaires and waste volume recording forms. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the waste management behavior in the community of household representatives in Na Kham Subdistrict, Kham Khuen Kaeo District Yasothon Province before the implementation, overall and in each aspect, was at a high level. After the implementation, overall and in each aspect, it was at the highest level. The waste management behavior in the community of household representatives in Na Kham Subdistrict, Kham Khuen Kaeo District Yasothon Province before and after the implementation was found to have statistically significant differences at the .05 level. The waste management behavior in the community of household representatives in Na Kham Subdistrict, Kham Khuen Kaeo District Yasothon Province after the implementation was better than before the implementation. The

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

results of waste management in the community of household representatives in Na Kham Subdistrict, Kham Khuen Kaeo District after the implementation showed that waste was managed more.
Keywords: waste management, 3R

บทนำ

ปัญหาขยะในปัจจุบันมีความรุนแรงทั้งในระดับประเทศและระดับโลก โดยมีสถิติที่น่าตกใจเกี่ยวกับปริมาณขยะที่เกิดขึ้น โดยพบว่า ทั่วโลกในแต่ละปีมีการผลิตขยะมูลฝอยชุมชนประมาณ 2.1 พันล้านตัน แต่มีเพียงร้อยละ 16 หรือประมาณ 323 ล้านตันที่ถูกนำไปรีไซเคิล คาดว่าในปี 2050 ปริมาณขยะจะเพิ่มขึ้นถึง 3.4 พันล้านตัน ซึ่งหมายความว่าจะเพิ่มขึ้นประมาณ 70% จากปัจจุบัน[1,2] ปัญหาขยะในปัจจุบันเริ่มได้รับความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากขยะเป็นสาเหตุอันก่อให้เกิดมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อมในหลายๆด้านหากมีการจัดการที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ขยะก็จะกลายเป็นแหล่งปล่อยมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นมลพิษทางอากาศจากการเผาขยะ มลพิษทางน้ำจากการทิ้งขยะลงแหล่งน้ำและน้ำชะขยะ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคและพาหะนำโรคทำลายทัศนียภาพ และที่สำคัญที่สุดขยะ ยังเป็นสาเหตุก่อให้เกิดภาวะโลกร้อน[3] สำหรับประเทศไทย ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นในปี 2565 จำนวน 25.70 ล้านตัน หรือ 70,411 ตัน/วัน กระจายตัวตามภูมิภาคต่าง ๆ มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ. 2565 ของกรมการปกครอง เฉลี่ยเท่ากับ 1.07 กิโลกรัม/คน/วัน เมื่อพิจารณาภาพรวมการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ มีขยะมูลฝอยถูกจัดการกันเองโดยบ้านเรือนและชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่มีการให้บริการเก็บขน 1.70 ล้านตัน (ร้อยละ 7 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกคัดแยกเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์จากบ้านเรือนและแหล่งกำเนิด 4.00 ล้านตัน (ร้อยละ 15 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) โดยกระบวนการซาเล้งและบ้านเรือนนำไปขายให้กับร้านรับซื้อของเก่า ขยะมูลฝอยที่เหลือประมาณ 20.00 ล้านตัน (ร้อยละ 78 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกเก็บขนโดยรถบรรทุกเก็บขนขยะมูลฝอย ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนซึ่งได้รับอนุญาตหรือมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการเก็บขนแทนเพื่อไปยังสถานที่คัดแยกขยะมูลฝอยหรือสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย และขยะมูลฝอยประมาณ 4.80 ล้านตัน (ร้อยละ 19 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกคัดแยกในระหว่างการเก็บขนและสถานที่คัดแยกขยะมูลฝอย ส่วนที่เหลือประมาณ 15.20 ล้านตัน (ร้อยละ 59 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกนำไปกำจัด ณ สถานที่กำจัดขยะมูลฝอย มีขยะมูลฝอยได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องประมาณ 9.80 ล้านตัน (ร้อยละ 38 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) และส่วนที่เหลือประมาณ 5.40 ล้านตัน (ร้อยละ 21 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง[4]

การจัดขยะมูลฝอยชุมชนควรพิจารณาดำเนินการตามลำดับขั้นของการจัดการขยะที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยลำดับแรกเริ่มจากการหาทางลดปริมาณขยะและการใช้ซ้ำเพื่อไม่ให้เกิดขยะ จากนั้นพิจารณานำวัสดุในขยะที่ทิ้งจากชุมชนมารีไซเคิล หรือหมักทำปุ๋ย ในส่วนของขยะที่ไม่สามารถรีไซเคิลควรนำไปเข้ากระบวนการเปลี่ยนขยะให้เป็นพลังงาน ขยะที่ไม่สามารถบำบัดด้วยวิธีการดังกล่าวได้และขยะที่เหลือจากกระบวนการต่างๆนำไปฝังกลบ กระบวนการเหล่านี้นอกจากจะเป็นวิธีการลดการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ แล้วยังช่วยลดการใช้พลังงาน ลดพื้นที่ฝังกลบและลดปริมาณมลพิษด้วย แนวคิด Zero waste หรือขยะเหลือศูนย์ เป็นปรัชญาที่ส่งเสริมการหมุนเวียนทรัพยากรกลับมาใช้ใหม่เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ลดปริมาณขยะที่เกิดขึ้นให้น้อยที่สุดโดยใช้หลักการของ 3Rs (Reduce,

Reuse, Recycle) รวมทั้งการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้เกือบทั้งหมด เพื่อเป็นการลดปริมาณของเสียที่ส่งไปกำจัดโดยวิธีการฝังกลบและ/หรือเผา ทำลายให้มีปริมาณน้อยที่สุด [5,6]

ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จากการสำรวจขยะมูลฝอย พบว่ามีปริมาณขยะ ที่เกิดขึ้น จำนวน 2.41 ตันต่อวัน พบว่าเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาเรื่องขยะมูลฝอยเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ ซึ่งมีประชาชนร้องเรียนการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการจัดการการควบคุมขยะมูลฝอยยังมีปัญหาอย่างมาก ได้แก่ ด้านการจัดเก็บขยะไม่ทันเกิดขยะตกค้าง ส่งผลให้ปริมาณขยะจำนวนมากถูกกำจัดด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น การเผาหรือฝังกลบ ซึ่งทำให้เกิดมลพิษและส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะอันตราย เช่น แบตเตอรี่และสารเคมี ต้องการการจัดการเฉพาะทาง แต่ยังมีการกำจัดที่ไม่ถูกต้องอยู่มาก ขณะเดียวกัน การขาดความรู้และความร่วมมือจากประชาชนในการลดและจัดการขยะ[7]

จากความสำคัญและความจำเป็นของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษา มีความสนใจศึกษารูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะและปริมาณขยะของชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน สิงหาคม 2567 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จำนวน 720 ครัวเรือน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร โดยการเจาะจง จำนวน 462 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังต่อไปนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมโครงการ 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ 3) สามารถให้คำตอบที่เป็นข้อมูลของครัวเรือนได้ 4) มีอายุมากกว่า 20 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร กิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ประกอบด้วย

1.1 การสะท้อนสถานการณ์

1.2 แนวคิดการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ประกอบด้วย Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และ Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่)

1.3 การฝึกปฏิบัติการจัดการขยะ ได้แก่ ขยะย่อยสลาย (Compostable waste) หรือ ขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล (Recyclable waste) ขยะอันตราย (Hazardous waste) และขยะทั่วไป (General waste) คือ ขยะประเภทอื่นนอกเหนือจากขยะย่อยสลาย ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย มีลักษณะที่ย่อยสลายยากและไม่คุ้มค่า สำหรับการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ ตามหลัก 3 R ได้แก่ Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse

ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และRecycle (นำกลับมาใช้ใหม่)

1.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดพฤติกรรม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติทุกวัน เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ 5 – 6 วัน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ 3 – 4 วัน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง ความวิตกกังวล ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ 1 – 2 วัน เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ความวิตกกังวล ในรอบสัปดาห์ไม่มีการปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสมมาก มากที่สุด
3.41 – 4.20	เหมาะสม มาก
2.61 – 3.40	พอใช้ ปานกลาง
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง น้อย
1.00 - 1.80	ไม่เหมาะสม น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

2. แบบบันทึกปริมาณขยะ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการขยะและปริมาณขยะของชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

2. กำหนดกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

3. การดำเนินการรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

4. สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมของรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

พฤติกรรมการจัดการขยะและปริมาณขยะของชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้วก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะและปริมาณขยะของชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวแทนครัวเรือนชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.7 อายุเฉลี่ย 59.17 ± 13.32 ปี ระดับการศึกษา อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.3 อาชีพในปัจจุบัน เกษตรกร ร้อยละ 82.5 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 401,793.50 ± 250,347.40 บาท สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 61.3 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 78.6 และการเข้าร่วมของครอบครัวในสมาชิกกองทุนฌาปนกิจขยะตำบลนาคำ จังหวัดยโสธร ไม่เป็นร้อยละ 60.6

2. พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Reduce	3.43	0.74	4.41	0.65	461	-22.606	.000	-1.06576	-.89528
Reuse	3.71	0.77	4.23	0.61	461	-13.713	.000	-.59640	-.44689
Recycle	3.76	0.87	4.25	0.63	461	-12.503	.000	-.56757	-.41338
รวม	3.63	0.66	4.30	0.46	461	-20.794	.000	-.72699	-.60144

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร หลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการ

4. ผลการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว หลังการดำเนินงาน แนวโน้มปริมาณขยะที่คัดแยกลดลง โดยบ้านนาห่อม หมู่ 6 มีปริมาณที่คัดแยกได้มากที่สุดจำนวน 2,640 กิโลกรรม รองลงมาบ้านนาห่อม ม.1 และบ้านหัวขัว หมู่ 3 โดยดำเนินการคัดแยกขยะรีไซเคิลได้มากถึง 1,838 กิโลกรัม และ 1,830 กิโลกรัม ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไป ตัวแทนครัวเรือนชุมชนในตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.7 อายุเฉลี่ย 59.17 + 13.32 ปี ระดับการศึกษา อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.3 อาชีพในปัจจุบัน เกษตรกร ร้อยละ 82.5 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี401,793.50 + 250,347.40 บาท สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 61.3 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 78.6 และการเข้าร่วมของครอบครัวในสมาชิก

กองทุนฌาปนกิจขยะตำบลนาคำ จังหวัดยโสธร ไม่เป็นร้อยละ 60.6 และพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของบุญส่ง อยู่นุ่น[12] ได้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลคูหาใต้ อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม โดยภาพรวมพบว่า มีระดับความรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่ระดับสูง(ร้อยละ 47.42) มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่ระดับสูง (ร้อยละ88.86) และมีระดับพฤติกรรมด้านการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยภาพรวมที่ระดับสูง (ร้อยละ76.86) และ ดังนั้นจึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งประกอบด้วย การสะท้อนสถานการณ์ การกำหนดแนวคิดการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ประกอบด้วย Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และ Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่) และการฝึกปฏิบัติการจัดการขยะ[8] ได้แก่ ขยะย่อยสลาย (Compostable waste) หรือ ขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล (Recyclable waste) ขยะอันตราย (Hazardous waste) และขยะทั่วไป (General waste) คือ ขยะประเภทอื่นนอกเหนือจากขยะย่อยสลาย ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย มีลักษณะที่ย่อยสลายยากและไม่คุ้มค่า สำหรับการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ ตามหลัก 3 R ได้แก่ Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และRecycle (นำกลับมาใช้ใหม่) ตามแนวคิดชุมชนปลอดขยะ[3,5,9] ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ก่อนและหลังการดำเนินการพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร หลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการและผลการจัดการขยะในชุมชนของตัวแทนครัวเรือน ตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว หลังการดำเนินงาน มีการจัดการขยะได้มากขึ้น สอดคล้องกันกับการศึกษาของ อนันต์ ปุรินทะ[10] การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนาชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ระดับการพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ไม่มีความแตกต่างกันและพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา มูลปินใจ[11] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลไหล่หิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่า รูปแบบเสริมสร้างประบวนการมีส่วนร่วมและจิตสำนึกในการจัดการขยะของชุมชน ได้รูปแบบการจัดการขยะ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการจัดอบรมเกี่ยวกับการกำจัดขยะ และการตั้งธนาคารขยะ ส่วนรูปแบบรูปแบบกิจกรรมในการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนต้นแบบที่ช่วย

ลดปริมาณขยะใน การจัดเก็บขยะของเทศบาลตำบลไหล่หิน พบว่า การตั้งธนาคารขยะจะช่วยลดปริมาณขยะและภาระการจัดการขยะของเทศบาล รวมถึงเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมให้เกิดในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอนก ฝ่ายจำปา[13] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ขยะของชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นขยะในครัวเรือน ครัวเรือนไม่มีการคัดแยกขยะ ปัญหาคือขาดความตระหนักและความร่วมมือจากประชาชนและผู้ประกอบการ การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยการลดปริมาณขยะภายในครัวเรือนและจากแหล่งกำเนิด การคัดแยกและ การเก็บรวบรวมขยะ และการนำกลับมาใช้ซ้ำและนำไปกำจัด รวมถึงการจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการ รูปแบบแนวทางในการส่งเสริมให้จัดการขยะแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน และมีรูปแบบแนวทางจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการจัดการขยะในชุมชนควรมีการจัดทำ รูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งประกอบด้วย การสะท้อนสถานการณ์ การกำหนดแนวคิดการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชนตามหลัก 3 R ประกอบด้วย Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และ Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่) และการฝึกปฏิบัติการจัดการขยะ ได้แก่ ขยะย่อยสลาย (Compostable waste) หรือ ขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล (Recyclable waste) ขยะอันตราย (Hazardous waste) และขยะทั่วไป (General waste) คือ ขยะประเภทอื่นนอกเหนือจากขยะย่อยสลาย ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย มีลักษณะที่ย่อยสลายยากและไม่คุ้มค่า สำหรับการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ ตามหลัก 3 R มีแนวโน้มปริมาณขยะที่คัดแยกลดลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างการจัดการขยะตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว ไปใช้ในพื้นที่อื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Katharina Buchholz.(2022). A World of Waste. https://www.statista.com/chart/18732/waste-generated-country/
2. Bruna Alves.(2024). Global waste generation - statistics & facts. https://www.statista.com/topics/4983/waste-generation-worldwide/#topicOverview
3. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). คู่มือชุมชนปลอดขยะ ZERO WASTE. กองส่งเสริมและเผยแพร่ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
4. กรมควบคุมมลพิษ (2565). รายงานสถานการณ์สถานที่กาจัดขยะมูลฝอย ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. ส่วนขยะมูลฝอยชุมชน กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
5. กรมควบคุมมลพิษ (2561). คู่มือปฏิบัติการ 3 ใช้ (3R) เพื่อจัดการขยะชุมชน. http://www.pcd.go.th/file/06-09-61/16.pdf
6. เนทิยา กรีธาชาติ Zero waste แนวคิดขยะเหลือศูนย์. https://www.up.ac.th/TH/NewsReadBlog2.aspx?itemID=24584
7. องค์การบริหารส่วนตำบลนาคำ (2565). ปริมาณขยะและการจัดการขยะ องค์การบริหารส่วนตำบลนาคำ
8. กรมควบคุมมลพิษ (2563). เอกสารการฝึกอบรมหลักสูตร “เทคโนโลยีและการบริหารจัดการขยะมูลฝอย”. https://www.pcd.go.th/garbage/เอกสารการฝึกอบรมหลักสูตร/

9. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 2 ลำปาง.(2564). คู่มือหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอย่างครบวงจร. ส่วนส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อม สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 2 ลำปาง
10. อนันต์ ปุรินทะ.(2566). การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนาชุมชน ตามหลัก 3 R ตาบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566 198-204
11. นิตยา มูลปินใจ.(2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษา เทศบาลตำบลไหล่หิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารวชิ าการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565 118-37
12. บุญส่ง อยู่นุ่น.(2566). พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลคูหาใต้ อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา. รายงานวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมะขาม ตำบลคูหาใต้ อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
13. เอนก ฝ่ายจำปา.(2563). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน –มิถุนายน 2563. 124-42

ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง

Effects of motivational conversation program to support self-management in blood pressure control in uncontrolled hypertensive patients on health behavior and blood pressure level, Hypertension Clinic, Outpatient Department, Khao Wong Hospital.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 21,2024)

จันทร์ทิต เพียรภายลุน[1] ยุวดี คาดีวี[1] พนิตา จิตจักร[1]
Chanthit Phianphayalun[1], Yuwadi Khadiwi[1], Phanita Jitchak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ (The One Group Pretest Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ดำเนินระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2567 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีการสนทนาจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ผ่านกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องตลอด 12 สัปดาห์ แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ คู่มือการจัดการตนเอง แบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้ 2 เรื่อง เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอทดิจิตอล แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกระดับความดันโลหิตก่อนรับโปรแกรม จบโปรแกรมทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติทดสอบ paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การสนทนาสร้างแรงจูงใจ การจัดการตนเองพฤติกรรมสุขภาพ

ABSTRACT

This research was a quasi-experimental research with a single group, measured before and after receiving the program (The One Group Pretest Posttest Design) to study the effects of a motivational conversation program to support self-management in controlling blood pressure in patients with uncontrolled hypertension on health behaviors and blood pressure levels. It was conducted between August and December 2024. The population was 30 patients with uncontrolled hypertension who received treatment at the Hypertension Clinic, Outpatient Department, Khao Wong Hospital. The instruments used consisted of a motivational conversation program to support self-management in controlling blood pressure in patients with uncontrolled hypertension. There were 4 conversations, each one month apart, through continuous self-management promotion activities for 13 weeks, motivational conversation records, self-management manual, self-

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

management practice records for patients with uncontrolled hypertension, 2 educational videos, a standard digital mercury blood pressure monitor, motivational conversation records, health behavior questionnaires, and blood pressure level records before and after the program. The data were analyzed using descriptive statistics, percentages, means, and paired sample t-test.

The results of the study found that uncontrolled hypertensive patients who participated in the motivational conversation program to support self-management in controlling blood pressure in patients with uncontrolled hypertension had significantly higher mean health behavior scores before participating in the program (p<.01). It was also found that uncontrolled hypertensive patients who participated in the program had significantly lower blood pressure levels than before participating in the program (p<.05).

Keywords: Patients with uncontrolled hypertension, Motivational conversations, Self-management of health behaviors

บทนำ

สถานการณ์ของกลุ่มโรค NCDs (Non communicable Diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก [1] มีการรายงานว่า โรคไม่ติดต่อ คร่าชีวิตประชากร ทั่วโลกถึง 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรทั่วโลก) โดยในกลุ่มนี้มีร้อยละ 77 เป็นปัญหาสุขภาพและการเสียชีวิต และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยผลจากการสำรวจข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES) ครั้งที่ 6 พบว่า มีประชากรไทยร้อยละ 48.8 หรือเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่า ตนเองเป็นโรคความดันโลหิต และไม่ทราบตัวเลขและความเสี่ยงของตนเอง (know your number & know your risk) โรคความดันโลหิต ถือเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของคนไทยทั้งในเขตเมืองและชนบท[2] และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องกว่า 16 ล้านคน หรือร้อยละ 82 เป็นผู้เสียชีวิตในช่วงอายุก่อนวัยอันควร (30 - 69 ปี) จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าในขณะนี้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้น และมีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คือ มีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต (HT >140/90 mmHg และ DM & HT > 130/80 mmHg) ได้ 1 ครั้ง ร้อยละ 34.7 ไม่สามารถควบคุมได้ 2 ครั้งติดต่อกัน ร้อยละ 57.3 และไม่สามารถควบคุมได้ 3 ครั้งติดต่อกัน ร้อยละ 69.5 (เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2557) จากการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้หรือไม่ต่อเนื่องนี้เอง จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา นำไปสู่การเกิดโรคถ้าหากไม่ให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญเร่งด่วนที่ต้องควบคุมป้องกัน อีกทั้งการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาเน้นให้การรักษาเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยไม่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของตนเอง

การเกิดขึ้นของภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้นจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่ค่อย ๆ เกิดความผิดปกติขึ้นทีละน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง หัวใจ ไต และตา โดยผู้ที่ไม่ได้รักษาโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 3 เท่า มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคอัมพาตเพิ่มขึ้น 7 เท่า[3] ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สูญเสียเวลาในการติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัว เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียทางระบบเศรษฐกิจ และเป็นภาระของระบบบริการทางสาธารณสุขด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งหากผู้ที่เป็นโรคไม่มีการติดตามรักษา ป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่องก็จะนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิต[3]

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เช่น 1) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกพบว่าอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วโลก มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 6.4 ลิตรต่อคน ซึ่งยังอยู่ในระดับที่ทรงตัวมาตั้งแต่ปี 2553 2) การสูบบุรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งแ ละโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีผลเสียต่อสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ในปี 2559 มีผู้คนกว่า 1.1 พันล้านคนทั่วโลกสูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป (34% ของชายทั้งหมดและ 6% ของสตรีทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้) 3) การรับประทานอาหาร มีส่วนสำคัญต่อการเกิดโรค สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League: WHL, 2018) รายงานว่าประมาณ 30% ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือที่มากขึ้นและมีประมาณ 20% เกี่ยวข้องกับโพแทสเซียมต่ำ (รับประทานผักและผลไม้น้อย) เคลื่อนไหวน้อยเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงประมาณ 20% และโรคอ้วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงประมาณ 30% และ 4) การไม่ร่วมมือในการักษา (non Compliance) หรือการปฏิเสธการรักษา (noncompliance/non Adherence/non concordance)[4]

จากข้อมูลสถิติคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง พบว่า จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2564 – 2566 แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นดังนี้ 2,163 ราย 3,535 และ 5,698 ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (รายใหม่ในปี) เท่ากับ 191 ราย (คิดเป็นร้อยละ 9.11), 247 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.99) และ 438 ราย (คิดเป็นร้อยละ 7.69) ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือด (รายใหม่ในปี) เท่ากับ 20 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.92), 21 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.59) และ 41 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.72) ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง (รายใหม่ในปี) เท่ากับ 34 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.57), 16 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.45) และ 50 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.88) ตามลำดับ ระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)[5] จากการศึกษาการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเขาวง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก, การสนทนากลุ่ม และการสังเกตผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพในคลินิกความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุภาพที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหารและการปรุงอาหารสาเหตุจากความเคยชิน ผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ยังมีภาวะเครียดจากภาระหนี้สิน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ควรได้รับการส่งเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลรายกรณีในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง มองเห็นปัญหาและสนใจ พัฒนาวิธีการบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่ายที่สุดคือทำอย่างไรจึงจะให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มาพบแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่สำคัญที่จะเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและสร้างความร่วมมือ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักการควบคุมความดันโลหิตสูงทำได้โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมกับการรักษาด้วยยา[6] ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจะต้องมีเป้าหมายและแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ การให้สัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ คือ การสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลักเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่งเกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและเห็นใจกัน นอกจากนี้ MI ยังแสดง

ให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการควบคุมความร่วมมือ และได้รับการแนะนำโดย American Association of Diabetes Educators MI เป็นกลยุทธ์ที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในความพยายามที่จะควบคุมความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพตนเองรวมทั้งชี้แนะให้กับบุคคลอื่น ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี และการจัดการความรู้ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการถอดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ฝังอยู่ในตัวบุคคลออกมาเป็นองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งจะได้รูปแบบกระบวนการที่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความตั้งใจและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีกว่าก่อนทดลอง[6] ทั้งนี้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งบุคคลต้องมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และเชื่อว่าหากปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดผลเป็นความตั้งใจที่จะทำให้บุคคลสามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ตามแนวทางการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเป็นแนวทางที่แสดงถึงการรักษาแบบง่าย ๆ เน้นการใช้ต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลกระทบที่สำคัญในการป้องกันลดความดันโลหิตสูงและลดโรคแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ (The One Group Pretest Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ดำเนินระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงของวัยผู้ใหญ่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี บริการคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง 2) ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ คือมีประวัติการวัดระดับความดันโลหิตสองครั้งล่าสุดจากสถานพยาบาล พบว่า โดยมีค่าซีสโตลิค ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าไดแอสโตลิค ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท การพิจารณาระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงใช้เกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ที่ผ่านมา 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ 4) ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ 5) มีช่องทางให้สามารถติดต่อสื่อสารได้ ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ หรือแอพพลิเคชั่นไลน์ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ รุนแรงขณะเข้าร่วมโปรแกรม 2) ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ 3) ไม่มีช่องทางการติดต่อสื่อสาร 4) ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากการวิจัย ภูเบตร พัฒนากร (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาล ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาล ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 12 และ 15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังใช้โปรแกรม เท่ากับ 1.93 และ 0.00 ตามลำดับ เมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.1

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD $= \frac{1.93 + 0.00}{2} = 0.96$

ผลต่างคะแนนความรู้ (เดลต้า) $= 15 - 12 = 3$

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \acute{o}^2}{\triangle^2}$$

Standard deviation (ó) = 0.96

Differenced data between 2 group ($\triangle$) = 3

Alpha (α) = 0.05

Beta (β) = 0.20

n = 5

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอปรับกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation)และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 12 การโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick (1991) เป็นการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วยการสนทนาจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง และการประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง

2. คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3. สื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 2 เรื่อง ประกอบด้วย

3.1 ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา

3.2 การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม วิธีการผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

4. แบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ประกอบด้วย

4.1 เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการปฏิบัติการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา มีลักษณะแบบเติมข้อความ

4.2 การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นจริงเป็นรายวัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกด้วยตนเองทุกวัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

5. แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยารักษาความดันโลหิตสูงที่รับประทาน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 30 ข้อ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 11 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 8 ข้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด 5 ข้อ และพฤติกรรมการรับประทานยา 6 ข้อ ลักษณะคาตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 3-4 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติ

กิจกรรมในข้อนั้น 1-2 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลย

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน	4 คะแนน

แปลผลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนจะอยู่ในช่วง 40-120 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำ หมายถึง คะแนนที่อยู่ในช่วง 40-66 คะแนนปานกลาง หมายถึง คะแนนที่อยู่ในช่วง 67-93 คะแนนสูงหมายถึง คะแนนที่อยู่ในช่วง 94-120

3. แบบบันทึกระดับความดันโลหิต

4. เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอทดิจิตอล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86 การทดสอบความเชื่อมั่น(reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอทดิจิตอลทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยการสอบเทียบเครื่องมือวัด (Calibration) เพื่อเปรียบเทียบค่าที่ได้จากเครื่องมือกับค่ามาตรฐาน และนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ไปทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยนำไปทดสอบกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample test เนื่องจากหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบชนิด Paired Sample test เนื่องจากหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เชิญกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการชี้แจงรายละเอียดระยะและกระบวนการรวบรวมข้อมูลระยะเวลา รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้นหากกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีรายชื่ออยู่ในบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็นโรคความดันในคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จำนวน 30 ราย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยารักษาความดันโลหิตสูงที่รับประทาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.66 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.63 ปี (SD=3.35) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.33 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.66 มีการประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.66 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.66 และค้าขาย ร้อยละ 20.00 ซึ่งมีรายได้ที่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.33 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเป็นโรคส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.66 รองลงมาคือ มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 26.66 และส่วนใหญ่รับประทานยาความดัน 2 ชนิด ร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ 1 ชนิด ร้อยละ 26.66

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ ($\overline{X}$ =105.29, SD = 6.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบชนิด Paired test พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯมี ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($\overline{X}$=139.38, SD = 11.88 และ $\overline{X}$ = 81.38, SD = 10.56 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ ($\overline{X}$=130.25, SD = 9.10 และ $\overline{X}$= 70.17, SD = 6.21 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งสองค่า ดังตารางที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จำนวน 30 คน ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยที่คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้แนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ [7]เป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคคลากรทางสุขภาพ โดยได้มีกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ ผ่านสื่อวีดีทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูติพัฒนะ[8] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า 1. พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการรับประทานอาหาร ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักกาด ผักคะน้า เป็นต้น (ร้อยละ 73.24 และ73.53) ด้านการออกกำลังกาย ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือการทำงานออกแรงจนเหงื่อออกแทนการออกกำลังกาย SEP (ร้อยละ 53.52 และ 53.36) ด้านความเครียด ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ เมื่อมีอาการปวดศีรษะ หรือคิดมากในเรื่องต่าง ๆ ท่านพักผ่อนเพื่อการผ่อนคลาย (ร้อยละ 73.24 และ 73.53) 2. ปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

ในขั้นตอนของการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังจากที่ผู้วิจัยได้เตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ การดูสื่อวีดีทัศน์ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีกายบริหาร ฝึกการจัดการกับความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่ต้องทำงานหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ทาให้ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่เป็นวัยที่มีศักยภาพทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญาในการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีวุฒิภาวะในการตัดสินและประเมินสิ่งต่างๆ ได้จากประสบการณ์ ตลอดจนปฏิบัติการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้มีการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติการจัดการ

ตนเองขณะอยู่ที่บ้านทุกวัน เพื่อส่งเสริมให้มีการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และให้แรงเสริมตนเองตามความเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน ร่วมกับมีการโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล คือ มีการติดตามโทรเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 3, 7 และ 11 เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามตนเอง (Self-monitoring) และการประเมินตนเอง (Self-evaluation) ผ่านการพูดคุยเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรค์ในการปฏิบัติการจัดการตนเองที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบจากบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองที่กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกไว้ทุกวัน มีการให้กำลังใจและให้กลุ่มตัวอย่างมีการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ว่าจะสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จได้ ซึ่งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ดี เนื่องจากสะดวกรวดเร็ว ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ปัญหา ให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวัฒน์ วงค์พุทธคำ[9] ที่ได้ทำการศึกษาถึงผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน่าน จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง 15 คนได้รับแผนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย ติดตามเยี่ยมบ้าน สลับกับการโทรติดตามเยี่ยมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง โดยการให้ผู้ป่วยมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้วยของตนเอง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับการจัดการตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ ถาดแสง (2554) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้โปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ ยังมีการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในสัปดาห์ 4, 8 และ 12 โปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามตนเอง (Self-monitoring) และการประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ดังตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งที่มีปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยา เนื่องจากไม่แน่ใจว่าในวันนั้นตนเองได้รับประทานยาไปแล้วหรือยัง จึงได้มีสมาชิกภายในกลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะโดยการให้เขียนวันที่กำกับไว้ที่แผงยา จะทำให้รู้ว่าในแต่ละวันรับประทานยาไปแล้วหรือไม่ หรือ เตรียมยาไว้ให้พร้อมก่อนรับประทานอาหารเมื่อรับประทานอาหารเสร็จ จะได้ไม่ลืมว่ามียาที่ต้องรับประทานต่อ เป็นต้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยการเลือกผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง ให้คาชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อให้แรงเสริมทางสังคม ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์[7] ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิ

ใจในตัวเอง เกิดแรงจูงในในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ มีระดับความดันโลหิตต่ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยที่ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ ต่ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาของการเป็นโรคส่วนใหญ่ระหว่าง 1-5 ปี ส่วนใหญ่มีการรับประทานยาความดัน 1 ชนิด ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเป็นโรคส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่รับประทานยาความดัน 2 ชนิด ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นโรคที่นาน และมีความรุนแรงของโรคที่มาก จึงมีความจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูติพัฒนะ[8] ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น เช่น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการรับประทานยาหรือฉีดยาอย่างเดียวไม่เพียงพอแต่ต้องควบคุมการรับประทานอาหารร่วมด้วย นอกจากนี้ ต้องควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตเพื่อไม่ให้เกิดความพิการและต้องรักษาโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่ควรรับประทานยาหม้อหรือยาของหมอบ้าน นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ยังพบว่า การที่ผู้วิจัยใช้การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และกาลิก-บายส์[7] ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีการติดตามตนเอง ประเมินตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเสริมแรงตนเองเพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ควรปฏิบัติ 4 ด้าน คือ ในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะได้รับการส่งเสริมโดยการกระตุ้น อำนวยความสะดวก ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา จากผู้วิจัย ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งทำให้ความดันซิสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค

ของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าควบคุม และต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ หวานคา และคณะ[10] ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 80 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองแบบประยุกต์ การใช้ยา การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของ

ตนเอง ประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยมีส่วนช่วยเหลือให้เกิดกระบวนการดังกล่าว โดยการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ กระตุ้น อำนวยความสะดวก ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนปฏิบัติ ค้นหาอุปสรรค์ และปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามที่กำหนดเป้าหมายไว้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นแรงเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางแก่พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และสามารถพัฒนาโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ ไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

2. ทางด้านการบริหาร ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

3. ควรมีการศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ ในระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจฯ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health organization. (2022). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES) ครั้งที่ 6.
3. ธาริณี พังจุนันท์ และนิตยา พันธุเวทย์. (2556). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2556. Retrieved 2024 May 23 from http://thaincd.com/document/file/news/announce -ment/_message % 20HT%2012%2004%2012_update.pdf
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558).ความหมายความดันโลหิตสูง (Hypertension).
5. โรงพยาบาลเขาวง. (2566). สถิติคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง
6. อัญชลี เกาะอ้อม. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการออกกำลังกายต่อความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), Helping people change: A text book of methods. (4th ed.). New York: Pergamonpress
8. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, และนิรชร ชูติพัฒนะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(1), 110-128.
9. ศิริวัฒน์ วงค์พุทธคา. (2552). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 36(3), 125-136.
10. จันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ และ ศิริพร ขัมภลิขิต. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 42(1), 49-60.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง

Effectiveness of Family Support Programs to Promote Medication Compliance among Schizophrenia Patients in the Community of Khao Wong Hospital.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 21,2024)

กานดา ศรีโพธิ์ชัย[1] ธัญญาลักษณ์ ไชยสุขมอลเลอร์[1]
Kanda Sripochai[1] Thannalak Chaisukmoller[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design) เพื่อศึกษามีการทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาวง ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเขาวง และผู้ดูแลที่บ้าน เลือกแบบเจาะจง ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบบันทึกร้อยละอาการกำเริบ และแบบบันทึกร้อยละการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = - 20.89; p = .000) โดยที่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ (Mean = 79.33, SD =3.36) อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมฯ มีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีอาการทางจิต จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 ไม่พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 และผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82

คำสำคัญ : พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา/ผู้ป่วยโรคจิตเภท/การสนับสนุนครอบครัว

ABSTRACT

This research was quasi-experimental research with a single group. Measurement before and after the experiment (The One Groups, Pre-test, Post-test Design) to study the results before and after the experiment. To study the effectiveness of the family support program in promoting cooperation in drug treatment among schizophrenia patients in the community. Khao Wong Hospital The sample population was schizophrenia patients with uncooperative behavior in taking medication who were admitted to Khao Wong Hospital. and caregivers at home Choose specifically Between June 2024 - August 2024, The tool used to select the sample was a mental symptom assessment form. Measurement of drug use behavior according to treatment criteria the tools used to collect data include personal information records. Drug use behavior assessment form according to treatment criteria Satisfaction scale for schizophrenia patients Record of percentage of relapse symptoms and a form recording the percentage of repeat treatment Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

The results of the research found that the results of comparing the differences in the mean scores of cooperative behaviors in taking medicine. Before implementing the program and after the end of the program, using t-test statistics, it was found that the mean scores of cooperative behaviors in taking medicine before and after the program were significantly different (t = - 20.89; p =. 000) where the average score of cooperative behavior in taking medicine after the end of the program Higher than before the program was implemented (Mean = 79.33, SD =3.36). Symptoms worsened from lack of cooperation in drug treatment among schizophrenia patients after the program was implemented. There were 4 people with normal mental symptoms, accounting for 18.18 percent, and 18 people with psychotic symptoms, accounting for 81.82 percent. There were no schizophrenia patients who returned to the hospital for treatment within 28 days, accounting for 100 percent. Schizophrenia patients had a moderate level of satisfaction, 4 people, accounting for 18.18 percent, and a high level of satisfaction, 18 people, accounting for 81.82 percent.

Keywords: cooperative behavior in taking medication/schizophrenia patients/family support

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง มีการระบาดของยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศ มีปัญหาสุขภาพจิต[1] ก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศในปี พ.ศ. 2547 ปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลในสังคม[2] จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ประมาณร้อยละ 0.8 โรคซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 2.8 โรคจิตเภท (Schizophrenia) นับเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 20[1] ปัจจุบันมีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงสะเทือนขวัญ ซึ่งพบได้ตามสื่อต่าง ๆ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งของผู้ก่อเหตุพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบปัญหาการก่อความรุนแรงร้อยละ 4.1 โดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดยา การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปัญหาการใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมถึงขาดการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ[2]

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม อาการของโรคจิตเภทแยกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) อาการทางบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผนและพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ 2) อาการด้านลบ ประกอบด้วย อารมณ์ที่อ เฉยเมย ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจและไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว 3) อาการด้านการรู้คิด ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผนลดลง ความสามารถในการคงความใส่ใจลดลงและความจำเพื่อใช้งานบกพร่อง แนวทางหลักในการรักษาโรคจิตเภท คือ ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics drug) ช่วยควบคุมอาการ อีกทั้งยังสามารถลดการกำเริบและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย[1]

การกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง “การเกิดขึ้นของอาการทางจิตจากความผิดปกติของจิต ซึ่งระดับของอาการทางจิตที่ผิดปกติจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งมีอาการที่เพิ่มมากขึ้นและแย่ลงของอาการด้านบวก”5 การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ความผิดปกติทางสมองและอาการทางจิตของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นหาย อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อ

ครอบครัวในการเป็นภาระในการดูแลรักษาผู้ป่วย พบรายงานการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลเขาวง ในปี 2566 ภายใน 28 วันและ 90 วันหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาลแม่ข่ายร้อยละ 7.23 และ 15.19 ตามลำดับ[3] ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำได้แก่ การไม่ร่วมมือในการรักษา การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้สูงอายุ[4] และสาเหตุการกลับเป็นซ้ำมีทั้งหมด 6 สาเหตุ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาจิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ไม่ยอมกินยาเพราะคิดว่าไม่ได้ป่วย กลัวเกิดผลข้างเคียงของยา กลัวจะติดยา และคิดว่าตนเองหายแล้ว 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของผู้ป่วย 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่ายท้อในการดูแล และ 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ[5] ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของสังคมแต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชต้องการให้ทุกคนเห็นคุณค่า ต้องการอยู่ร่วมกับครอบครัวกับคนที่เขารัก หากเพียงคนใกล้ชิดหรือคนในชุมชนให้โอกาส ให้กำลังใจ การทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชได้

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท นั้น ประกอบด้วย 1) การเพิ่มแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการรักษาด้วยยา 2) การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีกลุ่มสนับสนุนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท และการมีคลินิกให้คำปรึกษาเรื่องยาโดยเฉพาะรวมถึงการให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย 4) การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ 5) การพัฒนากล่องเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท 5) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท[5]

บริบทการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้านชุมชนที่แตกต่างกันจะประสบปัญหาการดำเนินงานที่แตกต่างกัน จะต้องปรับประยุกต์ทรัพยากรและกลวิธีในการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ปัญหาที่พบในการทดลองใช้นวัตกรรมในพื้นที่ขนาดเล็กนี้ประกอบด้วย ปัญหาขาดอินเทอร์เน็ต ปัญหาทัศนคติของประชาชน ปัญหาขาดการมีส่วนร่วมและทักษะ การดำเนินงานของ อสม. โดยเฉพาะ อสม.สูงวัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกระบวนการในขั้นตอนแรกของการดำเนินการ คือ ขั้นตอนการประเมินสุขภาพจิตประชาชน ขั้นตอนต่อจากนั้นเป็นการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข คือการประเมินซ้ำ การส่งต่อ การตรวจรักษาโดยแพทย์ การส่งกลับ ส่วนใหญ่ไม่ประสบปัญหาในทางปฏิบัติ โดยจะประสบปัญหาอีกครั้งในขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน[6]

การมีส่วนร่วมโดยชุมชนกับ ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยจิตเภทเป็นศูนย์กลาง ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท[7] การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเป็นกรอบแนวคิดโดยเสนอรูปแบบการดูแลที่บ้านด้วยสมมุติฐานที่ว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการตัดสินใจในการเลือกสถานบริการของตนเอง พบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ พบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แกนนำในชุมชนเป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพ

ชุมชนให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการและติดตามประเมินผลในและการใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต[9]

ดังนั้น เพื่อให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ศึกษาและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงนำแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวมาปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานก่อนการนำมาใช้และศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง เพื่อเป็นรูปแบบแนวทางในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชนโรงพยาบาลเขาวง
2. เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลเขาวง
3. เพื่อศึกษาอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรค
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชนโรงพยาบาลเขาวง

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่เข้ารับการรักษา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ DSM-IV TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) และมีการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก[10] และได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านโรคจิตที่โรงพยาบาลเขาวง ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - เดือนสิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาที่เข้ารับการรักษา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ DSM-IV TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) และมีการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Reversion [ICD-10] (World Health Organization[10] และได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านโรคจิตที่โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 22 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ทั้งชายและหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร[11] คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 62 คะแนน 3) ไม่มีอาการทางจิตรุนแรงประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิตคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 4) ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก 5) มีญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง 2) ระว่างการวิจัยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis[12] การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการ Power analysis ของโคเฮน โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของ จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ[13] จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.2 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน ซึ่งเพียงพอตามข้อกำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินอาการทางจิต ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์ออลและกอร์แฮม[14] แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์[15] ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไป 10 ข้อ อาการด้านบวก 6 ข้อ และอาการด้านลบ 2 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า มีระดับการวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีอาการรุนแรงมากเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน โดยคะแนน 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต คะแนน 19 – 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยในแบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.62 – 0.87

1.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดของสรินทร เชี่ยวโสธร ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของเพชรี คันธสายบัว[16] โดยอาศัยแนวคิดของฟาร์เรจเฮอร์[17] มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ข้อที่ 1- 9 เป็นด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ใช้วิธีการสัมภาษณ์ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบอย่างละ 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้พัฒนามีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และมีการตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .87 และรายด้านเท่ากับ .81 และ.85 และการวิเคราะห์รายข้อพบว่าทุกคำถามมีความสัมพันธ์กันทางบวกคือมีค่ามากกว่า .20 ทุกข้อ [11] ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 เมื่อนำเครื่องมือนี้ไป ทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 10 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยใช้

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมใช้เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบบบันทึกมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะแบบบันทึกเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประวัติการรักษาด้วยยา

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้วิจัยดัดแปลงจาก สรินทร เชี่ยวโสธร[11] ประกอบด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเองใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือคำถามข้อ 1 – 9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10 -18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อได้แก่ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ

คะแนน 24 -48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับสูง

2.3 แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมฯ ซึ่งมีตัวเลขระดับของความพึงพอใจให้เลือกตั้งแต่เลข 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ตัวเลข 1 - 3 พึงพอใจน้อย

ตัวเลข 4 – 6 พึงพอใจปานกลาง

ตัวเลข 7 – 10 พึงพอใจมาก

2.4 แบบบันทึกร้อยละอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลเขาวง

2.5 แบบบันทึกร้อยละการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเขาวง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชนโรงพยาบาลเขาวง เป็นโปรแกรมสำหรับรายบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที ดำเนินกิจกรรมทุกวัน รวมเป็นเวลา 12 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความเหมาะสมของวิจัยโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชนโรงพยาบาลเขาวง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที ดำเนินกิจกรรมทุกวัน รวมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวงดังกล่าวมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 2 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของรูปแบบ

การพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมฯ แบบบันทึกร้อยละอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และแบบบันทึกร้อยละการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98, .89, .88 และ .96 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 10 ราย ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .86, 89, .88 และ .92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละ วิเคราะห์อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการประเมินอาการทางจิตโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรม โดยการแจกแจงความถี่

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบ t-test ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnove Test พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.18 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.09 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 86.36 และประวัติการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = - 20.89$; $p = .000$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ (Mean = 79.33, SD =3.36)

2. ข้อมูลอาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต ก่อนการใช้โปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 และมีอาการทางจิต จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 หลังการใช้แโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง มีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีอาการทางจิต จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82

3. ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิต ก่อนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันแล้วต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 (ข้อมูลเดือนพฤษภาคม 2567) หลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง ไม่พบผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 100

ข้อมูลความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง หลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.89$; $p = .000$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ (Mean = 79.33, SD =3.36) ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากในการให้บริการของบุคลากรผู้ปฏิบัติจะได้มีการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยา การให้ความรู้เรื่องยา รวมถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ทั้งนี้ในการให้บริการยังขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถติดตามผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ผู้ป่วยบางรายฐานะยากจนไม่มีโทรศัพท์มือถือใช้ส่วนตัว การติดตามผ่านผู้นำชุมชนผ่านทางโทรศัพท์บางครั้งผู้นำชุมชนไม่ได้เห็นความสำคัญของการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท การติดตามผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางครั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช ไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงทำให้ไม่สามารถที่จะติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง หลังการนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวงไปใช้ ซึ่งพบว่าหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวงแล้ว ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาของโรคจิตเภท รวมถึงการปฏิบัติตัว

ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถที่จะรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการลดความวิตกกังวลจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกฤติยา กุลศรีและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์[18] ที่กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์ที่ดีขึ้น และการศึกษาของ เดอ โซซา, เคอร์เวย์, และ โซนาเวน[19] ที่กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นหัวใจสำคัญของการทำให้การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงครึ่งหนึ่ง

2. อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต หลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง ลดลงผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีอาการทางจิต จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง (คะแนนระหว่าง 19- 36 คะแนน) สามารถที่จะปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง มีการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตที่ดีขึ้นมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนนเท่ากับ 18 คะแนน) ทั้งนี้มีผลสืบโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง มีกลยุทธ์ในการกระตุ้นส่งเสริมในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาด้วยยา รวมถึงการร่วมอภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาด้วยยา และการให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับการรับประทาน การกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถที่จะบอกได้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยาและผู้ศึกษาได้ให้ความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้และไม่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น

3. การกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันและต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 9.30 (ข้อมูลเดือนพฤษภาคม 2567) และหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง มีกลยุทธ์ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

นอกจากนี้ยังมีการให้บริการหลังการตรวจเสร็จ การให้ความรู้ให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยารวมถึงวิธีการแก้ไข การให้คำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงการให้บริการให้คำปรึกษาในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกเป็นภาระต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาโรคจิตเวช ทำให้สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรคลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี ทับแสง[20] ที่พบว่า ครอบครัวที่ผู้ดูแลมีทักษะในการการ

บริหารยาที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 มีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง ในระดับมากจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 พบว่า การใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวง เป็นการปฏิบัติตามโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบจากทีมพัฒนาโปรแกรมในการนำ โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวงนั้น มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาและการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติมีความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งให้ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่เกิดอาการกำเริบของโรครวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ก่อนถึงวันนัด 3 วัน ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมาตรวจตามนัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อะคอสตาร์, เฮอนานเดซ , เปเรร่า, เฮเรร่า, และโรดิเกซ[21]

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวงไปใช้ในการให้บริการ อาจเพิ่มเติมการพัฒนาสื่อวิดีโอ เพื่อให้พยาบาลสามารถฝึกปฏิบัติ

2. นำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวงไปใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อเพิ่มศักยภาพและการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน

3. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในขุมชน โรงพยาบาลเขาวงในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกรายที่ไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วย บริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. บียอนด์ พับลิสซิ่ง.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
3. โรงพยาบาลเขาวง. (2566). รายงานผู้ป่วยโรงพยาบาลเขาวง. โปรแกรม HospXP. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลเขาวง.
4. สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2016). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. J Psychiatr Assoc Thail [Internet]. 2016; 61(4): 331–40.
5. ขจีรัตน์ ปรักเอโก และคณะ. (2559).คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
6. กายสิทธิ์ แก้วยาศรี. (2565). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ;15(2):328-42

7. เปรมฤดี ด้ารักษ์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. สมาคมนักวิจัย. 2557; 19(2): 92–103.
8. อรสา วัฒนศิร, เสาวภา ศรีภูสิตโต. The Development of Process of Continuity Care in Schizophrenia Patient by Interdisciplinary Team and Care Giver Network of Kamphaeng Phet Hospital. กองการพยาบาล. 2556;40(1): 67–83.
9. Posri A. (2018). Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenic Patients: Study of Nongnasang Community. J R Thai Army Nurses. 2018; 19(August): 239–47
10. The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Reversion [ICD-10] (World Health Organization [WHO], 1994
11. สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอา นาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39, 175-191
13. จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, และวัฒานาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์. (2556). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
14. Overall, J. E., & Gorham, D. R., (1962). The brief psychiatric rating scale. Schizophrenia Report, 10, 799-812.Peterson, 1983
15. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2546). Brief psychotric rating scale (BPS). ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์
16. เพชรี คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
17. Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. Iris Medication Journal, 92(6), 392-394.
18. สุกฤติยา กุลศรี, และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2552). การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 3(2), 31-41.
19. De Sousa, A., Kurvey, A., & Sonavane, S. (2012). Family psycho education for schizophrenia: A Clinical Review. Retrieved from http://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/ viewFile/196/155.pdf
20. วารุณี ทับแสง. (2554). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
21. Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., & Rodríguez, C. J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. World Journal of Psychiatry, 2(5), 74-82.doi:10.5498/wjp.v2.i5.74

รูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

A Model of Care Service Management for Children with ADHD Through Family and Community Participation, Yangsisurat District, Mahasarakham Province

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง[1] สาธิตา เรืองสิริภคกุล[2] อนุชา ไทยวงษ์[3]ประครอง ประกิระนะ[1]กัลยาณี ประทุมทอง[1]
ธัญญามาศ เทพสาร[4]
Janphen Sawangthaisong[1] Sathita Ruengsiriphakakul[2] Anucha Taiwong[3]Prakrong Prakirana[1]
Kulayanee Pratumtong[1] Thanyamas Tepsarn[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมและอาการข้างเคียงของยา แบบประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังดำเนินการเกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานคือ 3C4R Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ครู และเครือข่ายทีมสุขภาพในการดูแล (Collaboration, C) การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครองเด็กในการปรับพฤติกรรมเด็กร่วมกับการใช้นวัตกรรมสื่อเทคโนโลยี (Competency, C) การติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา (Careful monitoring, C) การคัดกรองและการค้นหาเด็กสมาธิสั้นในพื้นที่โดยครู ผู้ปกครองและทีมสุขภาพ (Realized screening, R) การจัดระบบบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (Readiness system, R) การติดตามพฤติกรรมเด็กที่บ้านและโรงเรียน(Regulation, R) และการมีแนวทางปรึกษาส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย (Referral system, R) ผลการดำเนินการพบว่า ผู้ปกครองและครูได้รับการอบรมครอบคลุมทุกกิจกรรมทุกคนทั้งผู้ปกครองและทีมสุขภาพสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้องร้อยละ 100 บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลเด็กได้ครอบคลุมร้อยละ 100 และพบว่าเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในรายที่พบปัญหาเร่งด่วนได้รับการส่งต่อทุกราย รวมทั้งไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาและอาการข้างเคียงรุนแรง ผู้ปกครอง ครู และทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการในระดับดีมาก

คำสำคัญ รูปแบบ เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

This action study aims to develop and evaluate a care model for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), incorporating family and community participation in Yangsisurat District, Mahasarakham Province. Research tools included focus group discussion guides, general information questionnaires, ADHD care assessment forms, ADHD behavior assessment forms, follow-up and medication side effects record forms, and satisfaction

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[2] นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[3] อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: Anucha@smnc.ac.th
[4] นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

surveys. The study was conducted from October 2021 to September 2023, with data analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research findings revealed a practical and contextually aligned model for ADHD care, termed the 3C4R Model, which integrates family, teacher, and health network collaboration (Collaboration, C); capacity building for teachers and parents in behavior modification, supported by technology-based innovation (Competency, C); careful monitoring of medication side effects (Careful monitoring, C); ADHD screening by teachers, parents, and health teams (Realized screening, R); the establishment of a multidisciplinary care system within child mental health clinics (Readiness system, R); behavioral monitoring at home and school (Regulation, R); and a referral system for inter-hospital consultations (Referral system, R). The study showed that all parents and teachers received comprehensive training, achieving a 100% adherence rate in care practices among parents and health teams. Healthcare personnel provided complete coverage for ADHD care, resulting in improved behaviors among children with ADHD. Cases requiring urgent attention were referred appropriately, and no incidents of medication allergies or severe side effects were reported. Parents, teachers, and health teams expressed high satisfaction with the ADHD care system.

Keywords: Model, Children with ADHD, Family and Community Participation

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการที่เกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง[1] ซึ่งส่งผลให้มีปัญหาในการควบคุมตนเอง พบได้บ่อยโดยเฉพาะในวัยเด็กและวัยรุ่น โดยมีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม 3 ด้าน[2] ได้แก่ 1) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) 2) อาการขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และ 3) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattention) จากการสำรวจพบว่าทั่วโลกมีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 1.6[3] ประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกในเด็กอายุ 2-17 ปี ร้อยละ 8.4[4] สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 8.1 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3 ต่อ 1[5] ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบบูรณาการทั้งการใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม[6, 7] โดยเฉพาะการเลี้ยงดูโดยผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติต่อเด็กอย่างเหมาะสม[7, 8] รวมถึงมีการปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนโดยครูและเพื่อนนักเรียนร่วมชั้น ร่วมโรงเรียน[9] ซึ่งเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีสมาธิในการเรียนดีขึ้น มีความร่วมมือในการทำกิจกรรม และลดปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งที่บ้าน ในชั้นเรียนและในโรงเรียน ซึ่งจะช่วยพัฒนาให้เด็กกลุ่มนี้สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและสังคมได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเติบโตเป็นวัยผู้ใหญ่ได้ตามพัฒนาการของชีวิต

โรงพยาบาลยางสีสุราชเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ยังไม่มีการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านจิตเวชเด็ก 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก บกพร่องทางการเรียน และสมาธิสั้น ซึ่งมีความจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อไปเข้ารับการวินิจฉัยรักษาโดยจิตแพทย์ กุมารแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทางด้านเด็กและวัยรุ่นที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งมีระยะทางห่างไกลถึง 80 กิโลเมตร ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความลำบากในการเข้าถึงการรักษากับแพทย์เฉพาะทาง ผู้ปกครองต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางไปโรงพยาบาลมหาสารคาม และเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ผู้รับบริการมีจำนวนมาก ต้องรอคิวนาน ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นบางคน มีความจำเป็นต้องเดินทางไปรับการตรวจประเมินพฤติกรรมและภาวะสุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุประกอบการวินิจฉัยรักษาติดต่อกันหลายรอบในหนึ่งเดือน เช่น ไปตามนัดตรวจพัฒนาการ ตรวจการได้ยิน ตรวจไอคิว นัดติดตามพฤติกรรม หลังรับยา ปรับยา และนัดตรวจเฉพาะทาง เฉพาะโรคจิตเวชเด็ก แล้วแต่กรณี ซึ่งมีเด็กสมาธิสั้น จำนวน 30 คน ซึ่งต้องส่งต่อไปรับการรักษากับจิตแพทย์เด็ก และแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงเกิดผลกระทบต่อ

ผู้รับบริการความไม่สะดวกในการเดินทางเข้าไปรับบริการ และการรักษาในตัวจังหวัด ทำให้ผู้ปกครองไม่มีความพร้อมในการพาเด็กเข้ารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เด็กขาดนัดขาดยา อีกทั้งผู้ปกครองบางกลุ่มมีความเข้าใจไม่ถูกต้องคิดว่าลูกหลานหายดีแล้ว เมื่อเด็กได้รับการรักษาได้ระยะหนึ่งและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ผู้ปกครองจึงไม่พาเด็กไปรับยาต่อเนื่อง ผู้ปกครองบางคนยังขาดความพร้อมในการดูแลเด็กอย่างถูกต้องที่บ้าน ขาดการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย เช่น ไม่มีการกำหนดกฎระเบียบในบ้าน กำหนดหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวตามวัย ปล่อยให้เด็กเล่นเกมส์ตลอดทั้งวัน การใช้สื่ออิเล็กโทรนิคโดยเฉพาะโทรศัพท์มือถือมากเกินไป ส่งผลให้มีจำนวนของเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น และขาดการปรับพฤติกรรมเด็กที่เหมาะสม ชุมชน เพื่อนนักเรียน ครู ขาดความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนที่เหมาะสม ปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นไม่เหมาะสม เช่น การบลูลี่ กลั่นแกล้ง รังแก และการแบ่งแยกโดยการไม่เล่นด้วย ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมในทางลบ ก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลชุมชน มีการนำเข้ายาสมาธิสั้น และให้บริการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น ในปี พ.ศ.2564 จึงเริ่มดำเนินงานตามนโยบาย แต่เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กยังไม่มีแพทย์เฉพาะทาง พบว่ายังจำเป็นต้องส่งเด็กเข้าไปรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2565 โรงพยาบาลยางสีสุราช ได้มีกุมารแพทย์ที่ย้ายมาปฏิบัติงานจึงได้มีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตเด็กขึ้นมาอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางกุมารแพทย์ เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยรักษา โดยมีเครือข่ายพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลมหาสารคาม และร่วมวางแนวทางในการส่งต่อรักษาภายในเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม แต่อย่างไรก็ตาม ในปี 2566 ได้กุมารแพทย์ได้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลอื่น ทำให้ผู้ป่วยเด็ก โรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ มีความจำเป็นจะต้องเดินทางไปพบแพทย์รับการรักษากับกุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & MC Taggart[10] เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ได้แก่ กลุ่มทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยางสีสุราช เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครูอนามัยโรงเรียน เพื่อนนักเรียนร่วมชั้นร่วมโรงเรียนกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น

2) ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น จำนวน 30 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสามธิสั้นโดยกุมารแพทย์ มีอายุระหว่าง 6-12 ปี และมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และดื้อ/ต่อต้าน มี

เกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาซับซ้อนได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นหรือย้ายที่อยู่อาศัยไปยังพื้นที่อื่น

3) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักเด็กที่มีปัญหาสมาสั้น จำนวน 30 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และดื้อ/ต่อต้าน และยินดีเข้าร่วมการศึกษา และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วม หรือทำกิจกรรมตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด 4 ข้อ เกี่ยวกับสภาพปัญหา สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น และความต้องการในการพัฒนา

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นช่องว่างแบบเติมคำ ประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น เกี่ยวกับ เพศ อายุ ประวัติการคลอด ประวัติด้านพัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วย ปัญหาพฤติกรรมเด็กก่อนเข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา ระยะเวลาในการรักษาที่ผ่านมา และรายละเอียดผู้ปกครอง ประกอบด้วย รายละเอียดความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ การศึกษา อาชีพ ปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลเด็ก

3. แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็ก ฉบับภาษาไทยซึ่งพัฒนาโดยชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ[11] ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น เช่น การสื่อสาร การให้คำชม การทำโทษอย่างเหมาะสม ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ (ไม่เคย=1, บางครั้ง=2, บ่อยครั้ง=3) มีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 20-60 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมสูงหมายถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้นนั้นมีความเหมาะสม

4. แบบประเมินพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ฉบับภาษาไทย[12] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านขาดสมาธิ (9 ข้อ) ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (9 ข้อ) และด้านดื้อ/ต่อต้าน (8 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ (ไม่เลย=0, เล็กน้อย=1, ค่อนข้างมาก=2, มาก=3) การแปลผลโดยรวมคะแนนของแต่ละด้านและเปรียบเทียบกับคะแนนมาตรฐาน หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนมาตรฐานให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหาพฤติกรรมในด้านนั้นๆ ซึ่งคะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครอง (ด้านขาดสมาธิ=16, ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหัน พลันแล่น=13, ด้านดื้อ/ต่อต้าน=15) และคะแนนมาตรฐานสำหรับครู (ด้านขาดสมาธิ=23, ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น=16, ด้านดื้อ/ต่อต้าน=11)

5. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมและอาการข้างเคียงของยา สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นช่องว่างแบบเติมคำ เกี่ยวกับรายละเอียดข้อมูลที่พบขณะติดตามเยี่ยมบ้านเด็ก พฤติกรรมเด็กที่พบขณะเยี่ยม ปัญหาที่พบ แนวทางการแก้ไข แผนการดูแลต่อเนื่อง อาการข้างเคียงของยาและผลลัพธ์การจัดการอาการข้างเคียง และช่องทางการติดต่อฉุกเฉินหากมีอาการข้องเคียงรุนแรง

6. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดค่าแบบประเมินค่า (Rating scale) คำตอบมี 5 ระดับตั้งแต่ไม่พึงพอใจ (1) - พึงพอมากที่สุด (5) การแปลผลคะแนนรวมเฉลี่ยสูงแปลผลว่ามีความพึงพอใจสูง และคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยแปลผลว่ามีความพึงพอใจน้อย

7. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดค่าแบบประเมินค่า (Rating scale) คำตอบมี 5 ระดับตั้งแต่ไม่พึงพอใจ (1) - พึงพอมากที่สุด (5) การแปลผลคะแนนรวมเฉลี่ยสูงแปลผลว่ามีความพึง

พอใจสูง และคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยแปลผลว่ามีความพึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็ก แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมและอาการข้างเคียงของยา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกและการวิจัย เพื่อประเมินความตรง ความเหมาะสม ความครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.83-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็กและแบบประเมินพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น[12] ไม่ได้นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยางสีสุราช เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ในเครือข่าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม อสม. ครูอนามัยโรงเรียน เพื่อนนักเรียนร่วมชั้นร่วมโรงเรียนกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น เพื่อทราบความต้องการดูแล ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น มาทำการคืนข้อมูลและประชุมระดมสมองร่วมกับผู้ร่วมวิจัย โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ร่วมคิดและวางแผนขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบภายใต้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ (P-A-O-R) และสะท้อนผลการปฏิบัติ จนว่าจะเกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติจริง ติดตามประเมินผล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็ก แบบประเมินพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ และสรุปรูปแบบที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 10/2564เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2564

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้ดังนี้ (1) ด้านผู้ดูแล พบว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 80) ในจำนวนนี้ขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย (ร้อยละ 70) มีวิธีการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือก่อนวัย (ร้อยละ 80) ขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย (ร้อยละ 60) และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างเป็นรูปธรรม (2) ด้านบริบท พบว่า พื้นที่ของอำเภอยางสีสุราชค่อนข้างห่างไกลกับโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมี

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูงซึ่งอาจเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ดูแลระยะเวลารอคอยรับการรักษานานซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลต้องลางานหรือขาดงาน ครูขาดความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือด้านการเรียนที่เหมาะสม เพื่อนนักเรียนร่วมชั้นร่วมโรงเรียนปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นไม่เหมาะสม มีการบลูลี่ ล้อเลียน และกลั่นแกล้ง ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้แสดงพฤติกรรมในทางลบเพื่อป้องกันตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีใช้โทรศัพท์มือถือมากเกินไป ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น (3) ด้านบุคลากร พบว่า ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง มีพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 คน และทีมสหวิชาชีพขาดทักษะในการดูแลเด็กกลุ่มสมาธิสั้น และ (4) ด้านสถานที่ พบว่า ขาดความพร้อมด้านสถานที่/ไม่มีพื้นที่การให้บริการกลุ่มสุขภาพจิตเด็กโรคสมาธิสั้นที่เฉพาะ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น เกิดกิจกรรมดำเนินการดังนี้

(1) การค้นหา ประชาสัมพันธ์ และการคัดกรองผู้ป่วยเด็กรายเก่าในพื้นที่ทั้งในโรงเรียน และชุมชนที่อาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอยางสีสุราช แต่รับการรักษาที่อื่นเพื่อนัดหมายเข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลยางสีสุราช และประเมินคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง และสงสัยรายใหม่ คัดกรองเด็กโดยครูประจำชั้นเพื่อนำเด็กเข้าสู่ระบบการรักษา

(2) จัดหายาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง และจัดให้มีกิจกรรมบริการเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น โดยเปิดบริการคลินิกเฉพาะโรคทางสุขภาพจิตเด็กในชื่อ “คลินิกพัฒนาการเด็ก” เพื่อลดความรู้สึกด้านลบของผู้รับบริการจากชื่อคลินิกโรคสมาธิสั้น หรือชื่อคลินิกจิตเวชเด็ก โดยเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน คือวันพุธให้บริการรายใหม่ และวันศุกร์ ให้บริการรายเก่า มีกิจกรรมบริการ คือ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินพฤติกรรมผ่านเครื่องมือการประเมินพฤติกรรมเด็ก SNAP-IV โดยผู้ปกครองและครูประจำชั้น สังเกตและประเมินพฤติกรรมและจับเวลาความจดจ่อต่อการทำกิจกรรมของเด็ก ขณะทดสอบ สรุปและแปลผล รายงานแพทย์ พาเด็กเข้าพบแพทย์เฉพาะทางกุมารแพทย์ ให้คำปรึกษาครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อเนื่องที่บ้านและโรงเรียน แนะนำและมอบหมายการบ้านตารางกิจกรรมสำหรับผู้ปกครองในการฝึกปฏิบัติปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้าน แจ้งการปฏิบัติและวันนัดครั้งต่อไป

(3) จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ภาคีเครือข่าย และประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการร่วมค้นหา คัดกรองเด็กเข้ารับการรักษา เป้าหมายกลุ่ม ครูอนามัยโรงเรียน ผู้ปกครองเด็ก อสม. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคสมาธิสั้น การคัดกรองสังเกตพฤติกรรมและการประเมินเบื้องต้น การดูแลรักษา และการให้ความช่วยเหลือเด็กต่อเนื่องในชุมชน และโรงเรียน

(4) จัดโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล อำนวยความสะดวก ผู้รับบริการเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ปรับทัศนคติเชิงบวก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การสังเกตพฤติกรรมและการคัดกรองเบื้องต้น เพื่อส่งต่อข้อมูลหรือแนะนำผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการรักษาและแนวทางการสื่อสารเบื้องต้นกับผู้ปกครองเด็ก

(5) จัดทำแนวทางการรักษาดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น แนวทางการส่งต่อ แนวทางการปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้านโดยผู้ปกครอง แนวทางการให้ความช่วยเหลือเด็กด้านการศึกษาที่โรงเรียน แบบประเมินและติดตามการกินยารักษาโรคสมาธิสั้น แบบประเมินอาการข้างเคียงจากยา จัดทำ Flow chat แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัย (ADHD) แผ่นพับให้ความรู้โรคสมาธิสั้น คลิปวิดีโอความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น คู่มือชุดคำสั่งอย่างง่ายสำหรับเด็กสมาธิสั้น คู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้นฉบับผู้ปกครอง ออกแบบและจัดทำสมุดประจำตัวเด็กโรคสมาธิสั้นรายบุคคล มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ข้อมูลเบื้องต้น และประวัติการรักษาของเด็ก พฤติกรรมเด็ก คำแนะนำกิจกรรมการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเด็กรายบุคคล และการบ้านสำหรับผู้ปกครองเด็ก ตารางกิจกรรมเสริม

สมาธิที่บ้าน คำแนะนำการเลือกกิจกรรมเสริมสมาธิและช่วงเวลาทำกิจกรรม โดยเด็กและผู้ปกครองวางแผนทำกิจกรรมร่วมกันที่บ้าน สัปดาห์ละ 5-6 วัน ผู้ปกครองคอยสังเกตและจับเวลาการมีสมาธิการจดจ่อต่อกิจกรรมของเด็กและลงบันทึก ในตาราง มีกิจกรรมตัวเลือกแนะนำสำหรับเด็กและผู้ปกครอง เกมต่างๆ เช่น ลากเส้นเขาวงกต ร้อยลูกปัด ต่อจิกซอ วาดภาพ ระบายสี จับผิดภาพ เป็นต้น จัดทำนวัตกรรมแบบบันทึกพฤติกรรมเด็ก ADHD รายบุคคล ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นพัฒนาขึ้นเพื่อติดตามพฤติกรรมเด็กระหว่างให้การรักษาและปรับพฤติกรรม มีการแปลผลค่าคะแนนพฤติกรรมเป็นกราฟเพื่อแสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงการรักษา 1 ปี และใช้เป็นข้อมูลสื่อประกอบในการ ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและ ครู เรื่องแนวโน้มและแนวทางการรักษาเด็กสมาธิสั้นรายบุคคล

(6) ภายหลังจากเปิดให้บริการแล้ว 1 ปี กุมารแพทย์มีการโยกย้าย ได้พัฒนาปรับรูปแบบให้บริการในรูปแบบพบแพทย์ผ่านระบบ Tele-Psychiatric เป็นรูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล ใกล้หมอเฉพาะทาง ผ่านระบบห้องตรวจเสมือนจริงระหว่างโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้เข้ารับการตรวจรักษาโดยกุมารแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ผ่านหน้าจอรับส่งสัญญาณทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งผู้รับบริการสามารถสื่อสาร พูดคุย โต้ตอบ และมองเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษาได้ ผ่านทางหน้าจอ แพทย์สามารถสังเกตและประเมินพฤติกรรมเด็กขณะให้การรักษาผ่านหน้าจอได้ จัดให้มี

แนวทางการปรึกษาส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลในกลุ่มเครือข่าย ADHD รูปแบบการจัดบริการระบบ Tele-Psychiatric แม่ข่ายโดยโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย และ โรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อแก้ปัญหาขาดบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง กุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ภายหลังดำเนินการอย่างต่อเนื่องเกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันทบทวน สะท้อนคิด และถอดบทเรียนจนเกิดรูปแบบที่ชัดเจนเรียกว่า 3C4R Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ครู และทีมสุขภาพในการดูแล (Collaboration, C) การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครองเด็กในการปรับพฤติกรรมเด็กร่วมกับการใช้นวัตกรรมสื่อเทคโนโลยี (Competency, C) การติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา (Careful monitoring, C) การคัดกรองและการค้นหาเด็กสมาธิสั้นในพื้นที่โดยครู ผู้ปกครองและทีมสุขภาพ (Realized screening, R) การจัดระบบบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (Readiness system, R) การติดตามพฤติกรรมเด็กที่บ้านและโรงเรียน (Regulation, R) และการมีแนวทางปรึกษาส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย (Referral system, R) (ภาพ 1)



ภาพ 1 รูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น

ด้านผู้รับบริการ พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่เข้าโครงการมีอาการขาดสมาธิ อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดลง และอาการดื้อต่อต้านลดลง เด็กมีสมาธิในการจดจ่อต่อการเรียนที่ดีขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาและอาการข้างเคียงรุนแรง (ตารางที่ 1) ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2) ด้านทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจของต่อรูปแบบบริการในทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนน ด้านพฤติกรรมเด็ก หลังเข้ารับบริการตามรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มอาการ	คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา	คะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนา
● อาการขาดสมาธิ	23.50	18.40
● อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	19.60	15.30
● อาการดื้อต่อต้าน	18.40	15.20

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบบริการ

ความพึงพอใจ	Mean	S.D
● ด้านการจัดบริการ	4.46	0.51
● ด้านการให้บริการ	4.45	0.59
● ด้านการดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน	4.44	0.58
● ด้านการได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง	4.66	0.49
ภาพรวม	4.50	0.54

ตาราง 3 แสดงค่าคะแนนความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบบริการ

ความพึงพอใจ	Mean	S.D
● ด้านการบริหารจัดการ	4.56	0.51
● ด้านกิจกรรมบริการ	4.64	0.55
● ด้านการจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ	4.58	0.57
● ด้านการพัฒนาบุคลากร	4.66	0.51
● ด้านการสนับสนุนอื่นๆ	4.52	0.53
ภาพรวม	4.59	0.53

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่าประเด็นปัญหา 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย และครอบครัวมี

ส่วนร่วมน้อย 2) พื้นที่ห่างไกลโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง และระยะเวลารอคอยการรักษานาน 3) ครูขาดความเข้าใจในการดูแล มีปัญหาการกลั่นแกล้งจากเพื่อน และเด็กใช้โทรศัพท์มือถือมากเกินไป และ 4) ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางและสถานที่ให้บริการเฉพาะสำหรับเด็กสมาธิสั้น อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวในสังคมไทยที่บิดาและมาดาของเด็กจำเป็นต้องออกไปทำงานที่ต่างจังหวัด ทำให้เด็กต้องอยู่ในความดูแลของปู่ย่าตายายที่เป็นวัยผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดทั้งด้านความรู้และการปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ส่งผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ การมีส่วนร่วมน้อยของครอบครัวอาจเกิดจากภาระทางเศรษฐกิจและการขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเด็กแบบองค์รวม รวมถึงในปัจจุบันมีแนวโน้มของการใช้โทรศัพท์มือถือมากเกินไปอาจเป็นผลจากการขาดการควบคุมดูแลที่เหมาะสม จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยได้กำหนดให้เป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม อย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วย การอบรมส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ปกครอง ผ่านการเรียนรู้ 7 กิจกรรม คือ การสร้างสมาธิเด็กเพื่อจดจ่อต่อคำสั่ง การฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคในการสื่อสารเชิงบวกและชุดคำสั่งอย่างง่าย การปรับพฤติกรรมเด็กผ่านกิจกรรมตารางเวลาสมาธิ การฝึกปฏิบัติเรื่องการให้รางวัล การฝึกปฏิบัติเรื่องการลงโทษ การฝึกปฏิบัติการใช้ระบบบันทึกคะแนนเพื่อเป้าหมาย การฝึกปฏิบัติประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน กิจกรรมการอบรมนี้จะส่งเสริมความรู้และทักษะของครูผ่านการเรียนรู้ 4 กิจกรรม คือ การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น/การคัดกรองเด็กสมาธิสั้น บทบาทของครูในการดูแลเด็กและแนวทางการส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบการรักษา การรักษาด้วยยาและติดตามการตอบสนองต่อยา การปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน และการจัดชั้นเรียน/เทคนิคการสอนเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน ซึ่งผลของโปรแกรมกิจกรรมการอบรมดังกล่าว ได้ส่งเสริมให้ผู้ปกครองและครู มีส่วนร่วม ในการดูแล และเอาใจใส่เด็กโรคสมาธิสั้นมากขึ้น ส่งผลให้เด็กโรคสมาธิสั้นรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่บ้านลดลง พฤติกรรมในห้องเรียนดีขึ้น มีสมาธิในการเรียนมากขึ้น มีระยะเวลาการจดจ่อต่อการทำกิจกรรมได้นานขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ในรายที่พบปัญหาเร่งด่วนได้รับการส่งต่อทุกราย รวมทั้งไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาและอาการข้างเคียงรุนแรง ผู้ปกครอง ครู และทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการในระดับดีมาก ภายหลังการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสะท้อนคิด และถอดบทเรียนจนเกิดรูปแบบที่ชัดเจนเรียกว่า 3C4R Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ครู และทีมสุขภาพในการดูแล (Collaboration, C) การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครองเด็กในการปรับพฤติกรรมเด็กร่วมกับการใช้นวัตกรรมสื่อเทคโนโลยี (Competency, C) การติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา (Careful monitoring, C) การคัดกรองและการค้นหาเด็กสมาธิสั้นในพื้นที่โดยครู ผู้ปกครองและทีมสุขภาพ (Realized screening, R) การจัดระบบบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (Readiness system, R) การติดตามพฤติกรรมเด็กที่บ้านและโรงเรียน (Regulation, R) และการมีแนวทางปรึกษาส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย (Referral system, R) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการของผู้ปกครองและครู อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ[13] ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคในการสื่อสาร การให้รางวัล การลงโทษ และการประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน สำหรับผู้ปกครอง และการให้ความรู้สำหรับ

ครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติตัวต่อเด็กโรคสมาธิสั้นดีขึ้น ครูมีความรู้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น และเด็กโรคสมาธิสั้นมีอาการขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นลดลง

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ช่วยให้ผู้ปกครองและทีมสุขภาพสามารถดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับเด็กที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา หรือ ออทิซึม

2. ควรนำเข้าข้อมูลแบบบันทึกพฤติกรรมเด็กรายบุคคลในระบบข้อมูล Hos-XP ของโรงพยาบาลเพื่อแสดงค่าคะแนนพฤติกรรมเด็กรายบุคคลในแฟ้มประวัติคนไข้ เพื่อความสะดวกสำหรับแพทย์ผู้ดูแลเด็กในการส่งต่อข้อมูลและวางแผนให้การรักษาเด็กรายบุคคล

3. ควรพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองและครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในรูปแบบของหลักสูตรทั้งแบบ Online และ Onsite เพื่อให้ผู้ปกครองและครูสามารถเข้าถึงกิจกรรมการฝึกอบรมได้สะดวกขึ้น

4. ควรจัดทำเพจให้ความรู้และให้คำปรึกษาปัญหา ในระบบอินเตอร์ผ่านช่องทางออนไลน์เกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น และปัญหาสุขภาพจิตเด็กอื่นๆ

5. นำรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ได้ ไปเผยแพร่สู่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทเดียวกันหรือคล้ายกัน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่มีการจัดให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นและยังขาดบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง

เอกสารอ้างอิง

1.Doulou A, Drigas A. ADHD: Causes and alternative types of intervention. Sci Electron Arch. 2022;15(2):49-57. doi:10.36560/15220221514.

2.Núñez-Jaramillo L, Herrera-Solís A, Herrera-Morales WV. ADHD: Reviewing the causes and evaluating solutions. J Pers Med. 2021;11(3):166. doi:10.3390/jpm11030166.

3.Popit S, Serod K, Locatelli I, Stuhec M. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2024;67(1):1-23. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.1786.

4.Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. J Clin Child Adolesc Psychol. 2018;47(2):199-212. doi:10.1080/15374416.2017.1417860.

5.Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. J Ment Health Thai. 2013;21(2):66-75.

6.Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. Mol Psychiatry. 2019;24(3):390-408. doi:10.1038/s41380-018-0116-3.

7.สถาบันพัฒนาการเด็กราชครินทร์. คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา; 2560.

8.Breaux R, Waschbusch DA, Marshall R, Rothe E, Humphery H, Pelham WE, et al. The role of parental knowledge and attitudes about ADHD and perceptions of treatment response in the treatment utilization of families of children with ADHD. Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health. 2020;5(1):102-14. doi:10.1080/23794925.2020.1727797.

9.Ward RJ, Bristow SJ, Kovshoff H, Cortese S, Kreppner J. The effects of ADHD teacher training programs on teachers and pupils: A systematic review and meta-analysis. J Atten Disord. 2022;26(2):225-44. doi:10.1177/1087054720972801.

10.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.

11.ชาญวิทย์ พรนภดล, วัจนินทร์ โรหิตสุข, มะลิรมย์ หัสดินรัตน์, นิรมล ยสินทร. คู่มือวิทยากรการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2549.

12.ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บูรณะสุขสกุล, ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์, ทรงภูมิ เบญญากร. คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(2):97-110.

13.Duangpetsang J. Development of Integrated Care for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Parents and Teachers in Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province. Reg Health Promot Cent 9 J. 2024;18(1):339-50.

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of enhancing community operations comprehension for Community Core at Ban Khamin Subdistrict Health Promotion Hospital, Subdistrict Pha Sueay Somdet District, Kalasin Province.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

เลิศสุวรรณ สีอ่อนดี[1]
Lerdsuwan Seeondee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: ความเข้าใจ ชุมชนน่าอยู่ แกนนำชุมชน

Abstract

This study was action research. The objectives are to study the understanding of the operation of a livable community of community leaders, Ban Khamin Subdistrict Health Promoting Hospital, Pha Sawoei Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province, and to study the model for enhancing the understanding of the operation of a livable community of community leaders, Ban Khamin Subdistrict Health Promoting Hospital, Pha Sawoei Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province. The study period is between September 2024 and December 2024, a total of 4 months. Data were collected from questionnaires and medical records. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

Results of the study: comprehension of the implementation of a livable community by community leaders of Ban Khamin Subdistrict Health Promoting Hospital, Pha Suea Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province before the implementation, overall and in each aspect, were at a moderate level. After the implementation, overall and in each aspect, were at the highest level. comprehension of the implementation of a livable community by community leaders of Ban Khamin Subdistrict Health Promoting Hospital, Pha Suea Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province before and after the implementation was found to be significantly

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

different at a statistical level of 0.05. After the comprehension of the implementation of a livable community by community leaders of Ban Khamin Subdistrict Health Promoting Hospital, Pha Suea Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province, the average score was higher than before the implementation.
Keywords: comprehension, livable community, community leaders

บทนำ

สถานการณ์สุขภาพในชุมชนปัจจุบันมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตและเกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ยังทำให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการเสียชีวิต ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทั้งครอบครัวและชุมชน ในบางพื้นที่ มีความพยายามในการพัฒนาแกนนำสุขภาพชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ปัญหายังคงอยู่ เช่น การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลแกนนำชุมชน [1, 2]

หมู่บ้านน่าอยู่ (ตำบลจัดการสุขภาพ) เป็นแนวทางที่มุ่งหวังให้หมู่บ้านมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการสร้างความร่วมมือระหว่างประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ในการออกแบบโครงการพัฒนาสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน การสร้างเครือข่ายสนับสนุน และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในทุกกลุ่มวัย จะช่วยให้หมู่บ้านสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน การดำเนินงานนี้จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อร่วมกันออกแบบคุณภาพชีวิตของตำบล ค้นหาปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต และดำเนินกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพ รวมถึงนวัตกรรมต่าง ๆ ด้วยความตั้งใจและจิตสำนึกสาธารณะ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ [3]

แกนนำชุมชนหมายถึงบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชนในพื้นที่ และมีความสามารถในการชักนำความคิดเห็นและการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน คุณสมบัติของแกนนำชุมชนประกอบด้วยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่ชุมชนเผชิญหน้า ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ แกนนำควรมีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำที่ดี เช่น ความสามารถในการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในชุมชน อีกทั้งยังต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ โดยแกนนำมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ผ่านการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ แกนนำยังต้องวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน เพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขและจัดทำแผนงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน รวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่เข้มแข็งในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การอบรมและกิจกรรมทางสังคม เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว สุดท้าย แกนนำยังมีหน้าที่ติดตามและประเมินผลกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชน เพื่อปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน โดยรวมแล้ว บทบาท

ของแกนนำชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับโครงการหมู่บ้านน่าอยู่ ทำให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากแกนนำเป็นผู้เชื่อมโยงความต้องการของประชาชนกับหน่วยงานต่าง ๆ การสร้างความเข้าใจในกระบวนการทำงานและเป้าหมายของโครงการจะช่วยให้แกนนำสามารถนำเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชนจะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งสามารถทำได้ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชน การเสริมสร้างความเข้าใจนี้ยังรวมถึงการสนับสนุนให้แกนนำมีทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนดำเนินงาน โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจและประเมินผลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมให้ตอบสนองต่อสภาพปัญหาที่แท้จริงในชุมชน การสร้างเครือข่ายระหว่างแกนนำชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน โดยรวมแล้ว การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับประชาชน [1]

ตำบลผาเสวย ตั้งอยู่ในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ พบว่าชุมชนมักเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่ติดเตียง ซึ่งต้องการการดูแลที่เหมาะสมจากทั้งครอบครัวและชุมชน แต่กลับพบว่าการดูแลในบางกรณีไม่เพียงพอและมีความท้าทายในการจัดการสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงการขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ การขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนในการส่งต่อข้อมูลและการสนับสนุนด้านสุขภาพก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข

จากสถาการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและสังคมอย่างยั่งยืน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาวะที่ดีและสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลา

ในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน หมู่บ้านละ 10 คน จำนวน 5 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[4] (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .841

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กำหนดกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการสรุปแนวคิดองค์ความรู้จาก คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน และคู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ สามารถสรุปกิจกรรมในการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกำหนดการเรียนรู้ สัปดาห์ละ 1 วัน จำนวน 6 สัปดาห์ โดยมีหัวข้อการเรียนรู้ ประกอบด้วย การสำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน การสร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน / ชุมชน การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การระดมทุนด้านงบประมาณ การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การจัดทำแผนด้านสุขภาพ	3.00	0.34	4.64	0.30	49	-23.917	.000	-1.77780	-1.50220
การจัดการงบประมาณ	2.92	0.24	4.67	0.28	49	-32.140	.000	-1.86296	-1.64371
การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	2.99	0.40	4.63	0.32	49	-21.584	.000	-1.79269	-1.48731
การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม	2.94	0.25	4.66	0.26	49	-32.193	.000	-1.82737	-1.61263
รวม	2.96	0.26	4.65	0.27	49	-29.449	.000	-1.80354	-1.57312

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธร และคณะ (2567)[1] ได้ศึกษาการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง พบว่าก่อนดำเนินการสถานการณ์ผู้ป่วยติดเตียงมีข้อติดร้อยละ 23.33 แผลกดทับร้อยละ 13.33 การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลขาดความรู้ ขาดทักษะการดูแลและขาดอุปกรณ์จำเป็น ขาดคนช่วยเหลือและการจัดสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม การดูแลของชุมชนโดยบริบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนกิจกรรมมีความทับซ้อนกัน ครอบครัวหวังพึ่งชุมชนไม่พึ่งตนเองแกนนำสุขภาพครอบครัวมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย= 20.00 S.D. = 0.71) ดังนั้นจึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการสรุปแนวคิดองค์ความรู้จาก คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน และคู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ สามารถสรุปกิจกรรมในการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกำหนดการเรียนรู้ สัปดาห์ละ 1 วัน จำนวน 6 สัปดาห์ โดยมีหัวข้อการเรียนรู้ ประกอบด้วย การสำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน การสร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน / ชุมชน การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การระดมทุนด้านงบประมาณ การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ตามแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ[2, 5] การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาทิพย์ จันทรักษ์ (2560)[7] ซึ่งพบว่าการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ มีการรับรู้ที่

ถูกต้อง มีเป้าหมายในการพัฒนาชัดเจน ทำให้เกิดแรงจูงใจและส่งผลต่อการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นและประสบความสำเร็จ ส่งผลให้ ความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และการเปรียบเทียบความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมิ้น ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และคณะ (2567)[1] ได้ศึกษาการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง ผลการวิจัย พบว่าผลลัพธ์ของการพัฒนา แกนนำสุขภาพครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น (ก่อนพัฒนา $\bar{x}$ = 20.00±0.71 หลังพัฒนา $\bar{x}$ = 26.53±1.41) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น (ก่อนพัฒนา $\bar{x}$ = 25.67±0.41 และหลังพัฒนา $\bar{x}$ = 32.80 ±0.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.01) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น แกนนำสุขภาพชุมชนมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นด้านการวิเคราะห์ปัญหา การเขียนโครงการ เกิดข้อตกลงของชุมชนและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี ตันตรานนท์ อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ เดชา ทำดี (2562)[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผลการประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้พัฒนาศักยภาพในการทำงานเพิ่มขึ้นเช่น ความสามารถในการแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม การเป็นวิทยากรกระบวนการ การเขียนสรุปผลการดำเนินงาน เกิดแผนงานเพื่อพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนขึ้น ตลอดจนมีการขยายต่อยอดผลการดำเนินงาน เช่น การจัดการปัญหาขยะชุมชน การส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในครัวเรือน ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนอย่างยั่งยืนควรเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของชุมชน ดำเนินงานแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การใช้ทุนทางสังคม บูรณาการให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน รวมทั้งมีการดำเนินงานร่วมกันแบบหุ้นส่วนจากภาคีเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษา เพื่อหนุนเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ดำเนินการจัดทำเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน ควรมีการสรุปแนวคิดองค์ความรู้จาก คู่มือ แนวคิด ทฤษฎี โดยกำหนดการเรียนรู้ สัปดาห์ละ 1 วัน จำนวน 6 สัปดาห์ เพื่อให้เวลาในการเรียนรู้ โดยมีหัวข้อการเรียนรู้ ประกอบด้วย การสำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน การสร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน / ชุมชน การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การระดมทุนด้านงบประมาณ การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์จากการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ของแกนนำชุมชน ในระยะยาว เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ปัญญาธร ณัฐวรรณ ไชยมีเขียว รวีวรรณ เผ่ากัณหา จุฑารัตน์ เสาวพันธ์.(2567). การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 32(1) 1-12
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). แนวทางการดำเนินงาน ปี 2565 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจาก โควิด-19. [ออนไลน์] ค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2565 จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/manuals_tumbon.pdf
3. (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557)
4. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.
5. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). คู่มือการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพประจำปี 2567. นนทบุรี ; กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561). แนวคิด หลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สชรส.)
7. สุธาทิพย์ จันทรักษ์. (2560). การมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 13(2) 67-74
8. กัลยาณี ตันตรานนท์ อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ เดชา ทำดี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร. 46(4) 49-58

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of village health volunteers potential development in operating health management sub-districts, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

เชาวฤทธิ์ รองไชย
Chaowarit Rongchai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ และศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและการเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินการระดับความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจัดการสุขภาพ

Abstract

This study was action research on the potential model of village health volunteers in the operation of health management sub-districts, Somdet District, Kalasin Province. The objectives are to study the understanding of the operation of health management sub-districts and to study the potential model of village health volunteers in the operation of health management sub-districts, Somdet District, Kalasin Province. The study period is between September 2024 and December 2024, a total of 4 months. Data is collected from questionnaires and medical records. Data are analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the understanding of the operation of the health management sub-district of the village health volunteers in Samdet District, 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 comparison of the level of understanding of the operation of the health management sub-district of the village health volunteers in Samdet District, Kalasin Province before and after the operation found that there was a statistically significant difference at the .05 level. After the operation, the level of understanding of the operation of the health management sub-district of the village health volunteers in Samdet District, Kalasin Province had a higher average score than before the operation.

Keywords: village health volunteers, health management sub-district

บทนำ

รัฐบาลได้ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป [1]

ในระดับตำบลก็เช่นเดียวกัน เป็นการประสานการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการของคนในหมู่บ้านและชุมชน ทำให้คนในหมู่บ้านและชุมชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าที่เรียกว่า ตำบลจัดการสุขภาพดี เป็นตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพดูแลทุกกลุ่มวัยครอบคลุมทุกหมู่บ้านในแต่ละตำบล โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนอย่างเข้มแข็ง จึงต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่มาจากภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน ร่วมกันออกแบบคุณภาพชีวิตของตำบลช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อมุ่งหวังให้คนในหมู่บ้านสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รักษาสิ่งแวดล้อม ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน[1,2]

การขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ ในแต่ละตำบลส่งเสริมให้ประชาชนในตำบลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคที่ป้องกันได้ เน้นในกลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ โดยมี 3 หน่วยงานหลัก ทำงานประสานกัน ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง แกนนำสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ [1] อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในชุมชน โดย อสม. จะทำหน้าที่เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ รวมถึงให้บริการด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังโรค การมีส่วนร่วมของประชาชนและการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ จะช่วยสร้างระบบดูแลสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืนในชุมชน [3, 4] สอดคล้องกับการศึกษาของ สมตระกูล ราศิริ สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา ธิติรัตน์ ราศิริ (2564)[5] พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ประกอบด้วยการแนะนำ เผยแพร่ ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแล ตลอดจนการติดตาม ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งบางครั้งมีงานเฉพาะกิจที่เสริมบทบาทหน้าที่ที่ต้องบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ควรนำผลการศึกษา ไปใช้ในการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครไทย รวมถึงสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทหน้าที่ที่เป็นจริงและเหมาะสมกับปัจจุบัน

ประเทศไทยมี อสม. รวมทั้งสิ้นประมาณ 1,090,163 คน สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์มี อสม. จำนวน 18,994 คน โดยอำเภอสมเด็จ มี อสม. จำนวน 1,097 คน จาก 94 หมู่บ้าน การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยมีหลักสูตรฝึกอบรมที่หลากหลาย เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และการใช้

เทคโนโลยีดิจิทัลผ่านหลักสูตร "สมาร์ท อสม." นอกจากนี้ยังมีการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือระหว่าง อสม. และหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ อสม. จะทำหน้าที่เป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยให้คำแนะนำและสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง การพัฒนาศักยภาพของ อสม. จึงเป็นกุญแจสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและสร้างระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งในระดับชุมชน

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพ ให้แก่ อสม. ซึ่งจะทำให้ อสม. สามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่เข้มแข็งในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตำบลละ 10 คน จำนวน 8 ตำบล รวมทั้งสิ้น 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในของรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพชุมชนในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กระบวนการหาและใช้ทุนทางสังคม กระบวนการค้นหา เลือกใช้ข้อมูล กระบวนการออกแบบวิธีการกิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม และกระบวนการพัฒนากติกาข้อตกลงหรือนโยบายในระดับพื้นที่โดยองค์กร หน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [6]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กำหนดกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลัง

ดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้รูปแบบกระบวนการ TPAR ได้แก่ T (TEAM) P (PLAN) A (ACTIVITY) และ R : (RESULT)

2.1 การดำเนินการพัฒนายกระดับให้เป็น “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ตามกระบวนการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 3 เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 4 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขั้นตอนที่ 5 เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลการพัฒนา และขั้นตอนที่ 7 ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน

2.2 โรงเรียนระดับประถมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสในพื้นที่ ดำเนินการพัฒนายกระดับให้เป็น “โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ” ตามกระบวนการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สร้างทีมงานเพื่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการวางแผนและออกแบบการจัดกิจกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ขั้นตอนที่ 4 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติขั้นตอนที่ 5 จัดสภาพแวดล้อมของโรงเรียน ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 7 ขยายสู่ครอบครัวและชุมชนเรียนรู้

2.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาใน รพ.สต. ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การบริหารจัดการ หมวดที่ 2 กระบวนงานสุขศึกษา หมวดที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

2.4 การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายระดับนโยบายสู่ระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับอำเภอและระดับตำบล/หมู่บ้าน

3. การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานระดับความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
กระบวนการหาและใช้ทุนทางสังคม	2.97	0.27	4.37	0.38	79	-24.882	.000*	-1.51049	-1.28673
กระบวนการค้นหา เลือกใช้ข้อมูล	2.95	0.24	4.35	0.35	79	-26.146	.000*	-1.50658	-1.29342
กระบวนการออกแบบวิธีการกิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม	2.96	0.23	4.33	0.34	79	-26.391	.000*	-1.47871	-1.27129
กระบวนการพัฒนากติกาข้อตกลงหรือนโยบายในระดับพื้นที่เพื่อโดยองค์กรหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง	2.96	0.24	4.41	0.38	79	-25.730	.000*	-1.56217	-1.33783
รวม	2.96	0.19	4.37	0.26	79	-35.533	.000*	-1.48466	-1.32715

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กรรณิกา เพ็ชรักษ์ และคณะ (2566)[7] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19 พบว่า ก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$=11.85, SD=1.89) ดังนั้นจึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้รูปแบบกระบวนการ TPAR ได้แก่ T (TEAM) P (PLAN) A (ACTIVITY) และ R : (RESULT) การดำเนินการพัฒนายกระดับให้เป็น “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” โรงเรียนระดับประถมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายระดับนโยบายสู่ระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับอำเภอ และระดับตำบล/หมู่บ้าน การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน[2,8] ส่งผลให้ความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานระดับความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กรรณิกา เพ็ชรักษ์ และคณะ (2566)[7] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่าเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังนั้นการอบรมให้ความรู้แบบออนไลน์เป็นอีกทางเลือกในการบริการวิชาการแก่ชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พชรกรณ์ นิยมเวช นงนุช วงศ์สว่าง.(2567)[9] การศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.75, SD = 0.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและด้านการดำเนินงานด้านจัดการสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.84, SD = 0.51, $\bar{x}$ =3.72, SD = 0.54 ตามลำดับ) สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแยกตามประสบการณ์การฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรม 1-3 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตรมีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้ารับการอบรม 4-6 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตร มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรดำเนินการจัดทำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้รูปแบบกระบวนการ TPAR ได้แก่ T (TEAM) P (PLAN) A (ACTIVITY) และ R : (RESULT) การดำเนินการพัฒนายกระดับให้เป็น “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” โรงเรียนระดับประถมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายระดับนโยบายสู่ระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับอำเภอ และระดับตำบล/หมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์จากการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). คู่มือการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพประจำปี นนทบุรี: กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). แนวทางการดำเนินงาน ปี 2565 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจาก โควิด-19. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2562). คู่มือหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญ การจัดการสุขภาพชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

4. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2560). คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพ; โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

5. สมตระกูล ราศิริ สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา ธิติรัตน์ ราศิริ.(2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 7(2) 80-97

6. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.

7. กรรณิกา เพ็ชรักษ์ ศรีอุบล อินทร์แป้น สาคร สอนดี วรรณชาติ ตาเลิศ ชัชฎาพร จันทรสุข รศิกาญจน์ พลจำรัสพัชญ์.(2566). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 20(1) 195-202

8. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.

9. พชรกรณ์ นิยมเวช นงนุช วงศ์สว่าง.(2567). การศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 4(1). 1-13

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of health literacy promoting and changing health behaviors of groups at risk for high blood pressure Huaimek Hospital Kalasin Province.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

กลมลี แสนบุดดา[1]
Klommalee Sanbudda[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Quasi Experiment Research by one group pre – post design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน ถึง เดือน พฤศจิกายน 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินการความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และ ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was quasi-experimental research by one group pre-post design aimed to study the health literacy of the hypertensive risk group and to study the health behavior modification model of the hypertensive risk group at Huaimek Hospital, Kalasin Province. The study period is from September to November 2024, a total of 3 months. The sample group is 60 people at the hypertensive risk group at Huaimek Hospital, Kalasin Province, according to the inclusion criteria. 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 after the implementation, the health literacy and health behavior of the hypertensive risk group at Huaimek Hospital, Kalasin Province, overall and in each aspect were at the highest level. Before and after the implementation, overall and in each aspect, there were statistically significant differences at the 0.05 level. After the implementation, the health literacy of the hypertensive risk group at Huaimek Hospital, Kalasin Province was better than before the implementation.

Keywords: health literacy, changing health behavior, hypertensive risk group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวที่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวที่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีการวัดความดันโลหิตตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จากข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบผู้มี

[1] โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

อายุระหว่าง 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่ (สองในสาม) อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง นอกจากนี้ ประมาณ ร้อยละ 46 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้ ในขณะที่ผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้วมีเพียง ร้อยละ 42 และประมาณร้อยละ 21 ของผู้ที่เป็นโรคนี้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง[2]

สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 3 แสนคน ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน (หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่างๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ทั้งนี้ หากได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พร้อมติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และจะลดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี[3]

โรคความดันโลหิตสูงถึงแม้จะไม่มีอาการแต่ต้องรักษาและป้องกัน สำหรับวิธีป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูงทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ 1) งดทานอาหารรสเค็มหรือมีโซเดียมสูง โดยคนทั่วไปที่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรทานโซเดียมเกิน 2000 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ถ้าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่ควรเกิน 1500 มิลลิกรัมต่อวัน 2) ออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ 3) ลดความอ้วน ให้ค่า BMI ไม่เกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แต่ถ้าคนที่ความดันสูงมากหรือคนที่ปรับพฤติกรรมแล้ว แต่ความดันยังเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ต้องรับประทานยาร่วมด้วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องพบแพทย์และรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอถึงแม้จะไม่มีอาการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากและทำให้เสียชีวิตได้[2] ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงนั้นมีความหลากหลาย ทั้งปัจจัยที่เราสามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่ พฤติกรรมการกิน เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ขณะที่ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และพันธุกรรม การเข้าใจปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันสามารถช่วยลดความเสี่ยงและควบคุมภาวะนี้ได้ โดยควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ (ประมาณ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน) ดื่มน้ำให้มาก ออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผักและผลไม้ ลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและไขมันอิ่มตัว รวมถึงเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อติดตามค่าความดันโลหิตและสุขภาพโดยรวม ในขณะเดียวกัน ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป การทานอาหารสำเร็จรูปบ่อย ๆ และการไม่ออกกำลังกาย เพราะพฤติกรรมเหล่านี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ไม่

เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดีและมีความสุขในระยะยาว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[4] โดยหมายถึงระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมักมีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพตามกำหนด การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือการไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง[5]สอดคล้องกับการศึกษาของ เสถียร โนนน้อย[6] ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพิ่มขึ้น และหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 3อ 2ส ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโรคนี้ เพื่อให้พวกเขาสามารถจัดการกับสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังอื่น ๆ

สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 11,311, 11,539 และ 11,747 คนตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศ พบว่าอำเภอห้วยเม็กมีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 912.01, 937.82 และ 928.71 คน ในปี 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ[7] สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพนี้ในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สมดุล เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การบริโภคอาหารเกินพอดี การขาดการออกกำลังกาย และมีความเครียดเรื้อรัง

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Quasi Experiment Research by one group pre – post design) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน ถึง เดือน พฤศจิกายน 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) มีระดับความดันโลหิต ไม่เกิน 140 mmHg 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 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

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .912

2.2 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำหมายถึง 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

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรมระดับเหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 มีพฤติกรรมระดับเหมาะสม

2.61 – 3.40 มีพฤติกรรมระดับพอใช้

1.81 – 2.60 มีพฤติกรรมระดับต้องปรับปรุง

1.00 - 1.80 มีพฤติกรรมระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .846

2.3 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย อ. เอนกาย อ. ออกกำลัง (กาย-ใจ) อ.อาหาร อ.อิริยาบถ อ.อารมณ์ อ.อ้วนเกิน เอวเกิน และ อ.เอื้ออาทร (ของสังคม) อ. อำนวย (ของสิ่งแวดล้อม)

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.22	0.69	4.21	0.56	59	-7.925	.000*	-1.22639	-.73194
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	3.34	0.76	4.32	0.57	59	-7.523	.000*	-1.23434	-.71566
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	3.73	0.65	4.30	0.45	59	-5.507	.000*	-.77257	-.36076
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.60	0.93	4.35	0.55	59	-5.462	.000*	-1.02477	-.47523
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.63	0.69	4.31	0.42	59	-6.763	.000*	-.89090	-.48410
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	3.15	0.75	4.28	0.57	59	-10.242	.000*	-1.38961	-.93539
รวม	3.45	0.57	4.29	0.36	59	-8.257	.000*	-1.03096	-.62876

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
การบริโภคอาหาร	3.42	0.59	4.22	0.52	59	-8.024	.000*	-1.00366	-.60301
การออกกำลังกาย	4.03	0.93	4.48	0.61	59	-3.615	.001*	-.69908	-.20092
การสูบบุหรี่เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.55	1.00	4.37	0.58	59	-5.543	.000*	-1.11902	-.52542
การจัดการความเครียด	3.78	0.71	4.46	0.52	59	-6.325	.000*	-.89097	-.46273
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	3.71	0.47	4.25	0.59	59	-6.542	.000*	-.70372	-.37406

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
รวม	3.70	0.58	4.36	0.39	59	-7.363	.000*	-.83716	-.47936

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของเอื้อมพร ประวาฬ[8] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 3.11 คะแนน (S.D. = 56) และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.26) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่น้อย[9] ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

ดังนั้นจึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย อ. เอนกาย อ.ออกกำลัง (กาย-ใจ) อ. อาหาร อ.อิริยาบถ อ.อารมณ์ อ.อ้วนเกิน เอวเกิน และ อ.เอื้ออาทร (ของสังคม) อ.อำนวย (ของสิ่งแวดล้อม) ตามแนวคิดของ คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเองโดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์[10] และคู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และ ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สมศรี ภูแพง[11] ได้ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ

กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทอง วัชรนุกูลเกียรติ และวรรณกร ตาบ้านดู่[12] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า 1. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ด้วยหลัก 3ก. 1ข. 1ส. ดังนี้ 1) กองทุน 2) กิจกรรม 3) การติดตามกลุ่มเสี่ยง 4) ข้อมูลทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย และ 5) ส่วนร่วม 2. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.29, 95% CI 0.11-0.45, p-value < 0.001) ด้านกระบวนการพัฒนาหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.41, 95% CI 0.23-0.57, p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.54, 95% CI 0.37-0.70, p-value < 0.001) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 1.43, 95% CI 1.28-1.57, p-value < 0.001) ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.57)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ควรนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ประกอบด้วย อ. เอนกาย อ.ออกกำลัง (กาย-ใจ) อ. อาหาร อ.อิริยาบถ อ.อารมณ์ อ.อ้วนเกิน เอวเกิน และ อ.เอื้ออาทร (ของสังคม) อ.อำนวย (ของสิ่งแวดล้อม) มาใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Hypertension. Online 14 January 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. กรมควบคุมโรค.(2566). กรมควบคุมโรค แนะประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ “รู้เลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ”. ออนไลน์ สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2565). กรมควบคุมโรค แนะประชาชนใส่ใจสุขภาพ วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. ออนไลน์ สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567 https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=294
4. อังศินันท์ อินทรกำแหง.(2560). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=34117&deptcode=brc

5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.(2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์ จำกัด
6. เสถียร โนนน้อย.(2567). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 3(1). 46-60
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2566) ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
8. เอื้อมพร ประวาฬ. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลพรเจริญ ออนไลน์ สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2567 https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240418133035.pdf
9. ปวิตรา ทองมา.(2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 13(1). 50-62
10. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555) คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
11. สมศรี ภูแพง. (2567). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(4). 526-34
12. วรรณภา ประทุมโทน พนารัตน์ เจนจบ สมตระกูล ราศิริ นันทวรรณ ธีรพงศ์.(2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 28 ฉบับพิเศษ พฤษภาคม - มิถุนายน 2562

การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of pain management model for end stage of cancer patients Yangsisurach district, Mahasarakham province.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

คำตัน ปินะโต[1],พีร์ วัชรพงษ์ไพบูลย์[1],ศุภชัย แพงคำไหล[1],กัลยาณี ประทุมทอง[1],กาญจนา จันทะนุย[1]
Khumtun Pinato[1] Pee Wucharawongpibool[1] Supachai Paengkamlai[1] Kullayanee Pratumtong[1] Kanjana Chanthanui[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จากการดำเนินงานกันยายน 2565- ตุลาคม 2566 ผู้มีส่วนร่วมวิจัย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในรพ./รพ.สต. อสม.และ CG ในชุมชน รวม 43 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว 20 คน ขั้นตอนวิจัย ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ จากการทบทวนอุบัติการณ์ ประชุมระดมสมอง ทบทวนเวชระเบียน สังเกตการดูแล หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การ พัฒนารูปแบบฯ นำไปใช้ปรับปรุงตามวงรอบและประเมินผล เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบประเมินระดับการปวด แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินของสำนักพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดย จำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช คือ P-A-I-N Model ประกอบด้วย 1) Pain & Performance : การประเมินอาการปวดและความสามารถในการช่วยเหลือทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในครอบครัว มีการกำหนด กำกับติดตาม แนวทางประเมินความปวดที่ชัดเจน 2) Assurance of guiline : มีแนวทางปฏิบัติ คู่มือการจัดการความปวด 3) Information & Communication: การบันทึกข้อมูล Pain score การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พัฒนา Link ในการประเมินอาการปวด มี PCWN ระหว่างหน่วยงานและผู้ดูแลที่บ้านเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและคลิปสั้นการให้ยา 4) Net Work : เครือข่ายเข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลในชุมชน พบว่าระดับคะแนนความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากระดับรุนแรง หลังได้รับการจัดการ 48 ชม.พบว่าลดลงร้อยละ50 และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก (Mean=4.57,S.D 0.54) เครือข่ายบริการในชุมชนมีความพึงพอใจในในการประเมินโดยใช้ Link ประเมิน PPS score อสม.และCG มีทักษะและความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลอาการปวดเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการความปวด ,มะเร็ง,ระยะท้าย

Abstracts

The objective of this action research was to study the development and evaluation of a pain management model for terminal cancer patients in Yangsisurach District from September 2022 to October 2023. There were 2 groups of participants: 1) The group that jointly developed the model, consisting of a multidisciplinary team in the hospital/subdistrict health promotion hospital, village health volunteers, and CG in the community, totaling 43 people; 2) 20 terminal cancer patients and their families. The research steps studied the problems and situations from reviewing the incidence, brainstorming, reviewing medical records, and observing care. After that, the data was analyzed to lead to the development of the model, which was used for improvement in the cycle, and evaluation. The research instruments included a pain level assessment form, a home visit record

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

form by a multidisciplinary team, a nursing practice observation form, and a patient and relative satisfaction assessment form, which was adapted from the nursing office's assessment form. Qualitative data analysis used content analysis. Quantitative data by number, mean, and percentage.

Results of the study: A pain management model for terminal cancer patients Yangisurach District is P-A-I-N Model consisting of 1) Pain & Performance: Assessment of pain and ability to help both staff and family caregivers. There is a clear determination, monitoring and follow-up of pain assessment guidelines. 2) Assurance of guidelines: There are guidelines, pain management manuals. 3) Information & Communication: Recording pain score data, effective communication, developing a link for pain assessment, having PCWN between agencies and home caregivers to link data and short clips of medication administration. 4) Net Work: Strong network with participation of multidisciplinary teams and caregivers in the community. It was found that the pain score of terminal cancer patients from severe level after receiving management for 48 hours was reduced by 50 percent, and patients and families were highly satisfied with pain management (Mean = 4.50, SD 2.84). The community service network was satisfied with the assessment using the link to assess PPS score. Village health volunteers and CG had more skills and confidence in pain care.

Keyword: pain management ,cancer patients

บทนำ

มะเร็งถือว่าเป็นโรคร้ายที่คร่าชีวิตของผู้คนไปอย่างมากมาย จากทั่วโลกพบว่ามีแนวโน้มการเจ็บป่วย และตายที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากรายงานของสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ระบุว่าในปี 2551 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 7.6 ล้านคน องค์กรอนามัยโลก คาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีประชากรต้องการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนี ประเมินภาวะโรคและสุขภาพของประชากรไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพ ประชากรไทย ,2555)ในประเทศไทยมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ1 จากข้อมูลสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[1] ผู้ป่วยมะเร็งทั้งประเทศจำนวน 2,577,641 ราย(ข้อมูล 1 ต.ค.66-11 ก.ค.67)มีมะเร็งรายใหม่ 83,557 ราย เสียชีวิต 60,000 ราย/ปีเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 รายและอัตราการ เสียชีวิตด้วยมะเร็งที่พบบ่อยคือ มะเร็งปอด(เสียชีวิต 1.80ล้านคน) มะเร็งลำไส้และทวารหนัก (เสียชีวิต 916,000) มะเร็งตับ(เสียชีวิต 830,000ราย) สำหรับประเทศไทยมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด และมะเร็งตับและท่อน้ำดี สำหรับเพศชาย คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด ซึ่งเซลล์มะเร็งสามารถเคลื่อนที่ออกจากมะเร็งต้นกำเนิด (Primary tumor) ผ่านทางหลอดเลือดและน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะอื่น บุกรุกทำลายทำให้เกิด ความเสียหายต่ออวัยวะเหล่านั้น การแพร่กระจายโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่อยู่ในระยะที่ 4 เพิ่มมากที่สุด(ร้อยละ 37.2)รองลงมา คือ ระยะที่ 1 (ร้อยละ 24.6) ระยะที่3 (ร้อยละ21.9) ระยะที่2 (ร้อยละ 12.5)และไม่ทราบระยะ(ร้อยละ 3.8)ตามลำดับ[2] และอาการที่พบบ่อยเป็นประจำที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานคือ อาการเจ็บปวด มีสาเหตุจากการแพร่กระจาย(Metastasis) เช่น มะเร็งกระจายไปยังกระดูก เส้นประสาทไขสันหลังถูกเบียดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง จากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังสมอง ลำไส้อุดตัน ปวดหลังจากการฉายรังสี ปวดปลายประสาทจากเคมีบำบัด การรักษาเคมีบำบัดบางชนิด และอาการปวดจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ซึม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ กลัว วิตก กังวล โดดเดี่ยว ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าร้อยละ 80 จะต้องทนทุกข์ทรมานในระสุดท้าย[3]

ภาครัฐได้กำนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งผ่านระบบ Service plan สาขาโรคมะเร็ง กำหนดตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์ และตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์เพื่อลดอัตราป่วย การเสียชีวิต ลดระยะเวลาการรอคอย และสาขาประคับประคอง เพื่อบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคมะเร็งทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านในชุมชนซึ่งในบริบทของชุมชน ชนบทการได้รับการบรรเทาอาการปวดจึงมีความสำคัญมากที่สุดในผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานที่สุดคือ ความปวด[4] การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการรบกวนต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตามแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงเจตจำนงไว้[5] การปรับปรุงเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงมอร์ฟีน แบบรับประทานสำหรับอาการปวดจากมะเร็งในระดับปานกลางถึงรุนแรง[6] ซึ่งหลักการการดูแลแบบประคับประคองควรมีการบูรณาการตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคตั้งแต่เริ่ม จนถึงระยะลุกลามจนไม่สามารถรักษาหายขาดได้ พยาบาลจึงเป็นผู้มีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งการประสานการดูแลและช่วยเหลือ การบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตสังคมรวมทั้งการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสียผู้ป่วย[7] ในการดูแลแบบประคับประคองจะมีพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse : PCN) มีบทบาทในการจัดการระบบข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการ รับข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยบริการทั้งภายในและภายนอก วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย วางแผนในการดูแลตั้งแต่รับเข้าดูแลจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตพร้อมกับสนับสนุนให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพื้นที่ในชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ติดตามและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อความยั่งยืนในชุมชน[8]

จากสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช พบว่า อัตราตายจากปัญหาโรคมะเร็งอันดับ1 จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลยางสีสุราช ปี2561-2565 สาเหตุการตายจากมะเร็ง 5 อันดับ คือ CA liver 9 ราย CA lung 7 ราย CA Billiary trac 5 ราย Intestinal malignant 4 ราย CA Cervix 3 ราย เป็นสาเหตุการตายอันดับ1ของพื้นที่ อาการปวดพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นอาการทุกข์ทรมานพบสูงถึงร้อยละ 30-90 (เกษกนก กมลมาตยกุลและคณะ,2555) โรงพยาบาลยางสีสุราชมีผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอาการปวดและจากการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนจากการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รพ.ยางสีสุราช ปี2565-2566 พบว่า การเข้าถึงOpioid ในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งในระบบฐานข้อมูลในHDC ไม่ผ่านเกณฑ์ การให้ยาในระยะใกล้ตายที่บ้านยังไม่ชัดเจนในกลุ่มที่มีอาการปวด การประเมินอาการปวดสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการยังไม่ครอบคลุมการใช้ยาสำหรับแพทย์ยังไม่ชัดเจน การประเมินPain scoreก็ไม่ครบทุกครั้งที่มารับบริการ และจากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเมื่อพบผลข้างเคียงของยาจึงไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา และทีมดูแลในชุมชนที่รพ.สต.ใกล้บ้าน มีหลากหลายวิชาชีพขาดความมั่นใจในการจัดการอาการปวดในระยะท้ายที่บ้านส่งผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้Manager Palliative จึงเห็นความสำคัญของพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน พื้นที่ดำเนินการคือ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยตายดีตามความปรารถนาในวาระท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) [9] โดยใช้กระบวนการ P-A-O-R ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart(1988)5 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์และการประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการวิจัยคือ ตุลาคม 2565- กันยายน 2566 แบ่งเป็น 2 วงรอบ วงรอบ ที่ 1 ดำเนินการระหว่างตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 วงรอบที่2 ดำเนินการระหว่าง มีนาคม 2566 - กันยายน 2566 **กรอบแนวคิดในการวิจัย** ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) **การเลือกพื้นที่วิจัย** ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย คือ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 10 แห่ง

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นบุคคลที่สมัครใจเข้าร่วมศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในรพ. พยาบาล ER,OPD,IPD เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม.และ CG ในชุมชน รวม 43 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 20 คน และครอบครัว 20 คน รวม 40 คน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและแพทย์ลงความเห็นว่าควรรักษาแบบประคับประคอง(Palliative care)โดยมีค่า Palliative performance scale(PPS)<30 ผู้ป่วยรับทราบผลการวินิจฉัยและสมัครใจรับการรักษาตามแนวทางประคับประคอง ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ขอออกจากการศึกษา ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดการศึกษา ญาติผู้ดูแลคัดเลือกผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป รับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและการสัมภาษณ์ จำนวน 20 คน ประกอบด้วยญาติสายตรง หรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย

ขั้นตอนวิจัย (วงรอบที่ 1) มีการดำเนินงานดังนี้ **ขั้นตอนที่1** Plan การวางแผนเริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลยางสีสุราช (2) ศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์/ สภาพปัญหาจากข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล(Risk Report) (3)ทบทวนข้อมูล ผู้ป่วย องค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงนโยบายตาม Service plan สาขาประคับประคอง (4) สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มกับกลุ่มที่ร่วม

พัฒนาทั้งหมด 83 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในรพ. พยาบาล ER,OPD,IPD เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม.และ CG ในชุมชน และตัวแทนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว รวม 43 คน (5) คืนข้อมูลสภาพปัญหาเพื่อร่วมระดมสมองและกำหนดกิจกรรม **ขั้นตอนที่ 2** Act การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากการทบทวนวรรณกรรม และนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์จากขั้นตอนที่ 1 มานำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลยางสีสุราช และหารือในคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลยางสีสุราช และมีกิจกรรมดำเนินการ ถ่ายทอดนโยบายผ่านเวทีการประชุมประจำเดือน/วาระการประชุมคณะกรรมการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กำหนดวันติดตามเยี่ยมบ้านวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 09-12.00น.ทุกสัปดาห์ โครงการอบรมฟื้นฟูให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวด จัดทำคู่มือ แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะใกล้ตาย และนวัตกรรมในการดำเนินงาน **ขั้นตอนที่ 3** Observe ติดตาม สังเกตการณ์ใช้แบบประเมินอาการปวด จัดการอาการปวดตามแนวทางที่กำหนดตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พัฒนาปรับปรุงตามประเด็นปัญหา **ขั้นตอนที่ 4** Reflect หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมตามวงรอบที่ 1 และนำรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปทดลองใช้ ผลสะท้อนกลับพบปัญหาและอุปสรรค 2 ประเด็น คือ (1) สมรรถนะของพยาบาล PCWN ในแต่ละจุดบริการ ในด้านการจัดการอาการปวด และทักษะการให้ Syringe Driver (2) รพ.สต.ในพื้นที่ออกนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๐๐% จึงนำเข้าสู่การดำเนินงานาในวงรอบที่ 2 ของการพัฒนา

วงรอบที่ 2 มีการดำเนินงาน โดย**ขั้นตอนที่1** Revised Plan นำปัญหาจากวงรอบที่1 มาวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหาจากระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ผ่านมาพบ 3 ด้าน คือ (1) ด้านบุคลากร : แพทย์ GP ที่ดูแลผู้ป่วยให้ยาในขนาดที่น้อยๆไม่นำแนวทางการให้ยามาใช้ตามความเหมาะสม : PCWN ในแต่ละจุดบริการ ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และตึกผู้ป่วยในยังขาดความมั่นใจในเทคนิค การให้ Syringe driver ด้าน Service Mind ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (2) เครือข่ายบริการในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลออกนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 100% (3) ด้านอุปกรณ์ พบว่าในกรณีผู้ป่วยรายใหม่ ที่Refer back หรือมาขอยืมอุปกรณ์นอกเวลา ไม่ได้อุปกรณ์ เนื่องจากอุปกรณ์เก็บที่ห้องดูแลประคับประคอง ซึ่งไม่เปิดบริการในวันหยุด และเครื่องให้ยาใต้ผิวหนัง (Syringe Driver) มี 2 เครื่อง หลังจากนั้นทำการคืนข้อมูลกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงเกิดการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 Act การจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุน การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยการปรับปรุง Standing order,พัฒนาสมรรถนะและเสริมกำลังใจให้กับ PCWN ในจุดบริการต่างๆสรรหาบุคลิกที่มี Service Mind โดยชื่อ Reception PCWN : [นางฟ้า, ทูตสวรรค์] พร้อมสอนเทคนิคการให้ Syringe driver แบบตัวต่อตัว,พัฒนาศักยภาพของอสม.,CG เกี่ยวกับ การประเมินอาการปวดและการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายที่บ้านตามสมรรถนะของผู้ดูแลในชุมชน,จัดทำ Link การประเมินการใช้มอร์ฟีนและPPS score โดย อสม,CG เพื่อส่งต่อข้อมูล **ขั้นตอนที่ 3** Observe ติดตาม สังเกต จากการปฏิบัติงานจริง ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งในหน่วยงาน และขณะเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.และ CG ในชุมชน **ขั้นตอนที่ 4** Reflect ทำการประเมินผล

การดำเนินงาน 5 ด้าน ดังนี้ (1)การประเมินระดับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนและหลังให้ยา บรรเทาอาการปวดด้วยมอร์ฟีน และติดตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลาราชการ ค้นหา และอุปสรรคในการจัดการอาการปวด (2) ประเมินทักษะ การให้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายด้วยSyringe driver ของ Re caption PCWN ในงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและงานผู้ป่วยใน (3) ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการยืมอุปกรณ์ในกรณีวันหยุด (4) ประเมินความรู้ความเข้าใจ ของ อสม., CG เกี่ยวกับการใช้มาตรวัดความปวดฉบับพกพา (5) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการจัดการอาการปวดสำหรับผู้ป่วยในชุมชน

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมาประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการพัฒนาประกอบด้วย 5 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย การวินิจฉัย อายุ เพศ และแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มประกอบด้วยคำถามปลายปิดเกี่ยวกับอาการรบกวนต่างๆและการเข้าถึงยากลุ่ม Opioids ของผู้ป่วย 3) แบบเก็บข้อมูลโดยการสังเกต เก็บโดยผู้วิจัยขณะสังเกตการ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมบุคลากรเจ้าหน้าที่ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้าย 4) แบบบันทึกภาคสนาม โดยบันทึกแต่ละกิจกรรมร่วมกับการใช้อุปกรณ์เสริมช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป 5) แบบสรุปบทเรียนใช้ในการถอดบทเรียนจากกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบประเมินความปวดและการจัดการความปวด ประกอบด้วย สาเหตุของความปวด ประเภทของความปวดและการจัดการความปวด 2) แบบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ประกอบด้วย 2.1 แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข(Numerical Rating Scale : NRS)ประกอบด้วย คะแนนความปวด(pain score) แรกรับและความปวดภายหลังได้รับการดูแล 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 7 วัน โดยบันทึกความรุนแรงของความปวดเป็นตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 คะแนนหมายถึง ไม่ปวดเลย และ 1-9 หมายถึง ปวดที่เพิ่มขึ้นไปจนถึง 10 คะแนน คือ ปวดมากที่สุด แล้วแบ่งระดับความปวด เป็น 3 ระดับ คือ ปวดระดับน้อย (Mild pain :1-3คะแนน) ปวดในระดับปานกลาง(moderate pain : 4-6 คะแนน) และปวดรุนแรง (severe pain : 7-10 คะแนน) (16) 2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 4 ระดับ คือ พอใช้ ปานกลาง ดี และดีที่สุด ซึ่งมีการประเมิน 8 รายข้อ ประกอบด้วย (1)การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด (2)การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ (3)การประเมินและสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาอาการปวด(4)การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและบอกระดับความปวด (5)การให้ข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการความปวด (6)การมีส่วนร่วมเลือกวิธีบรรเทาความปวดกับแพทย์และพยาบาล (7) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาโดยแพทย์ / พยาบาล/เภสัชกร (8) ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวด การแปลผลคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวด ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 3-4 ระดับดี 2-2.9 ระดับปานกลาง 1-1.9 ระดับน้อย 0-0.9 [17] 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อระบบการดูแบแบบประคับประคอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 9 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ (1-5 คะแนน) 4) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการจัดการ

อาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์มูลเชิงคุณภาพโดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation Data) และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์เครือข่ายบริการสุขภาพยางสีสุราช เลขที่ 11/65 ลงวันที่ 9 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. ด้านสถานการณ์ รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า 1.1) ด้านเจ้าหน้าที่: พบว่าทีมสุขภาพในโรงพยาบาลนำแนวทางการให้ยาบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไม่ครอบคลุม และการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลจากPCWN ในหน่วยบริการไปยังPCN ไม่สม่ำเสมอ 1.2) ด้านยาและอุปกรณ์ : พบว่าข้อมูลการจัดการอาการปวดด้วยOpioid ในHDC ของจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ และSyringe Driver ทั้ง อำเภอยางสีสุราช มี 2 เครื่อง 1.3) ด้านผู้ป่วยและญาติ: พบว่าญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดและเมื่อประสบกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา 1.4) ด้านระบบให้คำปรึกษา : พบว่า เดิมมีระบบให้คำปรึกษาทางไลน์กลุ่ม ดูแลผู้ป่วยประคับประคองทั้งอำเภอโดยใช้ชื่อทีมปันบุญ ประกอบด้วย แพทย์ PC เภสัชกรPC พยาบาลPC กายภาพ แผนไทย โภชนากร และพยาบาลประจำรพ.สต. 10 คน และขอคำปรึกษาตลอด 24 ชม. นักวิชาการที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ยังขาดความมั่นใจในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้านและผู้รับผิดชอบไม่สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอด 1.5) ด้านการมีส่วนร่วมของอปท.ในพื้นที่ในรายที่มีความจำเป็นต้องขอความอนุเคราะห์จากชุมชน ยังได้รับความร่วมมือน้อย และเครือข่ายดูแลในพื้นที่เช่น อสม.และCG ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

2. ด้านรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย P-A-I-N Model ตามรายละเอียด ดังนี้

Pain & Performance : มีการค้นหา Reception PCWN ทุกหน่วยงานโดยเน้นบุคลากรที่มี Service mind มีระบบ Coaching โดย PCN และเพิ่มสมรรถนะ PCWN ,พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ อสม., CG เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายที่บ้านและการประเมินและจัดการอาการปวด พร้อมกับ การใช้Link ประเมินการใช้ มอร์ฟีน และ PPS score โดย อสม.และCGการประเมินอาการปวดและความสามารถในการช่วยเหลือทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีการกำหนดบทบาท Reception PCWN ในการกำกับติดตาม แนวทางประเมินความปวดที่ชัดเจน ในหน่วยงานตนเองเพื่อจัดการปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายตามเกณฑ์ระดับความปวด และในชุมชนมีการติดตามผ่าน VDO call เพื่อประเมินสภาพของคนไข้เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

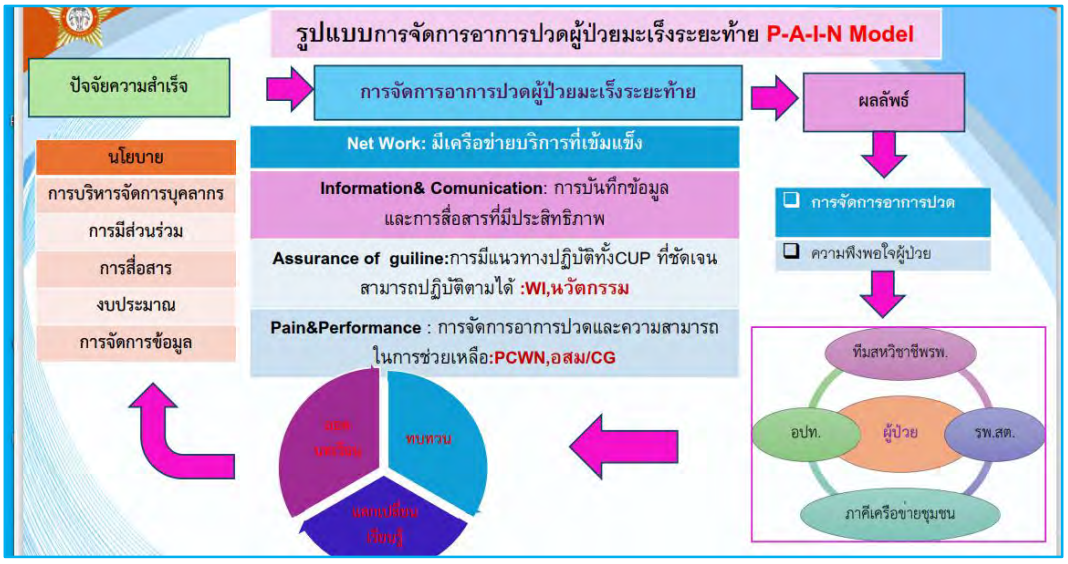
Assurance of guideline : จัดทำคู่มือการจัดการความปวด แนวปฏิบัติการพยาบาลและ Standing Order ในการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็ง (เห็นง่าย ใช้คล่อง) รวมทั้ง นวัตกรรม กล่องปันบุญที่บรรจุยาและอุปกรณ์ การบันทึกการให้ยาเพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร นวัตกรรมมาตรวัดความปวดฉบับพกพา สำหรับ อสม.,CG ในชุมชน เพื่อประเมินเบื้องต้นและส่งต่อข้อมูลเพื่อการ

ดูแล กำหนดแนวทางในการยืมอุปกรณ์ เช่น ออกซิเจน Suction จัดทำสื่อการสอน คลิปการผสมยาบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยระยะใกล้ตายและเทคนิคการใช้ Syringe Driver พร้อมกับบันทึกในไลน์กลุ่มเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นช่องทางการเรียนรู้ร่วมกัน

Information & Communication: การบันทึกข้อมูล Pain score การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พัฒนา Link ในการประเมินอาการปวด มี PCWN ระหว่างหน่วยงานและผู้ดูแลที่บ้านเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและคลิปสั้นการให้ยา PCWN ในจุดบริการต่างๆสรรหาบุคลิกที่มี Service Mind โดยชื่อ Reception PCWN : [นางฟ้า, ทูตสวรรค์] พร้อมสอนเทคนิคการให้Syringe driver แบบ ตัวต่อตัว เพื่อเพิ่มความมั่นใจ พร้อมกับมอบหน้าที่ให้กำกับติดตาม การจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในหน่วยงานตนเอง ปัญหาในแต่ละราย ร่วมถอดบทเรียน / แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน และตามรอยรูปแบบการจัดการอาการปวดของบุคลากรในโรงพยาบาลจากทุกหน่วยงานเช่น ผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน และ รพ.สต. ทุกแห่ง

Net Work : เครือข่ายเข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลในชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้ดูแลในชุมชน(CG) ให้มีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยภายใต้โครงการ 7DAY 7 DEATH พร้อมทั้งร่วมถอดบทเรียน / แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน และตามรอยรูปแบบการจัดการอาการปวดของบุคลากรในโรงพยาบาลจากทุกหน่วยงานเช่น ผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน และ รพ.สต. ทุกแห่ง

ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพ



ภาพที่1 แสดง รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย P-A-I-N Model

3. ประเมินผลรูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ระดับคะแนนความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากระดับรุนแรง การจัดการความปวด PS = 0-3 (3 ราย) 15 %, PS = 4-6 (5 ราย) 25 % ,PS=7-10 (12 ราย) 60% ซึ่งจะเห็นได้ว่าหลังได้รับการจัดการความปวด 48 ชม.ลดลงร้อยละ 50 และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการ

จัดการความปวดอยู่ในระดับมาก (Mean=4.57,S.D 0.54)

3) ด้านภาคีเครือข่ายบริการในชุมชนมีความและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นจากก่อนและหลัง ร้อยละ 60 เป็น 80 ตามลำดับ ความพึงพอใจในในการประเมินอาการปวดด้วยมาตรวัดฉบับพกพา 70% แต่ยังต้องปรับปรุง ความพึงพอใจในการใช้ Link ประเมิน PPS score อสม.และCG คิดเป็นร้อยละ 76.32 (อสม.CG บางพื้นที่สูงอายุ,บางพื้นที่ไม่มีอินเตอร์เน็ต)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อำเภอยางสีสุราช คือ P-A-I-N Model ประกอบด้วย 1) Pain & Performance : การประเมินอาการปวดและความสามารถในการช่วยเหลือทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในครอบครัว มีการกำหนด กำกับติดตาม แนวทางประเมินความปวดที่ชัดเจน 2) Assurance of guiline : มีแนวทางปฏิบัติคู่มือการจัดการความปวด 3) Information & Communication: การบันทึกข้อมูล Pain score การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พัฒนา Link ในการประเมินอาการปวด มี PCWN ระหว่างหน่วยงานและผู้ดูแลที่บ้านเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและคลิปสั้นการให้ยา 4) Net Work : เครือข่ายเข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลในชุมชน พบว่าระดับคะแนนความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากระดับรุนแรง หลังได้รับการจัดการ 48 ชม.พบว่าลดลงร้อยละ50 และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก (Mean=4.57,S.D 0.54) เครือข่ายบริการในชุมชนมีความพึงพอใจในในการประเมินโดยใช้ Link ประเมิน PPS score อสม.และCG มีทักษะและความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลอาการปวดเพิ่มขึ้น จากการดำเนินงานดังกล่าวนับว่าประสบความสำเร็จและผลลัพธ์ที่ดีในการนำมาใช้ ในการพัฒนางานประจำที่ประสบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน สู่งานวิจัย ทำให้การทำงานมีความท้าทายและความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหาร การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้กลับไปใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตและตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ มนต์รัตน์ ภูกองชัย [10] ที่ได้ศึกษา เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับระดับความปวด วิธีการบรรเทาปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก บุคลากรมีความพึงพอใจ หน่วยงานมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน น่าเชื่อถือ ทำให้มีผลงาน คุณภาพและหลักฐานการประกันคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความปวด ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเป็นระบบ คะแนนความปวดลดลง ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ จาก7.32 เป็น 2.20 ความรุนแรงของระดับความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งหลังใช้แนวปฏิบัติระดับสูงมากผู้ป่วยและครอบครัว มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

และการศึกษา สารสิน กิตติโพวานนท์,รัตนาภรณ์ ประชากูล [11] ที่ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีมแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี รวมถึงทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ.จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน 4) จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดย แพทย์และพยาบาล Manager ประเมินผล พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์จากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ปี 2562-2564 ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ร้อยละ 9.38,90.35,95.20 ได้รับการบรรเทาปวดด้วย MO ร้อยละ 91.22,100,100 มีความปวดลดลง ร้อยละ 75.47, 82.56, 80.20 มีอาการเหนื่อยล้าลดลงร้อยละ 68.75,78.57, 83.33 มีอาการหายใจลำบาก ภาวะหายใจลำบากลดลงร้อยละ 76.36, 80.26, 82.10และผลลัพธ์ตามเกณฑ์การพยาบาลพบว่าผู้ป่วย PPS≤60 เข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบประคับประคองร้อยละ 94.56, 98.80 ,100 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100, 100, 100

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำคู่มือและแนวทางในการจัดการอาการปวดตั้งแต่ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย พยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ อสม., CG ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การฟื้นฟูองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลประคับประคองควรมี อย่างสม่ำเสมอ การกำกับติดตาม การปฏิบัติงานของ Reception PCWN โดย PCN เป็นพี่เลี้ยงและเปิดโอกาสให้มีการวางแผนในการแก้ไขปัญหาในทีม พร้อมกับการเสริมกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลดุจญาติมิตร และการสะท้อนผลของเครือข่ายชุมชุมในขณะติดตามเยี่ยมบ้านทำให้มีการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมในแต่ละราย สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ครบทั้ง4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเชื่อมโยงข้อมูลส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดที่เหมาะสมทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2565 กลุ่มงานดิจิตัลทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ[อินเตอร์เน็ต].2565[เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค.10]เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2565/index.html
2. พุทธพร แก้วมีศรี, ลัดดาวัลย์ เส็งกันไพร. การแพร่กระจายของมะเร็ง และเป้าหมายสำหรับการรักษา ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562; 34(2): 211-226
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย.พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ; 2558.
4. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) พิมพ์ครั้งที่ 1 : บริษัท สร้างสื่อจำกัด. นนทบุรี ; 2558.
5. ปริพนธ์ พิชยพาณิชย์. ชวลิต ชยางศุ. ปวดจากมะเร็ง สำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคคลที่สนใจ.วารสารแพทย์โรงพยาบาลสีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.2564;36(2):475-84.

6. ศศิกานต์ นิมมานรัชต์.Pain&pain management in special population. ใน: ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, ชัชชัย ปรีชาไว ,บรรณาธิการ. ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ.สงขลา:ชานเมืองการพิมพ์;2550.หน้า 16-25.
7. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.ใน: ลักษณมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.กรุงเทพมหานคร:โอเอสพริ้นติ้งเฮ้าส์;2547.หน้า 35-40.
8. นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล.บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563: 21 (1): 26-34.
9. Kemmis, S & Mctaggart. R. The Action Research Planer (3 rd ed.) Victoria: Deakin University;1988.
10. มนต์รัตน์ ภูกองชัย. แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563. 5 (4): 128-135.
11. สารสิน กิตติโพวานนท์,,รัตนาภรณ์ ประชากูล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565. 7 (4): 64-74.

พัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

Develop the process of preventing repeated pregnancy in adolescents by participating network partners in the context of community hospitals.

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

จินตหรา ปัญโยวัฒน์[1]
Jintara panyowat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น 10-19 ปี ผู้มีส่วนร่วมวิจัยประกอบด้วย1) วัยรุ่นที่มาคลอดโรงพยาบาลนาเชือก จำนวน 60 ราย , 2) ผู้ให้คำปรึกษา/ติดตามต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ ANC จำนวน 3 ราย 3) เจ้าหน้าที่ห้องคลอด จำนวน 7 ราย,4) เจ้าหน้าที่คลินิกวัยรุ่นจำนวน 8 ราย 5) เจ้าหน้าที่รพ.สต จำนวน 12 ราย 6) อสม บัดดี้ 12 ราย ,7) ผู้ปกครองหรือสามีของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 60 ราย ดำเนินงานวิจัย ในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินงานระหว่าง เดือนตุลาคม 2563 – กันยายน 2565

ผลการวิจัยพบว่า เกิดกระบวนการพัฒนา 3 วงจรปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ท PAOR มีการเชื่อมโยงกระบวนการดูแล ระหว่างโรงพยาบาลครอบครัว, อสม และ รพ.สต, 1) แผนกฝากครรภ์ (anc)ให้ความรู้ให้บริการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว หญิงตั้งครรภ์และญาติ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการวางแผนคุมกำเนิดที่ถูกวิธี,2)คลินิกวัยรุ่นรับให้คำปรึกษา (Youth Friendly HealthServices) กรณีมารดาหลังคลอดที่ยังไม่ตัดสินใจในการคุมกำเนิดไม่ได้ ยังมีความลังเลใจ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พร้อมเบอร์โทรผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นให้มารดาตั้งครรภ์เพื่อเปิดช่องทางการติดต่อสื่อสาร 3) ห้องคลอด(Labour Room) ให้ความรู้เรื่องการการวางแผนครอบครัวหลังคลอดพร้อมญาติ กำหนด วัน เวลา สถานที่ในการคุมกำเนิดการวางแผนครอบครัวไม่เกิน 7 วันหลังคลอดที่มาตรวจแผลฝีเย็บ 4) ครอบครัว(Home) มีส่วนร่วมวางแผนในการคุมกำเนิดเพราะครอบครัวมีอำนาจในการช่วยเหลือ เสริมแรงในการคุมกำเนิด 5) ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมเจ้าหน้าที่รพ.สต อสม.เนื่องจากมีหน้ารับข้อมูลหลังจากที่จากคลินิกวัยรุ่นในการประสานให้เยี่ยมบ้าน มารดาหลังคลอดในวัยรุ่น7วันหลังคลอด ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์กระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ANC -YFHS - LR- Family planning – home อำเภอนาเชือก ไม่พบมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ

คำสำคัญ: วัยรุ่น,กระบวนการ,การตั้งครรภ์ซ้ำ, การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

Abstract

This operational research aims to develop the process of preventing repeated pregnancies in mothers of adolescents 10-19 years old. The participants in the study include 1) 60 teenagers who came to give birth at Na Loi Hospital, 2) 3 counseling/continuous ANC staff 3) 7 delivery room staff, 4) 8 adolescent clinic staff 5.) Hospital staff. 12 cases 6) 12 VHV buddy cases, 7) 60 parents or husbands of pregnant women conducted research in Na Loi District, Maha Sarakham Province, conducted between October 2020 - September 2022.

The results of the research found that there was a development process of 3 operating cycles based on the concept of chemistry and magtagart PAOR. There is a link to the care process between family hospitals, VHVs and hospitals. Sor, 1) Department of Maternity Care (anc) provides knowledge about family planning, pregnant women and relatives in order to participate in making the right contraceptive planning decisions, 2) Adolescent Clinic for counseling (Youth Friendly HealthServices) In the case of postpartum mothers who have not yet decided on contraception, there is still hesitation. Provide knowledge about pregnancy prevention with the phone number of the person in charge of adolescent work for pregnant mothers to open communication channels. 3) The delivery room (Labour Room) provides knowledge about family planning after giving birth with relatives. Determine the date,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาเชือก

time, and place for contraception, family planning no more than 7 days after birth who come to check the perineum. 4) Family (Home) participates in planning contraception because the family has the power to help. Reinforced in contraception 5) Follow up on home visits with hospital staff. VHV. Because there is a page to receive information from the place after the adolescent clinic in coordination with home visits. Postpartum mothers in adolescents 7 days after giving birth Resulting in results The process of preventing repeated pregnancy in teenage mothers ANC - YFHS - LR- Family planning - home Na Loi District Did not find teenage mothers who were pregnant again.
Keywords: adolescence,process,recurrent pregnancy,pregnancy prevention

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาใหญ่มาก สำหรับประเทศไทย และในเมื่อมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกเกิดขึ้น การตั้งครรภ์ซ้ำก็จะตามมา ซึ่งสาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น เกิดจาก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวมารดาวัยรุ่นเอง ได้แก่ ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการคุมกำเนิด ขาดความตระหนักในการป้องกันคุมกำเนิด และต้องพึ่งพิงสามีทางด้านเศรษฐกิจจึงผูกมัดสามีด้วยการมีลูก สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1. การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว 2. การยอมรับการตั้งครรภ์จากกลุ่มเพื่อน และญาติและ, 3. การไม่ได้รับการคุมกำเนิดในช่วงเวลาที่เหมาะสม[1] ประเทศไทยพบการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษ ที่ผ่านมา ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขพบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 95,000 คน ในปี พ.ศ. 2546 เป็นประมาณ 104,300 คน ในปี 2558 ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตรโดยวัยรุ่นที่มีอายุน้อย คืออายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณปีละ 3,000 คน นอกจากนั้น วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอด เป็นครั้งที่สองขึ้นไปมีมากถึง 12,700 คน หรือเท่ากับร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ทั้งหมด การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่มีบุตรแล้วเกือบครึ่งหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับยากจนมาก ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และพื้นที่นอกเขตเทศบาลมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าพื้นที่ในเขตเทศบาล [2] และ จากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้งของวัยรุ่น[3] พบว่า มีหลายปัจจัยที่นำมาซึ่งปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการทำแท้ง ได้แก่ ทัศนคติของวัยรุ่นเกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง ความคล้อยตามความคิดเห็นของกลุ่มคน ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง หรือทำตามคำแนะนำของกลุ่มคนที่เคารพ หรือเชื่อถือ ไว้วางใจ และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งในปัจจุบันพบข้อมูลที่น่าสนใจ คือ ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีมากขึ้น

จากสำรวจข้อมูล โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัด มหาสารคาม พบว่า ไม่มีกระบวนการดูแลมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่ชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่น ในปีงบประมาณ 2561 – 2563 มีจำนวนมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 14.15,14.71และ 19.05 ตามลำดับ และส่งผล ให้มีมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำเกินเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 14.5 ทำให้เกิดการตระหนักในการพัฒนาแนวทางในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ดูแล งานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นระดับอำเภอ ในการดูแลให้คำปรึกษาให้ความรู้เรื่องการวางแผน เพื่อให้สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงน้อยกว่า 20 ปี ดังนั้น การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์จึงมีความสนใจในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1.เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในอำเภอนาเชือก

2.เพื่อพัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี

3.เพื่อประเมินผลกระบวนการการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นโดยภาคีเครือข่าย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ เคมมิสและแม็คแท็กการ์ทกำหนดขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน และการศึกษาพัฒนาระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 จำนวน 2 ปี

พื้นที่ศึกษา อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) มารดาวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี ในอำเภอนาเชือก จำนวน 60 คน 2) ผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ ANC จำนวน 3 ราย 2) เจ้าหน้าที่ห้องคลอดจำนวน 7 ราย 3) เจ้าหน้าที่คลินิกวัยรุ่นจำนวน 8 ราย 4) เจ้าหน้าที่ รพ.สต จำนวน 12 ราย 5) อสม . บัดดี้ 12 ราย 6) ผู้ปกครองหรือสามีของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 60 ราย รวมทั้งหมด 102 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.แบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึกมารดาวัยรุ่นและญาติ

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของแม่วัยรุ่นบุตรและคู่สมรส อายุ สถานภาพครอบครัว อาชีพ การศึกษา ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม สภาวะสุขภาพของบุตร[4]

1.2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ช่วงวัยรุ่นที่ผ่านมาระดับการศึกษา การคบเพื่อน การคบหาเพื่อนชาย[4]

2.แบบรายงานการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น[4]

3.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป [4]

4.แบบสำรวจเชิงรุกมารดาหลังคลอด[4]

5.แบบบันทึกการติดตามการคุมกำเนิดผ่านการประเมินจริยธรรม โรงพยาบาลนาเชือกเลขที่ EC2563-20 ลงวันที่เดือน 17 สิงหาคม 2563

วิธีการดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

1. จากการวิเคราะห์เจ้าหน้าฝากครรภ์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่ามีมารดาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น มารดาตั้งครรภ์ซ้ำจำนวนเพิ่มขึ้นปี 2563 ร้อยละ 19.05 ตามลำดับ เกินเกณฑ์ ร้อยละ 14.5 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำมีดังนี้ 1.ไม่มีกระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ที่ชัดเจน เช่น ระบบการให้ความรู้วัยรุ่นและครอบครัวระบบการนัดวางแผนครอบครัวซึ่งไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน

2. พบปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

2.1ปัจจัยภายในตัวมารดาวัยรุ่นได้แก่ ,1. ลืมทานยาคุมกำเนิดร้อยละ 24 , 2) ขาดความรู้ในการคุมกำเนิดร้อยละ 8.3 , 3) รับประทานยาคุมฉุกเฉินไม่ตรงเวลาร้อยละ 12.5 ,4) ไม่วางแผนการคุมกำเนิดร้อยละ 4.41

2.2 ปัจจัยภายนอกตัวมารดาวัยรุ่น ,1) ครอบครัวต้องการมีบุตรร้อยละ 1.8 , 2) ครอบครัวมีอิทธิพลในการมีส่วนร่วมในการวางแผนในการคุมกำเนิดของวัยรุ่นร้อยละ 6,3.) เปลี่ยนสามีใหม่ร้อยละ 1.8 , 4) ไม่ได้ศึกษาต่อ ร้อยละ 4.2 ,5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและเกิดการหย่าร้างร้อยละ 24

ขั้นตอนที่ 2 ระยะพัฒนา

วงจรการพัฒนาที่ 1 (ดำเนินการระหว่าง เดือน ตุลาคม 2563 – เมษายน 2564)

Plan: ประชุมทีมวางแผนวิเคราะห์ปัญหาเน้นการบริการในชุมชนเนื่องจากกระบวนการดูแลในชุมชนไม่เป็นกระบวนการเดียวกัน จึงมีการสนทนาให้มีส่วนร่วม โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด คลินิกวัยรุ่น ให้แต่ละแผนกรู้จักบทบาทหน้าที่

Action: 1.กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมดังนี้

- แผนกฝากครรภ์ (ANC)ให้ความรู้ ให้บริการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว หญิงตั้งครรภ์

และญาติ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผนคุมกำเนิดที่ถูกวิธี

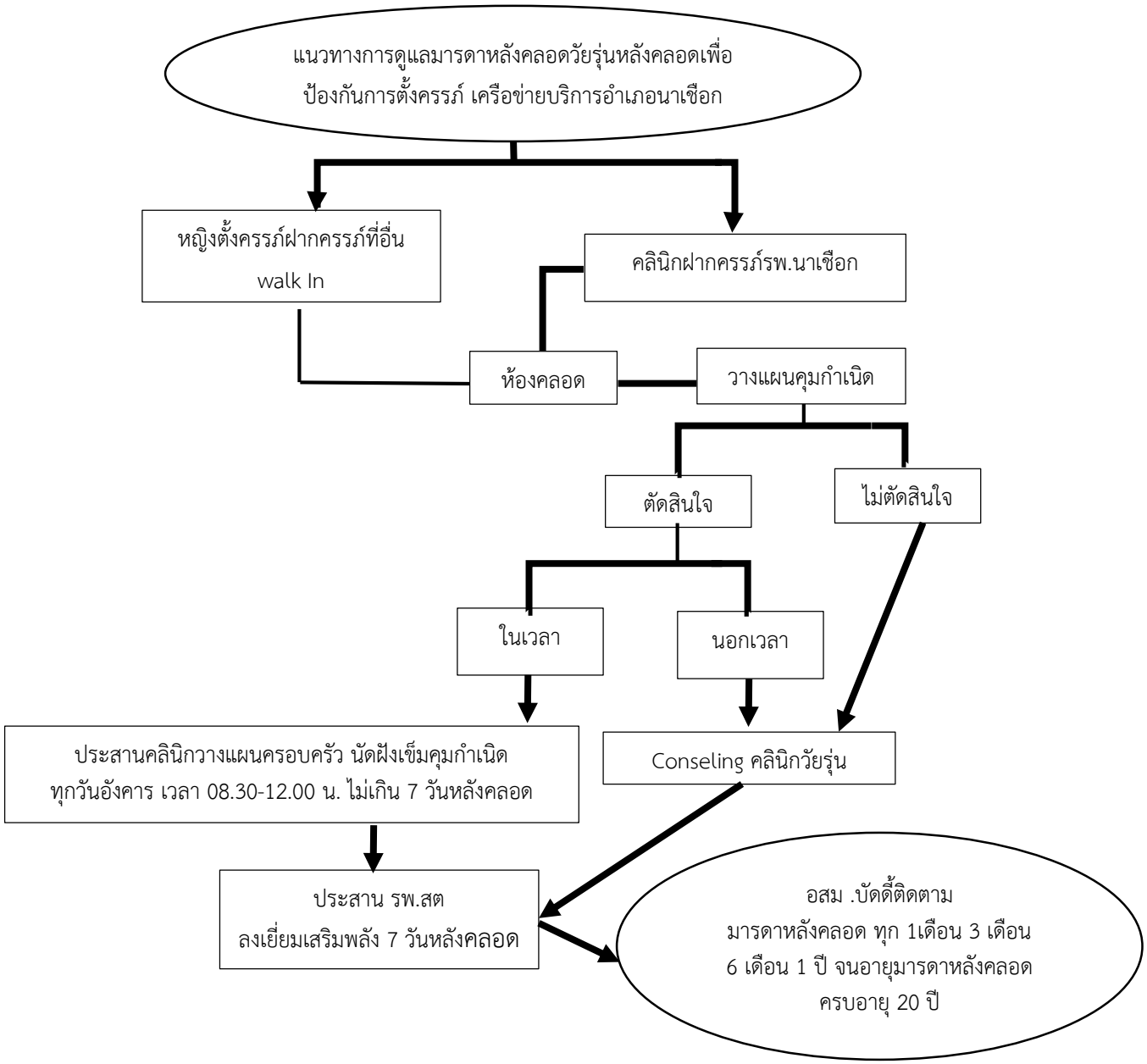
- คลินิกวัยรุ่นรับคำปรึกษา (Youth Friendly Health Services) กรณีมารดาหลังคลอดที่ยังไม่ตัดสินใจในการคุมกำเนิดไม่ได้ ยังมีความลังเลใจ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พร้อมเบอร์โทรผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นให้มารดาตั้งครรภ์เพื่อเปิดช่องทางการติดต่อสื่อสาร

- ห้องคลอด (Labour Room) ให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวหลังคลอด พร้อมญาติกำหนด วัน เวลา สถานที่ในการคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว ไม่เกิน 7 วันหลังคลอดที่มาตรวจแผลฝีเย็บ

2.ครอบครัว(Family planning) ครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนในการคุมกำเนิดเพราะครอบครัวมีอำนาจในการช่วยเหลือ เสริมแรงในการคุมกำเนิด

3.จัดทำแนวทางการติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางline กลุ่มมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลนาเชือก

4.จัดทำFlow แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดวัยรุ่นป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ชัดเจน



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก

Observe : ยังพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด ปฏิบัติแนวทางที่กำหนด ยังพบว่ามีการตั้งครรภ์ซ้ำในมารวัยรุ่น 7 ราย จากการมารดาวัยรุ่นเนื่องจากคุมกำเนิดโดยการลืมรับประทานยา

Reflect : ได้สะท้อนปัญหาผู้ดูแลทราบ เพื่อแก้ปัญหา นำไปแก้ปัญหารอบที่ 2 ต่อไป

วงจรการพัฒนาที่ 2 (การดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 - กันยายน 2565)

Plan:ประชุมทีมวางแผนวิเคราะห์ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นเนื่องจากลืมคุมกำเนิดโดยการลืมรับประทานยาคุมกำเนิด

Action : 1.จัดทำแนวทางการนัดมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มายาฝังคุมกำเนิดที่ชัดเจน หลังจากจำหน่ายหลังคลอด 7 วัน นัดเข้าคลินิกวางแผนครอบครัวทุกวันอังคาร เวลา 08.30-12.00 น.ลงในสมุดฝากครรภ์สีชมพูในตารางการนัด วัน เวลา สถานที่ และติดตามการฝังเข็มในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทุกราย

2.ติดตามเยี่ยมบ้าน(Home) เจ้าหน้าที่ รพ.สต และ อสม.ติดตามเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดในวัยรุ่น 7 วัน หลังคลอด เพื่อเยี่ยมเสริมพลังสร้างความมั่นใจต่อเนื่อง ทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน ทุก 1 ปี จนอายุมารดาหลังคลอดครบอายุ 20 ปี

Observe:เครือข่าย รพ.สต อสม มีกระบวนการและรู้จักบทบาทหน้าในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ชัดเจน บุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายอำเภอนาเชือก มีความมั่นใจในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

Reflect:การพัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีกระบวนการที่ชัดเจน ทีมผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด รพ.สต อสม.มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและไม่พบมารดาวัยรุ่นหลังคลอดตั้งครรภ์ซ้ำ

ขั้นตอนที่3 ระยะประเมินผล

ประเมินผลระยะที่ 1.ระยะสถานการณ์ ก่อนการประเมินสถานการณ์ อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ปี 2561-2564 ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 14.15,14.71 ,19.05 และ 22.21 หลังจากการวิจัยผลลัพธ์ที่ได้ ปี 2565 ไม่พบมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำและได้คุมกำเนิดฝังเข็มคุมกำเนิดร้อยละ 100

ประเมินผล ขั้นตอนที่ 2 ระยะพัฒนา

1.เกิดกระบวนการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดตั้งแต่ ANC -YFHS -LR- Family planning – Home มีการเชื่อมโยงกระบวนการดูแลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต อสมและครอบครัว มีส่วนร่วมดังนี้

- ANC แผนกฝากครรภ์ ให้ความรู้ ให้บริการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว หญิงตั้งครรภ์และญาติ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผนคุมกำเนิดที่ถูกวิธี

- YFHS คลินิกวัยรุ่น consult กรณีมารดาหลังคลอดที่ยังไม่ตัดสินใจในการคุมกำเนิดไม่ได้ ยังมีความลังเลใจ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ พร้อมเบอร์โทรผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นให้มารดาตั้งครรภ์เพื่อเปิดช่องทางการติดต่อสื่อสาร

- LR ห้องคลอดให้ความรู้เรื่องการการวางแผนครอบครัวหลังคลอดพร้อมญาติ กำหนด วัน เวลา สถานที่ในการคุมกำเนิดการวางแผนครอบครัว ไม่เกิน 7 วันหลังคลอดที่มาตรวจแผลฝีเย็บ

- Family planning ครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนในการคุมกำเนิดเพราะครอบครัวมีอำนาจในการ ช่วยเหลือ เสริมแรงในการคุมกำเนิด

- เจ้าหน้าที่ รพ.สต อสม.บัดดี้ในหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเยี่ยมเสริมพลังทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน ทุก 1 ปี สร้างความมั่นใจต่อเนื่อง จนอายุมารดาหลังคลอด 20 ปี

2.Home ติดตามเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่ รพ.สต อสม.เนื่องจากมีหน้ารับข้อมูล จากที่หลังจากคลินิกวัยรุ่นในการประสานให้เยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดในวัยรุ่น 7 วัน หลังคลอด เจ้าหน้าที่รพ.สต อสม.บัดดี้ในหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเยี่ยมเสริมพลังทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน ทุก 1 ปี สร้างความมั่นใจจนอายุมารดาวัยรุ่นครบ 20 ปี

3.มีแนวทางการติดต่อสื่อสารผ่านช่องทาง LINE กลุ่มมารดาหลังคลอดในอำเภอนาเชือกที่ชัดเจน

4.มีแนวทางการนัดมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมาฝังเข็มคุมกำเนิดที่ชัดเจน หลังจากจำหน่ายหลังคลอด 7 วันนัดเข้าคลินิกวางแผนครอบครัว ทุกวันอังคารเวลา 08.30 ถึง 12.00 น. ลงในสมุดฝากครรภ์สีชมพู ในตารางวันนัด วัน เวลา สถานที่ และมีการติดตามการฝังยาคุมกำเนิด

5. ติดตามเยี่ยมบ้าน Home เจ้าหน้าที่ รพ.สต อสม.เนื่องจากมีหน้าที่รับข้อมูลจากที่หลังจากคลินิกวัยรุ่นในการประสานให้เยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดในวัยรุ่น 7 วัน หลังคลอด เจ้าหน้าที่รพ.สต อสม.บัดดี้ในหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเยี่ยมเสริมพลังทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน ทุก 1 ปี

2.ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิด 100 % และไม่พบการตั้งครรภ์ซ้ำในมารวัยรุ่น

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ที่จัดทำโดยใช้กระบวนการ 2 วงรอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยภาคีเรือข่ายมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย โดยมีแนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ชัดเจน ใช้กระบวนการ ANC - YFHS -LR - Family planning - home เพื่อเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัว โดยเน้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลลัพธ์เชิงปริมาณ คือมารดาวัยรุ่นไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกันตัวชี้วัด ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งจากที่กล่าวมา ทั้งหมดทำให้สรุปผลลัพธ์ ของการวิจัยได้ว่า การพัฒนาการกระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นโดยมีภาคีเครือข่ายมี ส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และควรนำกระบวนการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆต่อไป[5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ การนำวิจัยไปใช้

การนำรูปแบบการพัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ไปใช้ควรศึกษาบริบทของพื้นที่ให้ความสอดคล้องกับงานวิจัยและมีความพร้อมในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะ ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบการพัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นขยายผลไปศึกษาต่อในพื้นที่อื่น

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคามทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น ญาติมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น พยาบาลผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.เกตย์สิรี ศรีวิไล.(2559)การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข . (2560). รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น

3. ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ ขวัญใจ เพทายประกายเพชร .(2559). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง: แนวทางป้องกันสำหรับวัยรุ่น.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ , 32(2)

4. มัลลิตา กัณฑาพันธุ์.(2562).ประสบการณ์เป็นมารดาของแม่วัยรุ่นในจังหวัดหนองบัวลำพูน
5. อรอุมา ทางดี. (2559). การป้องกันและประสบการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จังหวัดนนทบุรี. ในวิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง.มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
6.ทิพานันท์ แดนสีแก้วและคณะ. (2566).การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม.วารสารการวิจัยพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพแบบรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2563
7.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2563). ประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. สืบค้นจากHTTPS://KB.HSRI.OR.TH/DSPACE/HANDLE/11228 /5245?LOCALE-ATTRIBUTE=TH

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

Development of Nursing Practice Guideline for Nurse Anesthetists to Prevent ostpartum Hemorrhage after Cesarean Section in the Post-anesthesia Care Unit at Phayakkhaphumphisai Hospital.

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

นิติยา หวังสันติวงศา[1]บัณฑิต หวังสันติวงศา[2], นริศรา มาลี[3], ราตรี อันปัญญา[1]
Nitiya Wangsantiwongsa[1]Bundit Wangsantiwongsa[2], Narisara Malee[3], Ratree Unpanya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย กลุ่มตัวอย่างเป็น มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เข้าพักฟื้นในห้องพักฟื้นจำนวน 62 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ และแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินการหดรัดตัวของมดลูก การดูแลกรณีมดลูกหดรัดตัวดีและหดรัดตัวไม่ดี การประเมินเลือดออกทางช่องคลอด การรายงานแพทย์ การส่งต่อข้อมูล การจำหน่ายจากห้องพักฟื้น ประเมินผลพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกด้าน มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากที่สุด มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี จำนวน 3 คน(4.84 %) ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ผ่าตัดซ้ำ และตัดมดลูก ส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ตกเลือดหลังคลอด การผ่าตัดคลอด

Abstract

This study was action research aimed to develop nurse practice guideline for nurse anesthetists to prevent postpartum hemorrhage (PPH) after cesarean section in post anesthetic care unit (PACU), Phayakkhaphumpisai hospital. The study involved 62 postpartum who underwent cesarean section and were recovering at PACU. Data will be collected using patient care records after anesthesia, a satisfaction questionnaire regarding the practices, and an observation form for compliance with nursing practices. Quantitative data will be analyzed using descriptive statistics, such as frequency distribution and percentage

The study found that: The nursing practice guidelines for anesthesia nurses to prevent postopartum hemorrhage in the recovery room of Phayakkhaphumiphisai Hospital, which were developed, consisted of guidelines for assessing patient condition, assessing uterine contractions, caring for both good and bad uterine contractions, assessing vaginal bleeding, reporting to physicians, transferring information, and discharge from the recovery room. The evaluation found that nursing personnel increasingly followed the nursing practice guidelines in all aspects and were highest satisfied with the nursing practice guidelines. Three mothers (4.84%) had poor uterine contractions after cesarean section. There were no postpartum hemorrhage, repeat surgery, or hysterectomy, resulting in safe postpartum mothers.

Keywords: Nursing Practice Guideline, Postpartum Hemorrhage, Cesarean Section

[1] พย.บ.โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
[2] พ.บ.โรงพยาบาลยางสีสุราช
[3] พ.บ.โรงพยาบาลวาปีปทุม

บทนำ

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ เพื่อขับทารก รก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกของมารดาสู่ภายนอกหากมารดาหรือทารกในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤติแพทย์ผู้ดูแลจะพิจารณาช่วยคลอดโดยการผ่าตัด การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Cesarean section) คือ การผ่าตัดเพื่อคลอดทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องเป็นวิธีช่วยเหลือมารดาหรือทารกในครรภ์เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ [1] โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในด้านมารดาและทารก โดยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งนี้อาจเกิดจากจากตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัยมากขึ้นทำให้ทราบความผิดปกติอีกทั้งส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการของมารดาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลมีความก้าวหน้า และปลอดภัยจึงยิ่งทำให้อัตราผ่าตัดคลอดบุตรสูงขึ้น แต่ว่ายังมีความเสี่ยงสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอดเกือบ 3 เท่า โดยมีสาเหตุสำคัญคือ ภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา 5 อันดับแรกทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังไม่พัฒนา (1/100,00 – 1/1,000) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) หมายถึงภาวะที่มีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมีเลือดออกร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด รวมการเสียเลือดช่วงที่เจ็บครรภ์คลอดด้วย [2] โดยสาเหตุหลักที่พบมากที่สุดเกิดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว (uterine atony) มารดากลุ่มที่มีความเสี่ยงได้แก่ มารดาที่มีภาวะการขยายตัวของมดลูกมาก เช่น ครรภ์แฝด (twin pregnancy) ครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) ทารกตัวโต (fetal macrosomia) [3] มารดามีน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์มาก, มารดาตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4, การคลอดที่ได้รับยากระตุ้นการคลอด, การเจ็บครรภ์คลอดที่เนิ่นนาน, มีประวัติการตกเลือดในครรภ์ก่อน และการคลอดโดยหัตถการช่วยคลอด เช่น การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) การคลอดโดยใช่คีมคีบ (Forceps extraction) และ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) อุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบได้ร้อยละ 0.19, 0.36, 0.47 ในโรงพยาบาลมหาสารคาม [4] ผลต่อเนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดปริมาณมากเกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัวนำไปสู่การตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิต จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ สู่แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายผลลัพธ์การดำเนินงานอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติโดยภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องทุกระดับตั้งแต่ระดับกระทรวงสาธารณสุขสู่เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย จึงจะทำให้งานบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้ จากฐานข้อมูลเขตสุขภาพที่ 7 ผลลัพธ์การดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 ประเทศมีอัตราการตายของมารดา 25.9 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สำหรับเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดา 19.8 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมของประเทศแต่ยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย โดยมีมารดาเสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย จังหวัดขอนแก่น 3 ราย จังหวัดมหาสารคาม 2 ราย จังหวัดร้อยเอ็ด 1 ราย วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั้ง 6 ราย พบว่าร้อยละ 75 คือ Delay in receiving adequate health care ซึ่งเป็นความล่าช้าด้านการบริการของหน่วยบริการสาธารณสุข และสาเหตุมาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย ในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดมหาสารคาม การป้องกันเพื่อลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นสามารถทำได้โดยการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เป็นโรงพยาบาลขนาด M2 (Middle – Level Hospital) ที่ให้บริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากสถิติข้อมูลคลอดของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ปีงบประมาณ

2561 – 2565พบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นคือ จำนวน 192 (23.65%), 221 (30.69 %), 344 (43.16 %), 466 (56.55 %) และ 461 (57.55 %) ตามลำดับ และในช่วงไตรมาสที่ 1 - 2 ปีงบประมาณ 2566 เกิดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นรุนแรงจนแพทย์ต้องตัดสินใจผ่าตัดซ้ำ (Reoperation) และตัดมดลูก จำนวน 2 ราย เกิดการทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อหาสาเหตุ และแนวทางป้องกันแก้ไขร่วมกัน ผลจากการทบทวนพบว่าการประเมินผู้ป่วย การประเมินภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวัง การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นของหน่วยงานวิสัญญีไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันของวิสัญญีพยาบาล ในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาได้มีการตื่นตัวอย่างมากในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ผ่านเครื่องมือที่สำคัญต่าง ๆ เช่น Clinical practice guideline, protocols ทั้งนี้เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเกิดผลลัพธ์ที่ดีและนำไปสู่เป้าหมายหลักคือ คุณภาพ จากปัญหาดังกล่าวจึงนำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

3. ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) [5,6,7] โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบของ Evidence Based Practice Model ของ Soukup, 2000 ระยะเวลาในการวิจัย เดือนสิงหาคม 2565 – กันยายน 2566

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 10 คน 2) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นทั้งหมด 6 คน และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้ารับบริการ พักฟื้นในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ระหว่างเดือนเมษายน 2566 - กันยายน 2566 ทั้งหมด 62 ราย โดยตัดมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดขณะทำการผ่าตัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วย แนวปฏิบัติการประเมินการหดรัดตัวของมดลูก แนวปฏิบัติการดูแลกรณีมดลูกหดรัดตัวดีและหดรัดตัวไม่ดี การประเมินเลือดออกทางช่องคลอด แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูล แนวปฏิบัติการรายงานแพทย์ แนวปฏิบัติการจำหน่ายจากห้องพักฟื้น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก (Post anesthesia Record form) ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ประกอบด้วย Anesthetic technique,

Conscious, Respiratory status, V/S, EKG, PARS, Pain score, Sedation score, N/V score, Anesthetic level, PADSS, I/O Summary, Post anesthesia incidence และส่วนของ Nurse's note ประกอบด้วย เวลา ปัญหา กิจกรรมการพยาบาล และ ประเมินผลการให้การพยาบาล

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย (IOC 0.90) ซึ่งครอบคลุมในเรื่องแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่าย แนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้ แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วย แนวปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบ เลือกตอบ 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจ มากพึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อยและพึงพอใจน้อยที่สุด โดยคะแนน 5 คือ คือ ความพึงพอใจมากที่สุด และ 1 คือ ความพึงพอใจน้อยที่สุด

4) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย (IOC 0.92) ซึ่งเป็นแบบประเมิน การปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ ที่ตรงตามการปฏิบัติในรายการประเมิน หรือ NA กรณีรายการประเมินข้อใดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรายนั้น ๆ

โดยเครื่องมือดังกล่าว ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก (Post anesthesia Record form) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.66 – 1 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.85, 0.81 และ 0.81 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ศึกษาจากเวชระเบียนของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เกี่ยวกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องรุนแรงเกิดผ่าตัดซ้ำ (Reoperation) และตัดมดลูกได้หัวข้อที่จะนำมากำหนดแนวปฏิบัติ คือ การประเมินการเฝ้าระวัง และการป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น

ขั้นตอนที่ 1 Evidence-trigger phase ร่วมกับทีมพัฒนาซึ่งประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด รวบรวมปัญหาที่พบบ่อยจากการปฏิบัติงานคือ ปัญหาการประเมิน การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวัง เพื่อให้เกิดความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในการที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือที่ผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบและมีความทันสมัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 Evidence-supported phase ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. กำหนดตามกรอบการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิดตาม PICO framework (P = Population คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลหลังผ่าตัด

คลอดทางหน้าท้อง, I = Intervention แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, C = Comparison intervention การเปรียบเทียบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, O = Outcomes ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง) กำหนดแหล่งข้อมูลหรือฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

2. สืบค้นจากงานวิจัยทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ปี ค.ศ. 2013 ถึงปัจจุบัน และ พ.ศ. 2556 ถึงปัจจุบัน สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เช่น Thai Nursing Research Database, Thai Journal of Anesthesiology, The Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature

3. กำหนด Key words ภาษาอังกฤษคือ Nursing Practice Guideline, Postpartum Hemorrhage, Cesarean Section และภาษาไทย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล ตกเลือดหลังคลอด การผ่าตัดคลอด เพื่อสืบค้น และคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยที่สืบค้นทั้งหมด 15 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพงานวิจัยของ The National Guideline Clearinghouse, 2007 ดังนี้ ระดับ 1 หลักฐานอ้างอิงจากการทบทวน งานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างและ มีกลุ่มควบคุมทั้งหมด ระดับ 2 หลักฐานข้อมูลได้มาจากงานวิจัย ที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างและมีการ ควบคุมอย่างน้อย 1 รายงาน ระดับ 3 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) หลักฐานข้อมูลได้มาจากงานวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง 2) หลักฐานข้อมูลได้มาจากงานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้าหรือแบบย้อนหลังที่มีการศึกษาจากหลายสถาบันหรือหลายกลุ่ม 3) หลักฐานข้อมูลได้จากงานวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลระยะยาวทั้งที่มีและไม่มีการจัดกระทำรวมทั้งงานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการควบคุม ระดับ 4 หลักฐานข้อมูลได้จากแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกหรือการวิจัยเชิงพรรณนา ผลคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง, ระดับ 2 จำนวน 5 เรื่อง, ระดับ 3 จำนวน 5 เรื่อง และ ระดับ 4 จำนวน 3 เรื่อง นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทำการสังเคราะห์ และประเมินความเป็นไปได้นำมาจัดเป็นข้อเสนอแนะ และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการศึกษาครั้งนี้

ยกร่างแนวปฏิบัตินำเสนอกับหน่วยงานเพื่อขอความคิดเห็น และพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ หาข้อสรุปของเนื้อหาในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยและปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 Evidence-observed phase นำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยไปทดลองใช้ในการให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้ารับบริการพักฟื้นในห้องพักฟื้น จำนวน 5 ราย ในเดือนเมษายน 2566 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยมาทบทวนและประเมินผลปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 4 Evidence-based phase โดยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยไปใช้จริงในหน่วยงาน กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้ารับบริการพักฟื้นในห้องพัก

ฟื้น เดือนเมษายน 2566 – กันยายน 2566 รวม 62 ราย

ระยะที่ 3 ประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จากผลลัพธ์การดูแล ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

จริยธรรมงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย EC เลขที่ 20/2565 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565

ผลการศึกษา

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ประกอบด้วย การประเมินสภาพหลังการผ่าตัดระงับความรู้สึก การประเมินการหดรัดตัวของมดลูก การประเมินเลือดออกทางช่องคลอด การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลกรณีมดลูกหดรัดตัวดี และหดรัดตัวไม่ดี การรายงานแพทย์ การส่งต่อข้อมูล และการจำหน่ายจากห้องพักฟื้น โดยขั้นตอนเริ่มตั้งแต่วิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดส่งต่อข้อมูลการระงับความรู้สึกและข้อมูลสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังแก่วิสัญญีพยาบาลประจำห้องพักฟื้น พยาบาลส่งเครื่องมือส่งข้อมูลวินิจฉัย การทำผ่าตัด ปัญหา และสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่องแก่วิสัญญีพยาบาลประจำห้องพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลประจำห้องพักฟื้น รับการส่งต่อข้อมูลจากวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลส่งเครื่องมือประจำห้องผ่าตัดที่นำส่งมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเข้ามาในห้องพักฟื้น พร้อมทั้งประเมินสภาพมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การประเมินประกอบด้วยประเมิน V/S, EKG, PARS, Pain score, Sedation score, N/V score, Anesthetic level, I/O, Bleeding, แผล, การหดรัดตัวของมดลูก และ เลือดออกทางช่องคลอด (Bleeding per vagina) ทุก 5 – 15 นาที หลังทำการประเมินพบว่า

มดลูกหดรัดตัวดี ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ร่วมกับประเมินเลือดออกทางช่องคลอด (Bleeding per vagina) และสัญญาณชีพ ผลปกติ เมื่อครบเวลาย้ายสามารถย้ายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไปยังตึกหลังคลอดได้ พร้อมส่งต่อข้อมูลการผ่าตัด การระงับความรู้สึก อาการ การดูแลรักษา/ การพยาบาล และ ผลของการดูแลรักษา/ การพยาบาลที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับแก่พยาบาลตึกหลังคลอด

มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ให้ทำการคลึงมดลูกจนกระทั่งมดลูกหดรัดตัวดี อีก 5 นาที ให้ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกซ้ำ กรณีมดลูกหดรัดตัวดีให้ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลมดลูกหดรัดตัวดี กรณีหดรัดตัวไม่ดีให้เพิ่ม Rate Oxytocin drip (5%DN/2 1,000 ml + Oxytocin 40 units) เป็น 60 หยด/นาที แล้วรายงานสูตินรีแพทย์เจ้าของ Case เพื่อให้การรักษาทันที

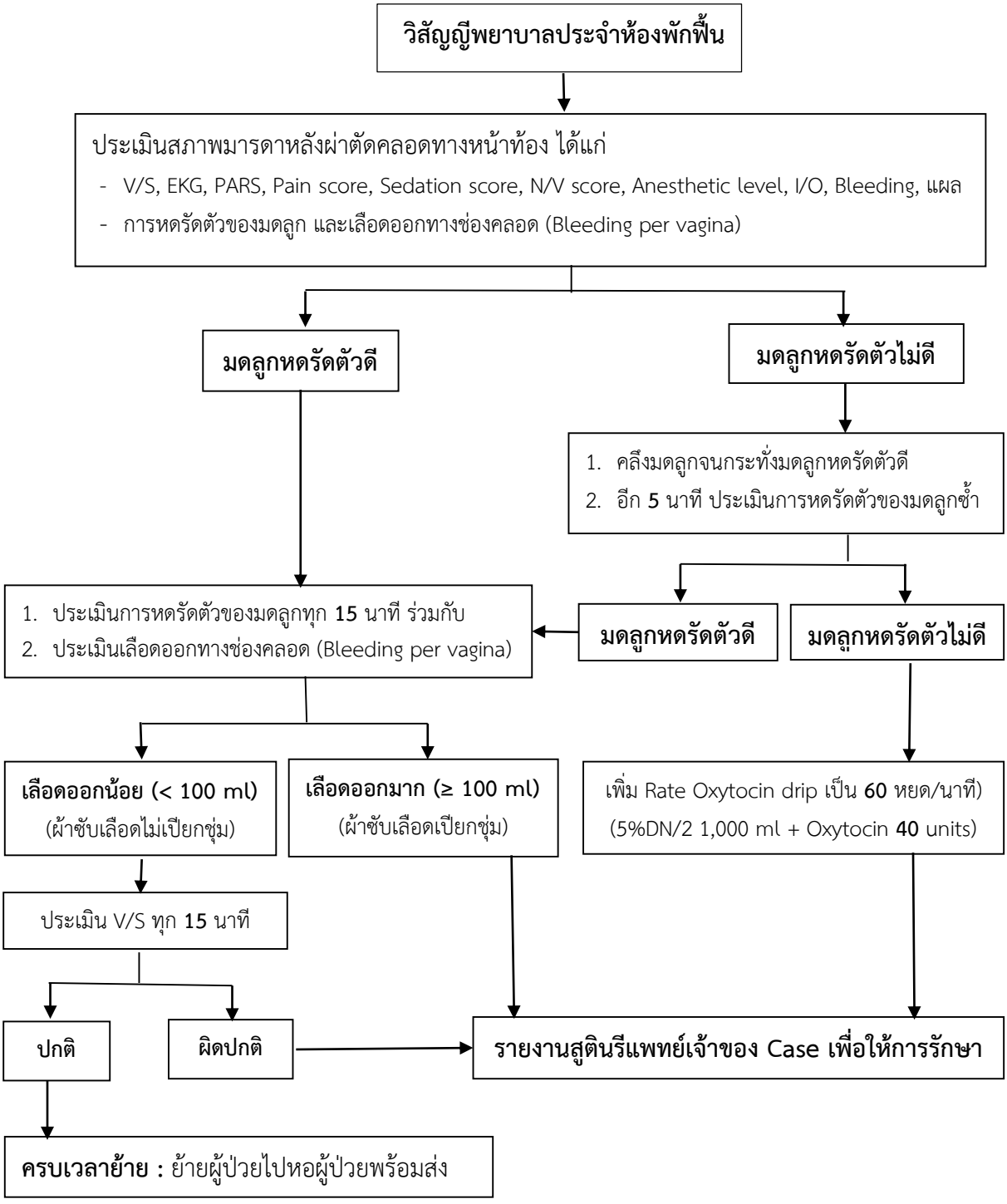
เลือดออกทางช่องคลอด (Bleeding per vagina) มีปริมาณมาก คือ ตั้งแต่ 100 ml ขึ้นไป (ผ้าซับเลือดเปียกชุ่ม) ให้รายงานสูตินรีแพทย์เจ้าของ Case เพื่อให้การรักษาทันที

สัญญาณชีพ (Vital sign) ผิดปกติ ให้รายงานสูตินรีแพทย์เจ้าของ Case เพื่อให้การรักษาทันที

รายละเอียดดังแผนผังที่ 1

แผนผังแนวปฏิบัติสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด
หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

1. วิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดส่งต่อข้อมูลการระงับความรู้สึก และข้อมูลสิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง
2. พยาบาลส่งเครื่องมือส่งข้อมูล การวินิจฉัย การทำผ่าตัด ปัญหา และสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง



แผนผังที่ 1 แสดงแนวปฏิบัติสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

1. ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่พักฟื้นในห้องพักฟื้นทั้งหมด 62 ราย พบว่ามีภาะมดลูกหดรัดตัวดีจำนวน 59 ราย (ร้อยละ 95.16) มดลูกหดรัดตัวไม่ดีจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 4.84) ทั้ง 3 ราย ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตกเลือดหลังคลอด ผ่าตัดซ้ำ และตัดมดลูก

2. ผลลัพธ์ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นทั้งหมด 6 คน มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นระดับมากที่สุด โดยแนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่าย ร้อยละ 4.67 แนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้ ร้อยละ 4.67 แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วย ร้อยละ 4.83 แนวปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 4.83 แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงร้อยละ 4.67

3. ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นขึ้น พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยการประเมินสภาพผู้ป่วย ร้อยละ 100 การประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ร้อยละ 91.70 การดูแลกรณีมดลูกหดรัดตัวดีและหดรัดตัวไม่ดี ร้อยละ 91.70 การประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด ร้อยละ 91.70 การรายงานแพทย์ ร้อยละ 95 การส่งต่อข้อมูล ร้อยละ 100 และการจำหน่ายจากห้องพักฟื้น ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผลวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินการหดรัดตัวของมดลูก การดูแลกรณีมดลูกหดรัดตัวดีและหดรัดตัวไม่ดี การประเมินเลือดออกทางช่องคลอด การส่งต่อข้อมูล การรายงานแพทย์ การจำหน่ายจากห้องพักฟื้น ประเมินผลพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกด้าน มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากที่สุด มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดีจำนวน 3 คน (2.11 %) ไม่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ผ่าตัดซ้ำ และตัดมดลูก ส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิสมัย หวังผล,สุภาพร สมหวัง [8] ที่ได้ศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ด้วยการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วยขั้นตอนประเมินความเสี่ยง มาตรการ 4 ช. ได้แก่ ช.เช็คสัญญาณชีพ ช.ช่วยนวดคลึงมดลูก ช.ชั่งเลือดทุกหยด ช.เช็คและตรวจแผลฝีเย็บ และแปลผลข้อมูลเมื่อนำแนวทางมาใช้เฝ้าระวังและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่พบอุบัติการณ์ตกเลือด สามารถดักจับอาการก่อนเกิดภาวะตกเลือดได้ และเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อแนวทางนี้อยู่ระดับดีมาก แต่ยังมีบางประเด็นดำเนินการเพียงน้อย ได้แก่ การสังเกตอาการปวดแผลฝีเย็บมากจนปัสสาวะไม่ออก ปฏิบัติร้อยละ 63.3 แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นประเด็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการร่วมสังเกตปัจจัยทางอ้อมที่จะทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ การให้ข้อมูลและสนับสนุนการดูแลตนเองของมารดาและญาติ โดยเฉพาะการร่วมสังเกตปัจจัยทางอ้อมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจและเกิด

การปฏิบัติตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป และการศึกษาของกรรณิการ์ วามานนท์ [9] ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นในเวลาราชการของกลุ่มงานการพยาบาล วิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นในเวลาราชการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้าด้านผู้ให้บริการ 2) ปัจจัยนำเข้าด้านผู้รับบริการ 3) กระบวนการ 4) ปัจจัยแวดล้อม 5) ผลลัพธ์ ประเมินผล พบว่า ด้านผู้ป่วย 1) ร้อยละของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการดูแลในห้องพักฟื้นในเวลาราชการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.81 เป็นร้อยละ 96.52 โดยไม่เพิ่มบุคลากรวิสัญญี 2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังตามมาตรฐานการดูแลในห้องพักฟื้นเป็นร้อยละ 100 3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ย้ายออกจากห้องพักฟื้นมีความพร้อมตามเกณฑ์บ่งชี้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 98.63 เป็น ร้อยละ 99.10 และ 4) ภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลในห้องพักฟื้น ลดลงจากร้อยละ 6.16 เป็นร้อยละ 0.90 โดยระดับ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ต่ำกว่าระดับ G ด้านผู้ให้บริการ พบว่า วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ในภาพรวมร้อยละ 94.33 และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ในระดับมาก

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ได้แนวปฏิบัติเป็นที่ยอมรับ และมีความน่าเชื่อถือ มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างแท้จริงสามารถป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้จริง ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยที่พัฒนาขึ้นยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก มีวิสัญญีประจำห้องพักฟื้น 1 คน สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ และมีภาระงานอื่นที่ต้องปฏิบัติร่วมด้วยจึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม จึงเป็นโอกาสพัฒนาที่หน่วยงานจะต้องเพิ่มการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีการทบทวนเพื่อการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านทรัพยากรควรจัดสรรให้มีผู้ช่วยปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น ควรมีอุปกรณ์ปิดกั้นเตียงนอนผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้ป่วย ควรมีเครื่องมือช่วยประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Bleeding per vagina) เพื่อให้เกิดความถูกต้องแม่นยำและรวดเร็ว

2. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

3. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมด้านจิตใจผู้รับบริการ เพื่อการปรับปรุงพัฒนางานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณดร.เอมอร บุตรอุดม, ดร.สุปิยา วิริไฟ และคุณกาญจนา จันทะนุย ที่ให้คำชี้แนะงานวิจัย รวมทั้งแพทย์ และพยาบาลหน่วยงานห้องผ่าตัด และวิสัญญี โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และขอขอบคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อุดหนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. บัณฑิต หวังสันติวงศา, และนิติยา สุนารัตน์. (2562). วิเคราะห์อัตราผ่าคลอดตามการจำแนกของรอบสัน. มหาราช นครศรีธรรมราช เวชสาร, 2(2), 69-79.
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตก เลือดหลังคลอด. สืบค้น 1 กันยายน 2565 จาก http://www.rtcog.or.th/home/wp- Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum- Hemorrhage.pdf.
3. อุษา โปร่งใจ, และยุพา แก้วอ้วน. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่. วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา, 2(1), 30-43.
4. สมทรง บุตรตะ. (2563). การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(3), 185-198.
5. กิตติยา วงษ์ขันธ์. (2561). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา(R&D)และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(PAR) [อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2564.จากเว็ป ไซต์:http://www.ubu.ac.th /web /files_up /08f2018072012262188.pdf
6. รัตนะ บัวสนธ์. (2552).การวิจัยและพัฒนา.ใน ประมวลสาระชุดวิชาระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์. หน่วยที่ 6. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช53.
7. สุพักตร์ พิบูลย์ และคณะ.(2556). การวิจัยและพัฒนางานวิชาการ(R&D). [อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564./ จากเว็ปไซต์:https://nakhonsawanresearch . blogspot.com
8. พิสมัย หวังผล,สุภาพร สมหวัง. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ด้วยการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร , 2(1), 1-15.
9. กรรณิการ์ วามานนท์. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นในเวลาราชการของกลุ่มงานการพยาบาล วิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา, 17(1), 17-25.

แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Guidelines for the Care of Drug Addicts with Mental Illness and High Risk of Violence with Community Participation in Yangsisurach District, Mahasarakham Province

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

ประครอง ประกิระนะ[1], จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง[1], ดนัย บุญมี[1],กาญจนา จันทะนุย[1], อรนุช ไชยสันต์[1]
Prakrong Prakirana[1] Janphen Sawangthaisong[1] Danai Boonmee[1] Kanjana Chantanui[1] Oranuch Chaison[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอยางสีสุราช ระยะเวลาการศึกษามีการพัฒนา 3 ระยะ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2566 คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแล ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเวชเรื้อรัง (F20-F29) จำนวน 34 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดย ใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) แบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V.2) แบบประเมินแรงจูงใจและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า (2Q 9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ คือ การดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะในโรงพยาบาล (In-Hospital) และการดูแลต่อเนื่องหลังจากกลับสู่ชุมชน (Post-Hospital) เกิดการโดยการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนของ 3 หมอ และ 4 ทีม รวมทั้งมีการพัฒนาคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย 1) คู่มือแนวทางการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ออาการจิตเวชในชุมชน 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและญาติ 3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน 4) คู่มือการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายในชุมชน ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรงได้รับการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติการณ์รุนแรงจากพฤติกรรมของผู้ป่วย SMI-V ซ้ำในชุมชน ชุมชนสามารถประเมินและจัดการอุบัติการณ์รุนแรงเบื้องต้นได้ และสามารถดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ยาเสพติด,เสี่ยงสูง,ความรุนแรง

Abstract

The action research aims to develop guidelines for the care of mentally disturbed and highly noisy drug patients in Yangsisurat District. The study period has been developed in 3 phases since October 2021 - March 2023; which is Phase 1, analysis of the situation, Phase 2 To development guidelines, Phase 3, evaluating the development results. The sample group is 34 people diagnosed with chronic psychiatric disorders (F20-F29). Collect data using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), tool to assess aggressive behavior (Overt Aggression Scale : OAS). evaluates and forwards patients who use drugs and drugs for treatment, Ministry of Public Health (V. 2) Stage of change, screening/evaluation of depression (2Q,9Q) and suicide (8Q) and data analysis using descriptive statistics, number of percentage and content analysis.

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

The study results found that the care guidelines for drug addicts with mental symptoms and a high risk of violence with community participation consisted of 3 stages of care: pre-hospital care, in-hospital care, and post-hospital care. The care was conducted with community participation by 3 doctors and 4 teams. In addition, a guideline manual for drug addicts and psychiatric patients with mental symptoms and a risk of violence in the community was developed, consisting of 1) a guideline for searching/screening patients at risk of psychiatric symptoms in the community, 2) a self-care manual for drug addicts and their relatives, 3) a self-care manual for psychiatric patients and their relatives at home, and 4) a guide for home visits for drug addicts and psychiatric patients with ongoing mental symptoms after discharge from the community. The results of the operation found that 100% of high-risk and violent patients received emergency care and continued care. There were no violent incidents from the behavior of SMI-V patients in the community again. The community was able to assess and manage initial violent incidents and was able to provide continuous care after the patient was discharged from the hospital.

Keywords : Drug Addicts,High Risk,Violence

บทนำ

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช โดยพฤติกรรมก้าวร้าวอาจแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น การพูดจาข่มขู่ การทำร้ายร่างกายผู้อื่นการทำลายทรัพย์สิน เป็นต้น สาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีหลายปัจจัย เช่น โรคทางจิตเวชการใช้สารเสพติด ปัญหาทางสังคมและครอบครัว ปัจจัยทางชีวภาพ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชอาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเอง บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง [1](Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำาเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกันโดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีประวัติทำาร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำาร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำาร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุ ชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำาร้าย 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ ร้อยละ 20 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีโอกาสก่อความรุนแรง และจากการติดตามสถานการณ์ความรุนแรงในสังคมใน 5 เดือน (พ.ค.-ก.ย. 2563) จำนวน 2,300 ข่าว พบว่าร้อยละ 18 ของความรุนแรงมาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ 22 ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 38 ของความรุนแรงมาจากการดื่มสุราและพบว่าสถานที่เกิดเหตุพบในชุมชนมากกว่าในบ้าน[2] ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสความรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย และจากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การเข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559 -2564 จำนวน 27,518 คน โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ในปี 2562 - 2564 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วย SMI-V 4 อันดับโรค ได้แก่ 1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวชยาเสพติด กลุ่มโรคดังกล่าวนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเองการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น เป็นภาระโรคและความสูญเสียของสังคมไทย [3] จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าหากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือทั้งในชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงและความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์วิกฤตต่างๆได้ [4]

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญและการก่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคคลครอบครัวและสังคม และพบว่าบุคคลก่อเหตุมีประวัติการใช้สารเสพติดและมีอาการทางจิตร่วมด้วยเป็นส่วนมาก[5] และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าปัจจัยที่ทำให้มีอาการ ได้แก่ การขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และปัจจัยกระตุ้นสำคัญ คือการใช้สารเสพติด อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 255 ราย จากสถิติการออกรับเหตุในชุมชน พ.ศ. 2562 – 2564 [6] พบว่ามีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) จำนวน 10 คน/13 ครั้ง , 15 คน/18 ครั้ง, 17 คน/21 ครั้ง และ 8 คน/12 ครั้ง และพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติดจำนวน 34 ราย คิดเป็น ร้อยละ 89.47 ของผู้ป่วยที่ออกระงับเหตุทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวหวาดระแวง และปัญหาความรุนแรงกับคนในครอบครัวและชุมชน จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีรูปแบบที่ชัดเจน เนื่องจากการออกเหตุแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีอาการไม่เหมือนกันในแต่ละราย แต่ที่คล้ายกันคือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและคนในชุมชน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีรูปแบบที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงลดตราบาปในสังคม ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งด้านการกินยาการมีญาติผู้ดูแลที่มีศักยภาพ บุคคลในครอบครัวมองด้านบวกของผู้ป่วย ชุมชนให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแล ไม่ตีตรา ลดมลทิน และที่สำคัญผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จะช่วยลดอุบัติการณ์ของอาการกำเริบและลดความเสี่ยงการก่อความรุนแรงได้ ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่ง ที่สามารถแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้โดยตรง และเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการเสริมพลังชุมชนสามารถดูแลคนในชุมชนเองได้ จึงได้นำสู่การวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง
โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart [7,8] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือน ต.ค. 2564 - มี.ค. 2566 พื้นที่วิจัย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ประเด็นผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยในชุมชน ปัญหาที่พบ ร่วมกับทีม 3 หมอ และ 4 ทีมประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุในชุมชน (6 เดือน : ต.ค.64 - มี.ค.65) มีรายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์ผู้ป่วยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเวชเรื้อรัง (F20-F29) และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 12 คน, สมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 คน, อสม. และผู้นำชุมชน จำนวน 14 คน , แกนนำจากทีมประสานงานหลัก 4 คน รวม 40 คน เก็บรวมรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วย ในประเด็นการประเมินความก้าวร้าว (OAS), ประเมินอาการทางจิต (BPRS), ประเมินการใช้ยาและสารเสพติด (V2), การประเมินแรงจูงใจและระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) และสมาชิกในครอบครัว ประเด็นการคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า (2Q 9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q) สนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประเด็น ผลกระทบจากพฤติกรรมการก่อความรุนแรงต่อชุมชน และปัญหาการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในพื้นที่

2. การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การทบทวน Case ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานผลการวิจัย บทความวิชาการ นโยบายต่างๆ พบประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อชุมชน

3. ศึกษาความต้องการการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนอสม. บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจและผู้นำชุมชน รวม 53 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง **ในวงรอบที่ 1** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการอบรมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตรระยะสั้น โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนทั้งในระดับหมู่บ้านให้มีความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดบทบาททบทวนร่วมกันถึงหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ โดยใช้รูปแบบ 3 หมอ และ 4 ทีมการประสานงานในชุมชน พร้อมทั้งนำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงและการดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบประเมินความก้าวร้าว (OAS) 2) แบบประเมินอาการทางจิต

(BPRS) 3) แบบประเมินคัดกรองการใช้ยาและสารเสพติด (V2) 4) แบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน 5) แบบประเมินแรงจูงใจและระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) 6) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด 7) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม หลังจากนั้น ดำเนินการตามแผน ติดตามสังเกตขณะนำไปใช้จริงเพื่อนำสู่การพัฒนา ในวงรอบที่ 2 โดยมีการพัฒนาการดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล (In-Hospital) การดูแลในชุมชนเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Post-Hospital) และพัฒนาคู่มือแนวทางการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ออาการจิตเวชในชุมชน คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและญาติ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน และคู่มือการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนาจากผลลัพธ์การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V ที่ได้รับการออกระงับเหตุเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเวชเรื้อรัง (F20-F29) ที่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม จำนวน 34 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัวและการรับการรักษาด้วยยา 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 3) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) 4) แบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V.2) 5) แบบประเมินแรงจูงใจและระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) 6) แบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน 7) แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า (2Q 9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุ เป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมงานวิจัย

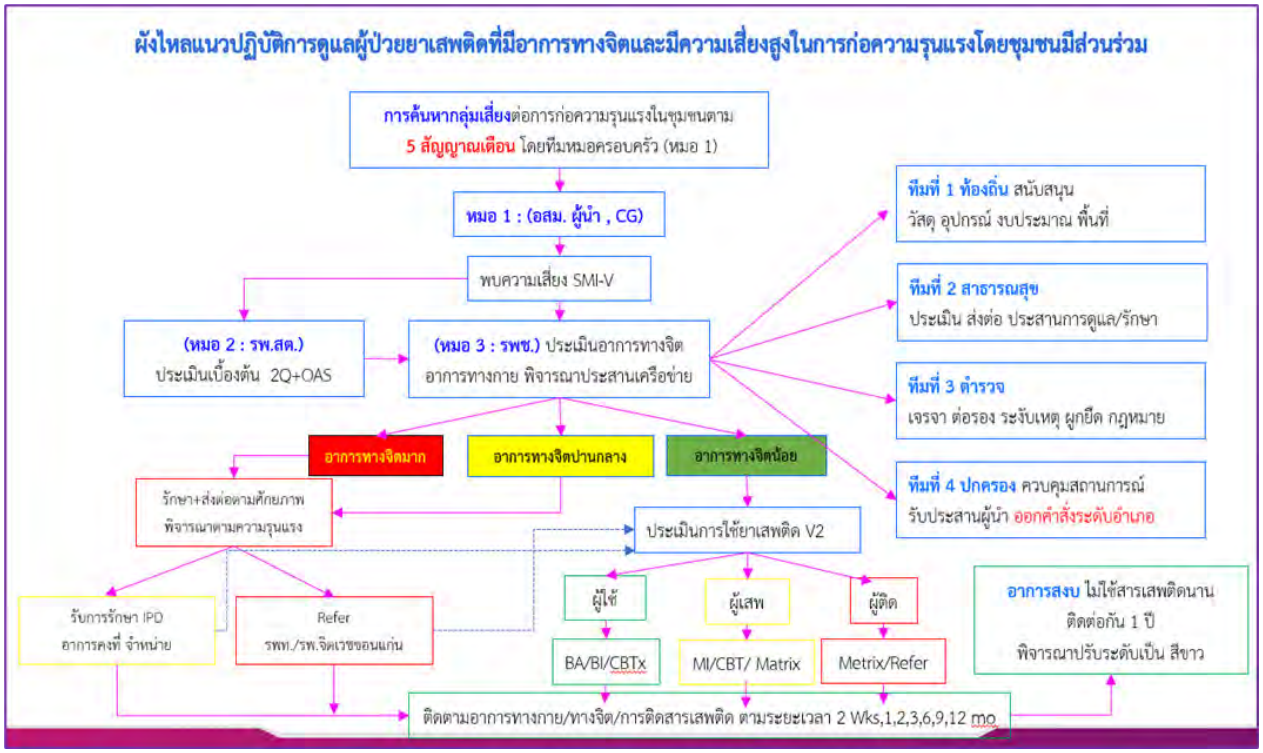
การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 13/2564 เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ด้านสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง พบว่า 1.1) ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ทั้งหมด 255 ราย พบมีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและออกระงับเหตุ (SMI-V) 34 ราย โดยกระจายอยู่ในพื้นที่ ทั้ง 7 ตำบล ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่มีญาติดูแล มีประวัติติดสารเสพติด ผู้ป่วยทั้งรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการรับยาไม่ต่อเนื่อง การขาดยาและไม่กินยา รวมทั้งขาดผู้ดูแลหลัก 1.2) ด้านผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า คนในชุมชนไม่คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นหน้าที่หรือความรับผิดชอบ

หรือเป็นปัญหาของตนเอง จนกว่าจะเกิดเหตุ อีกทั้งชุมชนยังไม่มีความรู้ในด้านการสังเกต การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในชุมชน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวช ญาติหรือผู้ดูแลและชุมชนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นหรือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือและคิดว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น 1.3) ด้านทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พบว่า การกำหนดบทบาทดูแลช่วยเหลือในแต่ละวิชาชีพ ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจน ทำให้การสื่อสาร การประสานคลาดเคลื่อน ไม่ชัดเจนระหว่างทีม ส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมในการปฏิบัติงาน 1.4) ด้านแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจน เป็นการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเป็นครั้งคราวตามสถานการณ์เหตุการณ์ในแต่ละครั้ง

2. ด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม



ภาพประกอบ 1 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2.1 เกิดการพัฒนาทีมผู้ปฏิบัติงานและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม โดยใช้กลไก **รูปแบบ 3 หมอ และ 4 ทีม** การประสานงานในชุมชน โดย **3 หมอ** ประกอบด้วย **หมอ 1** คือ ทีมในชุมชนที่สามารถสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน คือ อสม., ผู้นำชุมชน, (Care Giver : CG) **ทำหน้าที่** เฝ้าระวังสังเกตอาการกำเริบและช่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน เชื่อมโยงกับครอบครัวและผู้ป่วย เพื่อลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออาการกำเริบ ประสานการส่งต่อรวมถึงสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูการใช้ชีวิต **หมอ 2** คือ เจ้าหน้าที่บุคลากร รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข) **บทบาทหน้าที่** ทำการ

ประเมินอาการเบื้องต้นเกี่ยวกับการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (OAS) การประเมิน 2Q เมื่อได้รับการแจ้งเหตุ จากทีม หมอ 1 ประสานการดูแลเชื่อมโยงการส่งต่อ และการปรึกษากับทีมหมอ 3 **หมอ 3** คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด ทีมการดูแลฉุกเฉิน) **บทบาทหน้าที่** ประเมินอาการทางจิต และอาการทางกาย และประเมินการใช้สารเสพติด เมื่อรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา และพิจารณาการรักษา การประสานการดูแลและเชื่อมโยงการส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลธัญญารักษ์ และ **4 ทีม** ประกอบด้วย **ทีม 1** คือ ทีมท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ ในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย อบต. 7 แห่ง **ทีม 2** คือ ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทหน้าที่ ประเมินผู้ป่วย การบำบัดรักษา การส่งต่อผู้ป่วยหากเกินศักยภาพ และการประสานการดูแลรักษา **ทีม 3** คือ ทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจ บทบาทหน้าที่ ในการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อมีเหตุผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในการ เจรจา ต่อรอง ระงับเหตุ ผูกยึดผู้ป่วย และการดูแลเรื่องกฎหมาย **ทีม 4** คือ ทีมฝ่ายปกครอง บทบาทหน้าที่ ในการออกคำสั่งระดับอำเภอ และการควบคุมสถานการณ์ รับประสานงานจากทุกภาคส่วนเมื่อมีเหตุ โดยเฉพาะจากทีมหมอ 1 โดยมีผังแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ตามรายละเอียดดังภาพ

2.2 เกิดแนวทางการดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล (In-Hospital) การดูแลในชุมชนเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Post-Hospital) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) โดยหมอ 1 (อสม.,ผู้นำชุมชน,CG) ทำการเฝ้าระวังและค้นหาโดยการจัดทำ SMI-V Scan 5 สัญญาณเตือน (ไม่หลับไม่นอน, เดินไปเดินมา,พูดจาคนเดียว ,หงุดหงิดฉุนเฉียว,เที่ยวหวาดระแวง) เมื่อพบสัญญาณเตือน หรือมีเหตุตาม SMI-V Scan 5 สัญญาณเตือน ให้พูดคุย เกลี้ยกล่อม และประสานทีม หมอ 2 (เจ้าหน้าที่บุคลากร รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข) ในการรับส่งต่อข้อมูลกลุ่มมีสัญญาณเตือนเพื่อประสาน ทีม 2 (ทีมรักษา) และหมอ 3 (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด ทีมการดูแลฉุกเฉิน) เพื่อให้การดูแลตามระดับความรุนแรง เขียว เหลือง แดง

การดูแลระยะในโรงพยาบาล (In-Hospital) โดย**หมอ 3** และ**ทีม 2** คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด ทีมการดูแลฉุกเฉิน) ประเมินอาการทางจิต และอาการทางกาย และประเมินการใช้สารเสพติด พิจารณารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล ประสานการส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ หากมีอาการฉุกเฉินทางจิตส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช หากมีการใช้สารเสพติดหากประเมิน V2 อยู่ในเกณฑ์ผู้ติด V2 > 27คะแนน หากรักษาอาการทางจิตแล้ว ส่งต่อโรงพยาบาลธัญญารักษ์ หากอาการดีขึ้นจำหน่ายส่งกลับไปยังชุมชน โดยทำการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ร่วมกับ **ทีม 3** คือ ทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจ ระงับเหตุ ผูกยึด ดูแลเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องจนผู้ป่วยสงบ ได้รับการรักษาหรือส่งต่อ

การดูแลระยะในโรงพยาบาล (Post-Hospital) ติดตามดูแลหลังการรักษา การประสานการช่วยเหลือด้าน การกินยา ญาติผู้ดูแล ด้านการส่งเสริมอาชีพ ดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย โดยใช้หลักการ 3 C คือ 1) Client (ยาถึง พึ่งตนเอง เข้าใจ) 2) Care giver (เข้าใจ เข้าถึง สอดส่อง) 3) Community (ยอมรับ ช่วยกัน ปันโอกาส) **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีก่อเหตุความรุนแรงในชุมชน สีเหลือง สีแดง หลังจำหน่าย โดย**หมอ 1** (อสม.,ผู้นำชุมชน,CG) จัดทำ SMI-V Scan 5 สัญญาณเตือน (ไม่หลับไม่นอน, เดินไปเดินมา,พูดจาคนเดียว,หงุดหงิดฉุนเฉียว,เที่ยวหวาดระแวง) ต่อเนื่อง

ติดตามการกินยา การเสริมพลังญาติผู้ดูแล **หมอ 2** คือ เจ้าหน้าที่บุคลากร รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข) กำกับติดตามดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ตนเองหลังการจำหน่าย ด้านการกินยาและญาติผู้ดูแลการไปตามนัดของแพทย์ ประสานการดูแลผู้ป่วยกับเครือข่ายทีมที่เกี่ยวข้อง **หมอ 3** คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช/ยาเสพติด/เจ้าหน้าที่อื่น ๆ) ประสานการติดตามดูแลต่อเนื่อง แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำกับการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ณ 7 วัน 1,3,6,9 เดือน และ 1 ปี / ราย เป็นเลขาทีมในการจัดการประชุมและรายงานการดูแลผู้ป่วย ถึงปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และสรุปประเมินผลผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง และ **ทีม 1** คือ ทีมท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ ในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ต่าง ๆ ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเพื่อยกคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดการกำเริบซ้ำ **ทีม 2** คือ ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.ในพื้นที่ และจากโรงพยาบาล บทบาทหน้าที่ประเมินผู้ป่วย ผลการบำบัดรักษา และการติดตามกำกับดูแลต่อเนื่อง **ทีม 3** คือ ทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจ ร่วมเป็นทีมในการออกติดตามดูแลกำกับในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านการกินยา การประกอบอาชีพและการควบคุมเหตุฉุกเฉิน **ทีม 4** คือ ทีมฝ่ายปกครองมีบทบาทในการออกคำสั่งการปฏิบัติงานระดับอำเภอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ การประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3. ประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

1. ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย ทั้งหมด เป็นเพศชายทั้งหมด อายุต่ำสุด คือ 15 ปี สูงสุด 55 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 20-29 ปี จำนวน 14 ราย คิดเป็น ร้อยละ 41.18

2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ก่อนดำเนินการดูแล อาการที่มากที่สุด คือ ระดับ 2 จำนวน 19 รายคิดเป็นร้อยละ 55.8 คือมีอาการ พูดคำหยาบคาย ใช้คำสกปรกรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม ต่อบุคคลรอบข้าง ขว้างปาทำลายสิ่ง ท้าทาย ชกต่อย ผู้อื่น เตะ ผลักหรือดึงผมผู้อื่น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หลังการดูแลด้วยแนวทางและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายมีอาการดีขึ้นจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมาคือ OAS ระดับ 3 ที่มีการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีในระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที ณ จุดเกิดเหตุ และผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.41 พบว่าหลังการดูแลตามแนวทางแล้วจากการติดตามอาการผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เหลือยังคงต้องเฝ้าระวังดูแลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 11.76 และมีผู้ป่วย SMI-V ที่มี OAS ระดับ 1 ที่สามารถจัดการระงับอาการได้ ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.71

3. ประเภทอาการทางจิตที่พบมากที่สุด คือ อาการหลงผิดด้านความคิด (Delusion) จำนวน 23 ราย คิดเป็น ร้อยละ 67.65 หลังให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ยังคงเหลืออาการที่พึงเฝ้าระวัง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมา คือ พฤติกรรมก่อเหตุรุนแรงในชุมชน (Violence) จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.47 หลังให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ยังคงเหลืออาการที่พึงเฝ้าระวัง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.88 และพฤติกรรมทำร้ายตนเองมุ่งให้เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94 หลังให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่พบการทำร้ายตนเองซ้ำ

4. ระดับความรุนแรงตามกลุ่มสี พบว่าก่อนดำเนินการ ประเภทผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอาการสีเหลืองจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.88 หลังให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเปลี่ยนเป็นระดับกลุ่มสีเขียว ลดการใช้สารเสพติด รับประทานยาที่ต่อเนื่อง ยังคงเหลืออาการกลุ่มสีเดิมจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมาคือผู้ป่วยระดับสีแดงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง และได้รับการดูแลส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายตามแนวทาง คือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 7 ราย หลังจำหน่ายได้รับการดูแลตามแนวทาง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเปลี่ยนระดับกลุ่มสีที่ดีขึ้น มีญาติดูแลใกล้ชิด ทีมชุมชนดูแลด้านการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง การมาตามนัด การป้องกันการเสพสารเสพติดซ้ำ ยังคงเหลืออาการกลุ่มสีเดิมจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.88

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ คือ การดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะในโรงพยาบาล (In-Hospital) และการดูแลต่อเนื่องหลังจากกลับสู่ชุมชน (Post-Hospital) เกิดการโดยการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนของ 3 หมอ และ 4 ทีม รวมทั้งมีการพัฒนาคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย 1) คู่มือแนวทางการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ออาการจิตเวชในชุมชน 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและญาติ 3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน 4) คู่มือการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายในชุมชน ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรงได้รับการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติการณ์รุนแรงจากพฤติกรรมของผู้ป่วย SMI-V ซ้ำในชุมชน ชุมชนสามารถประเมินและจัดการ

อุบัติการณ์รุนแรงเบื้องต้นได้ และสามารถดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษา โกศล เจริญศรี ที่ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จนเกิดการพัฒนาความรู้และทักษะครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นแก่ญาติและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการเตือน 5 อาการหลักสำคัญ การสร้างปัจจัยปกป้องด้วย 2 ย. 1ส (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุราสารเสพติด) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่อสม. ตามโปรแกรม อสม.พี่เลี้ยงระบบ DOT/บัดดี้พี่ผู้พิทักษ์ พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่รพ.สต.[9] ได้แก่ การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในอำเภอ แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากชุมชนต้นแบบสู่ทุกตำบล ประเมินผลพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลงร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลังได้รับการดูแลลดลง อย่างมีนัยสำคัญ และข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่นสาระ คือ การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติ ก่อความรุนแรงนั้นบุคลากรสุขภาพควรออกแบบรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและการจัดการรายกรณีควรถูกนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยราย[5] และสอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร นะราธร ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้ได้รูปแบบ มาตรการ กิจกรรมและบทบาททุกภาคีเครือข่าย Phonthong Model โดยการกำหนดมาตรการ กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแลร่วมกับภาครัฐและภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองร้อยละ 90 รองลงมา คือมีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับน้อย ร้อยละ 10 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก ร้อยละ 80 รองลงมาคือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก ระดับน้อย ร้อยละ 20 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน ร้อยละ 90 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สินระดับน้อย ร้อยละ10[10]

ข้อแสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้เรียนรู้ว่า ผู้ที่ใช้ยาหรือผู้เสพยาเสพติดไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชหรือ SMI-V แต่มีโอกาสเป็นผู้ป่วย SMIV ได้, ผู้ป่วยที่ถูกระบุว่าเป็นผู้ป่วย SMI-V ไม่ได้เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเสมอไปเพียงแต่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรม, ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชและเป็นผู้ป่วย SMI-V ไม่ใช่ผู้ป่วยยาเสพติดทุกรายเสมอไป และขณะเดียวกันผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกระบุว่าเป็น SMI-V ก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยจิตเวชเสมอไป, การส่งต่อข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วย SMI-V เป็นสิ่งที่ดี ป้องกันการเกิดอันตรายต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชนหากนำไปใช้อย่างเหมาะสม แต่หากนำไปใช้ในทางที่ผิด จะเกิดการตีตราผู้ป่วย และเสียโอกาสทางสังคม ถือว่าเป็นอันตราย, การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็น SMI-V จำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน โดยระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ทีมผู้มีส่วนรับผิดชอบในชุมชนจะต้องสามารถประเมิน/คัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลควรมีความพร้อมและมีแนวปฏิบัติในการดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ทันท่วงทีและมีแนวทางการส่งต่อที่เหมาะสมหากเกิน

ศักยภาพ ระยะหลังการรักษาและกลับสู่ชุมชน การส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้อง และการดูแลผู้ป่วยโดยทีมในชุมชนจะต้องต่อเนื่องและควบคุมตัวกระตุ้นที่สำคัญคือการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ จึงจะลดการกลับมีอาการซ้ำได้ และสิ่งสำคัญสำหรับทีมการดูแลในแต่ละระยะ ควรมีการซักซ้อมแผนเสมือนจริงหากเผชิญเหตุ และการซักซ้อมขั้นตอนการรับ-ส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ, ทีมผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในแต่ละทีมและแต่ละระยะของการดูแล ควรได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและปรับแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นระยะ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับA,S,M1และ M2). กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลพิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.
6. โรงพยาบาลยางสีสุราช . (2564). รายงานการดำเนินงานผู้ป่วย SMIV พ.ศ. 2563-2564. มหาสารคาม : โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม.
7. Kemmis S, McTaggart R. (1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University.
8. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
9. โกศล เจริญศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอดอนตาล กรณีศึกษาบ้านนาทาม-ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9 (5), 577-584.
10. กชพร นะราธร. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8 (2), 286-296.

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of pulmonary tuberculosis patient care services through the participation of multidisciplinary teams and community networks in Yangsisurach district, Mahasarakham province.

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

ภิรญา พินิจกลาง[1],ธัญญามาศ เทพสาร[1],ธนวัฒน์ กางมาเทศ[1],อรนุช ไชยสันต์[1], กาญจนา จันทะนุย[1]
Piriya Pinijklang[1], Thanyamas Tepsarn[1], Thanawat Kangmathet[1], Oranuch Chaison[1],Kanjana Chanthanui[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช ดำเนินการวิจัย เดือน กันยายน 2563 – สิงหาคม 2564 ผู้มีส่วนร่วมวิจัย 2 กลุ่ม ได้แก่ `1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในรพ. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต.อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและ ผู้นำชุมชน 2) ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีป่วยด้วยวัณโรคปอด จำนวน 35 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบจำแนกระดับความรุนแรงผู้ป่วยวัณโรค แบบบันทึกการรับประทานยาระบบ DOTS`แบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้ใกล้ชิด แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบประเมินผู้ป่วยตามแนวทาง INHOME-SSS แบบสังเกต แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลยางสีสุราชโดย ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม มีการนิเทศงานและติดตามประเมินผลของเครือข่าย เกิดจากการมีส่วนร่วมและผลักดันให้เกิดแผนงานโครงการสนับสนุนจากอปท.และพชอ. 2) พัฒนาจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกบริการและในชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพทีมหสวิชาชีพใน โรงพยาบาล,รพ.สต.และภาคีเครือข่ายชุมชน,พัฒนา CNPG การจัดการรายกรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคร่วม / ผู้ที่มีปัญหาด้านผู้ดูแลและการรับประทานยาวัณโรค รวมถึงพัฒนา CPG , พัฒนาการจัดบริการ one stop service, จัดทำคู่มือแนวทางการจัดการอาการแทรกซ้อนทางยาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว,พัฒนาระบบส่งต่อ, พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) พัฒนาระบบการข้อมูลและการส่งต่อข้อมูล รวมถึงระบบการให้คำปรึกษาแก่ รพ.สต./ชุมชน 4) พัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลระบบ DOTที่บ้าน ประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยขาดนัดลดลงจาก 2.25 เป็น 0 ร้อยละการหยุดยาเอง 1.58 เป็น 0 ร้อยละการเกิดภาวะทุพโภชนาการ จาก 3.47 เป็น 1.32 ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน จาก 3.67 เป็น 0 อัตราความครอบคลุมการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.63 เป็น 91.33 อัตราเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 15.63 เป็น 3.52 อัตราผลสำเร็จการรักษา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.22 เป็น 88.05 ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษา ลดการเสียชีวิต รักษาสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

คำสำคัญ : จัดบริการดูแล,วัณโรคปอด,ส่วนร่วม

Abstracts

This action research aimed to develop the provision of pulmonary tuberculosis care services with the participation of a multidisciplinary team and community networks in Yangsisurach District. The research was conducted from September 2020 to August 2021. There were 2 groups of participants: `1) The group that jointly developed the guidelines for pulmonary tuberculosis care, including the multidisciplinary team in the hospital, public health officers at the sub-district health promotion hospital, village health volunteers, elderly care volunteers, and community leaders. 2) 35 patients and their families with pulmonary tuberculosis. The research instruments included a tuberculosis severity classification form, a DOTS medication record form, a tuberculosis patient screening form in household contacts/close

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

contacts, a home visit record form, an INHOME-SSS patient assessment form, an observation form, and a satisfaction assessment form. Qualitative data were analyzed using content analysis, and quantitative data by number, mean, and percentage.

The results of the study found that the provision of pulmonary tuberculosis care services with the participation of a multidisciplinary team and community networks at Yangsisurach Hospital consisted of: 1) Developing a participatory management system with supervision and monitoring of the network. Resulting from participation and pushing for the project plan supported by the local administrative organization and the provincial community. 2) Developing and providing care services in clinics and community for pulmonary tuberculosis patients, including developing the potential of multidisciplinary teams in hospitals, sub-district health promotion hospitals and community network partners, developing CNPG for case management of pulmonary tuberculosis patients with comorbidities / those with problems in caregivers and taking tuberculosis drugs, including developing CPG, developing one-stop service, creating a guideline manual for managing drug complications for patients and families, developing a referral system, developing a continuous care system in the community. 3) Developing an information system and information referral. Including a consultation system for sub-district hospitals/communities 4) Develop a community network to take care of the DOT system at home. The evaluation found that patients who missed appointments decreased from 2.25 to 0, the percentage of self-drug withdrawal decreased from 1.58 to 0, the percentage of malnutrition decreased from 3.47 to 1.32, the percentage of readmissions within 1 month increased from 3.67 to 0, the treatment coverage rate increased from 79.63 to 91.33, the mortality rate decreased from 15.63 to 3.52, and the treatment success rate increased from 78.22 to 88.05. The results of the service development resulted in patients being able to access treatment, reducing death, and achieving treatment within the specified time frame, reducing treatment costs.

Key word : Development care services,pulmonary tuberculosis patient,participation

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 [1] ระบุถึงสถานการณ์วัณโรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2558 องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) 2) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3) มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง(MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม ดังกล่าวมาโดยในแต่ละปีคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 120,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 12,000 ราย ขณะที่ปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จะพบประมาณปีละ 2,200 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 15,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลาย 4,500 จากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 73,756 โดยมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 77.6 จำเป็นต้องเร่งรัดความสำเร็จการรักษาให้ได้ตามเป้าหมายที่ร้อยละ 90 โดยเร่งรัดลดการตาย ลดการขาดยา และพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามผลการรักษา จากสถิติจะเห็นได้ว่าวัณโรค เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น[2] ดังนั้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 (2035)[3] แต่อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านของจังหวัดมหาสารคาม เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานวัณโรคพบว่ายังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้

สถานการณ์วัณโรคของอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ปี 2561 - 2563 จำนวน ร้อยละ 76.53 ร้อยละ 73.15 และ ร้อยละ 79.65 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(มากกว่าร้อยละ 90) อัตราผลสำเร็จการรักษา ปี 2561-2563 ร้อยละ 75.76 76.95 78.22 มีอัตราเสียชีวิติ ปี 2561-2563 จำนวน ร้อยละ 8.55 11.35 และ 15.63 ตามลำดับ (ค่าเป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 8) [4] จากสถานการณ์ที่กล่าวมาทำให้ทราบปัญหาการติดเชื้อโรควัณโรคในพื้นที่ ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่า ยังมีการเข้าถึงบริการได้ล่าช้า และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราความสำเร็จในการรักษาต่ำ และจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหาอุปสรรคหลายด้านในการดำเนินงาน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และ ด้านบุคลากร เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคร่วมและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน เช่น กินยาไม่ถูกต้อง เกิดอาการข้างเคียงจากยา ขาดนัด การจัดการเสมหะไม่ถูกต้อง 2) ด้านบุคลากร มีความรู้และทักษะยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง 3) ด้านการจัดบริการ การจัดบริการในคลินิกและแนวทางการส่งต่อข้อมูลไม่ต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 4) ด้านชุมชน ยังขาดความเข้าใจในการดูแล เฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน จากประเด็นปัญหาผู้วิจัยในบทบาท Nurse Manager Service Plan สาขาวัณโรคและพยาบาลชุมชน จึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในคลินิกบริการจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทปัญหาพื้นที่ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา (Methods)

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart [6,7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดในการพัฒนา ได้แก่ แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The chronic care model) เนื่องจากเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง มีทีมในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสหวิชาชีพ ทำการเยี่ยมเป็นทีมและมีการการจัดการโรค และการจัดการรายกรณี ซึ่งมี 6 องค์ประกอบได้แก่ 1.ระบบสุขภาพ (Health system) 2.การออกแบบระบบให้บริการ (Delivery system design) 3.ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) 4.ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information system) 5.ระบบสนับสนุนการจัดการดุแลตนเอง (Self-management support) 6.การมีส่วนร่วมของชุมชน (The community) ระยะเวลาวิจัย เดือน กันยายน 2563 – สิงหาคม 2564 ดำเนินการ 2 วงรอบ (วงรอบที่ 1 ต.ค.2563-ม.ค. 2564,วงรอบที่ 2 ก.พ.2564-ส.ค.2564)

การเลือกพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น (Key Informant) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ประกอบด้วย1)กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในรพ. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต. 10

คน อสม. จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชน 7 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 7 คน สมาชิก อบต. 7 คน 2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดและครอบครัว จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

2. แบบประเมินมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการงานวัณโรคของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปป้องกันควบคุมวัณโรค ด้านการค้นหาคัดกรอง ด้านการรักษา ด้านการบริหารจัดการ และด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา แต่ละด้าน แบ่งคะแนนในการประเมินเป็น 3 ระดับ ร้อยละ 95= มาตรฐานดีมาก ร้อยละ 90 = มาตรฐานปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 90 = มาตรฐานต่ำ

3. แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อระบบบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 10 ข้อ (4 ด้าน) โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ (5 ด้าน) โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 1 ท่าน อายุรแพทย์ทรวงอกโรงพยาบาลมหาสารคาม 1 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) ในบริบทที่ใกล้เคียงกันก่อนนำไปใช้จริง แล้วนำข้อมูลมาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Conefficientของ Cronbach โดยแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยจิตเวชและแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ

5. แบบรายงานผู้ป่วยวัณโรคปอดของกองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข

6. โปรแกรมคอมพิวเตอร์HosXP โปรแกรม Ntip

ขั้นตอนการวิจัย

วงรอบที่ 1 เดือน ต.ค 2563-มค.2564

ระยะวางแผน (Plan) โดยดำเนินการ ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากข้อมูลการดูแลของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและการดูแลของพยาบาลชุมชนจากกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่งโดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน แฟ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้ดูแล เพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดได้แก่ แนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวคิดการประกอบด้วย แนวคิดการดูแลแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The chronic care model) โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อสม. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน

3.ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการคืนข้อมูลจากการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับสู่ชุมชน จากการคืนข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยเกิดแผนงาน

โครงการการพัฒนาบุคลากรทั้งการอบรมภายนอกภายในโรงพยาบาล เกิดแผนงานการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จากองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 7 แห่ง และจากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพทำให้เกิดการกำหนดบทบาทของทีมที่ชัดเจน

4. ประชุมระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อคืนข้อมูล การดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคืนข้อมูลให้กับชุมชนโดยผ่านตัวแทนอสม.หมู่บ้านละ 1 คน จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพอสม. และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลยางสีสุราช

ระยะปฏิบัติ (ACT) จัดทำกิจกรรมโครงการตามแผน ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมสำคัญๆดังนี้

- พัฒนาบุคลากรตามแผน ได้แก่ อบรมภายในรพ.เกี่ยวกับการแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยทีมวิทยากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น หลักสูตร 1 วัน ผู้เข้ารับการอบรมพยาบาลจากทุกหน่วยงานและรพ.สต.ทุกแห่ง KM ระหว่าง เจ้าหน้าที่

- ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. พยาบาลกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิเพื่อร่วมกันจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดตามระดับความรุนแรงแยกเป็นกลุ่มสีแดง เหลือง เขียว 2) แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลด้านร่างกาย (การจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคและอาการรบกวนอื่นๆ3) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคปอด 4) แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการเยี่ยมบ้าน 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้คำปรึกษาและการส่งต่อ และมีการกำหนดตัวชี้วัดทางการพยาบาล

- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพอสม.ทุกหมู่บ้าน รวม 91 หมู่บ้านๆละ 1 คน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ หลังจากที่ได้การฝึกอบรมแล้วนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานในชุมชน

ระยะสังเกต (Observe) ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยในวงรอบนี้ได้สังเกตการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลและในชุมชน

ระยะประเมินผล (Reflection) 1)ด้านบุคลากร พบว่า ทีมสหวิชาชีพ ยังมีแนวทางการปฏิบัติงานที่หลากหลาย และแตกต่างกันตามประสบการณ์การทำงาน อีกทั้งมีการหมุนเวียนบุคลากรในการปฏิบัติการ ทำให้การเชื่อมประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง 2)ด้านการจัดบริการ พบว่า ขาดการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปัญหาซับซ้อนหลายด้าน 3) ด้านผู้ป่วย พบว่า มีปัญหาในด้านการรับประทานยา ยามีผลข้างเคียงมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานยา และ ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรักษาเนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยาได้ 4) ด้านญาติผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยบางรายถูกญาติทอดทิ้ง เนื่องจากกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายถูกสังคมรังเกียจ

การพัฒนาในวงรอบที่ 2 (เดือน ก.พ.2564 – ส.ค.2564) ได้ดำเนินการดังนี้

- ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและระดมสมองร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลชุมชนทำให้เกิดแนวทางการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทการดำเนินงานของอำเภอยางสีสุราช แล เกิดแนวทางการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 3 เรื่อง ได้แก่ 1) แนวทางการจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปัญหาการรับประทานยา 2) แนวทางการจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคร่วม 3) แนวทางการจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปัญหาด้านผู้ดูแล 4) จัดทำ Flow แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ปอดที่มีโรคร่วม เบาหวาน ความดัน HIV ติดสุรา จิตเวช มะเร็งระยะสุดท้าย ไตวาย ระยะสุดท้าย

- คืนข้อมูลให้กับชุมชนผ่านตัวแทนผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน 91 หมู่บ้านและตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ทั้ง 7 แห่ง เกิดเครือข่ายการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยการจัดทำโครงการประชุมเสวนาถอดบทเรียนการดำเนินงานวัณโรคระดับอำเภอ อำเภอยางสีสุราช ให้กับภาคีเครือข่ายประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ประธาน อสม.ประธานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ร่วมคิด ร่วมวางแผน และจัดทำร่างกำหนดแผนงานโครงการของแต่ละตำบลเพื่อเสนองบประมาณการดำเนินงาน เพื่อการควบคุมป้องกันวัณโรคในระดับชุมชน รวมทั้ง จัดทำคู่มือ กำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ในการช่วยเหลือ ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดให้แก่ภาคีเครือข่ายทุกแห่ง ผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อช่องทางต่างๆเพื่อให้ส่งประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคอย่างถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา : โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบสามเส้า(Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 8/2563 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2563

ผลการศึกษา

1.ด้านสถานการณ์ปัญหาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบการพัฒนาที่เกิดขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปัญหา การพัฒนา และผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช

ประเด็น	สถานการณ์ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
1 .ด้านการบริหารจัดการในองค์กรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	-การวางแผนการดำเนินงานขาดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง -การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ-	- พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม โดย 1) แต่งตั้งคณะกรรมการ Noc TB เพื่อวางแผนนิเทศติดตามปัญหาอุปสรรค ร่วมกันทุก 1 เดือน 2) มีการจัดทำ Action Plan ระดับอำเภอรายปีที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและผลักดันให้เกิดแผนงานโครงการสนับสนุนจากอปท.,พชอ. 4) จัดสรรงบในอัตราที่เหมาะสมตามการให้บริการของหน่วยบริการ	- มีคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาที่ชัดเจน ได้แก่ พชอ. คณะกรรมการ Noc TB - ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพชอ.: ประเด็นยางสีสุราชทุกช่วงวัยณภาพชีวิตดี ประเด็นย่อย : คนยางสีสุราช ไม่ทอดทิ้งกัน (ดูแลกลุ่มเปราะบาง/ผู้ด้อยโอกาส/ผู้สูงอายุ) โดยประเด็นสุขภาพวัณโรคอยู่ในกลุ่มเปราะบาง -มีแผนปฏิบัติการของพชอ. /CUP/แผนกองทุนสุขภาพตำบลที่สอดคล้องกับปัญหา -ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้นอัตราการขาดนัดลดลง

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปัญหา การพัฒนา และผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช

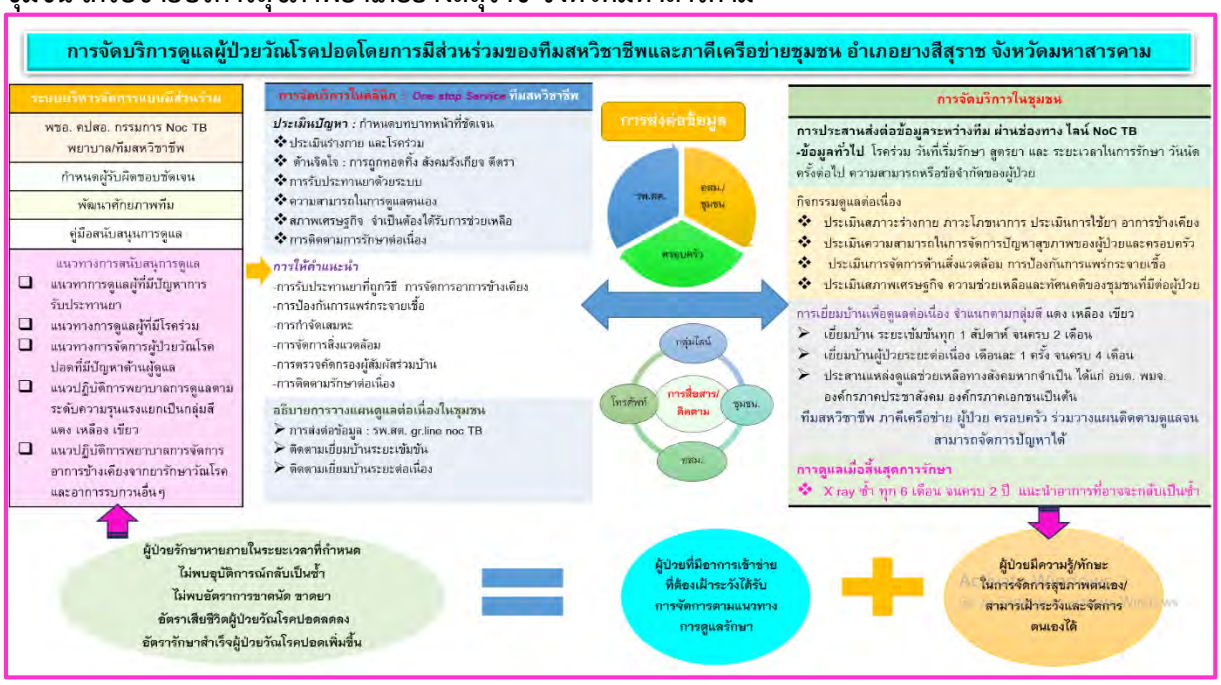
ประเด็น	สถานการณ์ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
2.ด้านการออกแบบบริการ	ไม่ได้นำมาตรฐานคุณภาพบริการวัณโรค มาออกแบบบริการ	-ร่วมกันพัฒนาระบบบริการโดยการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร : มีแพทย์ พยาบาล เภสัช จนท.ชันสูตร จนท.รังสีเทคนิคที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานการดูแลวัณโรค ทำหน้าที่เป็น Case Manager ,มีแพทย์จาก รพ.แม่ข่ายที่ได้รับอนุมัติบัตรเชี่ยวชาญเฉพาะทางอายุรแพทย์ทรวงอกเป็นพี่เลี้ยง และให้คำปรึกษา 2) พัฒนาองค์ความรู้ทีมสหวิชาชีพในรพ. ,พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.และภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน 3) ด้านสถานที่ : คลินิกแยกเฉพาะ ให้บริการวันศุกร์เดือนละ 1 ครั้ง 3) ด้านระบบบริการ : มีการตรวจวินิจฉัยให้การดูแลบำบัดรักษา แบบ One stop service โดยจัดบริการดูแลผู้ป่วย ควบคู่ไปกับ การประเมินและสอนทักษะการดูแลให้กับญาติผู้ดูแลทุกครั้ง ที่มารับบริการ กำหนดเป้าหมายและสร้างแรงจูงใจในการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 4) ด้านระบบยา : พัฒนาแนวทางการการจัดการอาการข้างเคียงจากยา,ติดตามประเมินผลการใช้ยา 5) ด้านระบบส่งต่อ : พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลเชื่อมโยงระหว่าง รพ.และรพ.สต.ในพื้นที่ 6) ด้านการดูแลต่อเนื่อง : พัฒนาระบบ	- ทีมสหวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและมีศักยภาพในการดูแล คุณภาพบริการดีขึ้นจากการได้รับคำปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์/ไลน์ - มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบตามกำหนด ไม่ขาดนัด ไม่ขาดยา
3. ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ	จัดทำ CPG เฉพาะในรพ. และมีการพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะแพทย์พยาบาลที่รับผิดชอบงานวัณโรค	ประสานงานร่วมกับรพ.สต.และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 1)จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG), (CNPG),ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย การดูแลรักษาผู้ป่วย เกณฑ์การส่งกลับรพ. การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย คู่มือ การดูแลผู้ป่วยของภาคีเครือข่ายชมุชน สื่อออนไลน์ในการจัดการปัญหาอาการรบกวน เช่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร จุกเสียดแน่นท้อง ปวดตามข้อ ผื่นคัน หูอื้อ ตาลาย วิงเวียน เป็นต้น	–เกิดระบบการส่งต่อและทีมสหสวิชาชีพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง -มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่ายทีมสหวิชาชีพมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน - บุคลากรและภาคีเครือข่าย มีการพัฒนาครบ100
4.ด้านการประสานงานร่วมกับชุมชน	- สร้างเครือข่ายร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เท่านั้น	- สร้างเครือข่ายอสม.,ผู้นำชุมชน,อปท. ในการดูแลผู้ป่วย,อาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ,เพื่อนบ้าน,ญาติ	- เกิดภาคีเครือข่ายอสม.และผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านเข้มแข็งและมีการสนับสนุนงบประมาณจากอปท.ทุกแห่ง

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปัญหา การพัฒนา และผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช

ประเด็น	สถานการณ์ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
5) ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง 6) ระบบฐานข้อมูลและเวชระเบียน	จัดอบรมเท่านั้น ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน	- จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วย,นามบัตรสายด่วนวัณโรค,นำการจัดการรายกรณีมาใช้ทุกพื้นที่ ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล,พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลรายรพ.สต.และเชื่อมโยงให้เป็นระบบเดียวกันทั้งเครือข่าย	- ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและมีแนวทางดูแลตนเองที่ชัดเจน - มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันทั้งเครือข่ายสำหรับการบริหารจัดการความต้องการใช้ข้อมูล-มีการบันทึกจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบไม่สูญหาย และ นำสู่การวางแผนการรักษาได้ต่อเนื่อง

จากตารางพบว่า จากสถานการณ์ปัญหาที่พบก่อนการพัฒนาทีมได้มีการนำข้อมูลสู่การจัดการในแต่ละระบบ จนเกิดการพัฒนาที่ชัดเจนนำสู่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในทุกๆด้าน

2. การจัดบริการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม



ภาพที่ 1 การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

จากการดำเนินงานข้างต้นสามารถ สรุปการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ Noc TB เพื่อวางแผน นิเทศติดตามปัญหาอุปสรรค จัดทำ Action Plan ระดับอำเภอที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและผลักดันให้เกิดแผนงานโครงการสนับสนุนจากอปท.และพชอ. 2) พัฒนาจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกบริการและในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

2.1) การพัฒนาศักยภาพทีมหสวิชาชีพใน โรงพยาบาล ,รพ.สต.และภาคีเครือข่ายชุมชน 2.2) พัฒนา CNPG เพื่อการจัดการรายกรณีตามระดับความรุนแรง (แดง เหลือง เขียว) และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดัน HIV ติดสุรา จิตเวช มะเร็งระยะสุดท้ายไตวายระยะสุดท้าย/ผู้ที่มีปัญหาด้านผู้ดูแล และการรับประทานยาวัณโรค รวมถึงพัฒนา CPG 2.3) พัฒนาการจัดบริการ one stop service โดยการมีส่วนร่วมทีมสหวิชาชีพ เพื่อการประเมิน จัดการปัญหาได้สอดคล้อง 2.4) จัดทำคู่มือแนวทางการจัดการอาการแทรกซ้อนทางยาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 2.5) การพัฒนาระบบส่งต่อ โดยมีช่องทางด่วนเฉพาะกลุ่มในการส่งต่อข้อมูล 6) พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชนและการติดตามเยี่ยมบ้านตามระดับความรุนแรง 3) พัฒนาระบบการข้อมูลและการส่งต่อข้อมูล รวมถึงระบบการให้คำปรึกษาแก่ รพ.สต./ชุมชน 4) พัฒนาเครือข่ายชุมชนในการ ดูแลระบบ DOTที่บ้าน (ภาพที่ 1)

3. ประเมินผลการจัดบริการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย (%)**	**2562**	**2563**	**2564**
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ราย	33	35	37
ร้อยละของการขาดนัด	ไม่พบ	2.25	3.60	0
ร้อยละของการหยุดยาเอง	ไม่พบ	1.58	2.36	0
ร้อยละของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ	น้อยกว่าร้อยละ 2	3.47	2.67	1.32
ร้อยละของการติดเชื้อในผู้สัมผัสร่วมบ้าน	น้อยกว่าร้อยละ 2	5.56	3.65	1.72
ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน	น้อยกว่าร้อยละ 2	3.67	5.26	0
ร้อยละความครอบคลุมการรักษา	90	79.63	73.15	91.33
อัตราผลสำเร็จการรักษา	88	78.22	76.95	88.05
อัตราเสียชีวิต ผู้ป่วยวัณโรคปอด	น้อยกว่าร้อยละ 8	15.63	11.55	3.52

3.2 ผลการประเมินมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการงานวัณโรค อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 3 การประเมินมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการงานวัณโรค อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ด้าน	คะแนนเฉลี่ย	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
การป้องกันควบคุมวัณโรค	22	25
การค้นหาและคัดกรอง	23	25
การรักษา	23	25
การบริหารจัดการ	22	22
รวม	90	97

3.3. ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอด/ญาติต่อระบบบริการพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอ ทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมากดังตาราง

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อระบบบริการ

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D
ด้านการจัดบริการ	4.46	0.51
ด้านการให้บริการ	4.45	0.59
ด้านการดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน	4.44	0.58
ด้านการได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง	4.66	0.49
รวมทุกด้าน	4.50	0.54

3.4.ด้านความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบบริการผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการในทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 5 การประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบบริการผู้ป่วยวัณโรคปอด

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D
ด้านการบริหารจัดการ	4.56	0.51
ด้านกิจกรรมบริการ	4.64	0.55
ด้านการจัดทำมาตรฐานแนวทาง	4.58	0.57
ปฏิบัติ	4.66	0.51
ด้านการพัฒนาบุคลากร	5.52	0.53
ด้านการสนับสนุนอื่นๆ		
รวมทุกด้าน	4.59	053

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ กรกฎาคม 2563 – สิงหาคม 2564 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนาพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพสามารถลดการขาดนัด ขาดนัด ขาดยา ของโรค ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ชุมชน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน

วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในการพัฒนาการการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน โดยได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน ซึ่งมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1)พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม มีการนิเทศงานและติดตามประเมินผลของเครือข่าย และจัดสรรงบประมาณตามความเหมาะสม 2) พัฒนามาตรฐานและจัดระบบบริการผู้ป่วยวัณโรคปอด 3) พัฒนาทรัพยากรบุคคลทีมสหวิชาชีพ ตามสมรรถนะแต่ละวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 4) พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล ระบบการให้คำปรึกษาแก่รพ.สต./ชุมชน จัดทำและใช้มาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) เดียวกันในเครือข่าย นำการจัดการรายกรณีมาใช้ทุกพื้นที่ 5) จัดระบบสนับสนุนเวชภัณฑ์ยาและอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน 6) พัฒนาระบบข้อมูลทั้งเครือข่าย จากการพัฒนาส่งผลให้ ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการผู้ป่วยวัณโรคปอดมีค่าคะแนนร้อยละ 97 อยู่ในระดับ (ระดับดีมาก) ทุกด้าน ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด มีคะแนนที่ดีขึ้นจาก 3.41 เป็น 9.94 ภายหลังนำรูปแบบไปใช้พบว่า ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยร้อยละของการขาดนัดก่อนและหลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 5.58 และ 1.46 ตามลำดับ ร้อยละของการหยุดยาเอง คิดเป็น

ร้อยละ ร้อยละ 9.65 และ ร้อยละ 0 ตามลำดับ ร้อยละของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 8.54 และ ร้อยละ 0 ตามลำดับ ร้อยละการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน คิดเป็น 6.72 และ 1.15 ตามลำดับ ซึ่งสอดคลอดกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ได้บูรณาการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งจากเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องวางแผนแก้ไขปัญหาและร่วมกันพัฒนา โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้จัดการในการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนดำเนินการ ประเมินผล โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคครั้งนี้มีการพัฒนาระบบการประสานส่งต่อเครือข่ายโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการติดตามดูแลผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปสู่การวางแผนการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนให้ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิติดตามเยี่ยมบ้านและ เป็นพี่เลี้ยงกำกับกินยาตลอดระยะเวลาการรักษา นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาทักษะและศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร มีการกำหนดแนวทางและบทบาทหน้าที่ชัดเจน พี่เลี้ยงระดับอำเภอเป็นที่ปรึกษามีการติดตามและเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการพัฒนาผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้อยู่ในระดับมาก จากเดิมร้อยละ 82.35 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.24 พฤติกรรมการดูแลตนเองจากเดิม ($\bar{x}$ =2.02, S.D.=0.188) อยู่ในระดับปาน กลาง เพิ่มขึ้นเป็น ($\bar{x}$ =2.45, S.D.=0.146) อยู่ในระดับมาก และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 100 และการศึกษาของสุภาภรณ์ มิตรภานนท์ และคณะ[9] ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมี คะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ หลังจากฝึกอบรมและ พัฒนาตามรูปแบบแล้ว พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอยางสีสุราช ผู้ป่วยวัณโรคปอด และญาติ ผู้นำชุมชน ที่เข้าร่วมวิจัย และอำนวยความสะดวก จนโครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อุดหนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560- 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2560

2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนงานวัณโรคภายใต้ กรอบคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (Performance Agreement : PA) และแนวทางการ ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562.

3. World Health Organization (WHO).Global tuberculosis report 2023. URL http://www.tbonline.info/posts/2016/10/16/global-tb-report-2023/ สืบค้น เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2564

4. โรงพยาบาลยางสีสุราช . (2563). รายงานการดำเนินงานผู้ป่วยวัณโรค พ.ศ. 2561-2563. มหาสารคาม : โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม.

5. ปัทมา โกมุทบุตร, กฤษฎิ์ ทองบรรจบ. เอกสารประกอบการ เรียนรู้ Chronic Care Model [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551 [สืบค้น เมื่อ 14 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: www.med.cmu.ac.th/dept/commed
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.7. เกษราวัลณ์ นิลวราง กูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
8. วัฒนา สว่างศรี.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16 (3), 116-129.
9. สุภาภรณ์ มิตรภานนท์ และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 3 (3),164-174.

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566

Developing a care system for schizophrenia patients in the community with the participation of families and network partners. Ban Khok Sawang Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Ki District, Buriram Province, Year 2023

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

ศิวาการ นามปัญญา[1]
Siwakan Nampanya[1]

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสว่างยังพบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในตำบลโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนคือ 1.การวางแผน2.การปฏิบัติ3.การสังเกต4.การสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 – 30 เมษายน 2566 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ตำรวจ ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน อสม.อบต.พระสงฆ์ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 41 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ60 มีระยะเวลาผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 15-20 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา กลุ่มเครือข่ายในชุมชนไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อนร้อยละ 55.55 พบประเด็น คือ (1) ด้านผู้ดูแลมีความชราและมีโรคประจำตัว ฐานะยากจน เครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายบ่อยครั้งขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยไม่ไปรักษาตามนัด ขาดยาและใช้สารเสพติดร่วมประจำคือ สุรา ยาบ้า น้ำกระท่อม หลังดำเนินกิจกรรมผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้มีระบบทีมชุมชนติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว พระสงฆ์ช่วยดูแลด้านจิตใจ มาตรการชุมชนปลอดเหล้า สรุปผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท,ครอบครัว,ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

Abstract

The problems with caring for schizophrenia patients in the community. The objective of this research is to develop a community care system for schizophrenia patients with family and network partners participating. In Khok Sawang Subdistrict, Nong Ki District, Buriram Province It is action research.1. Planning 2. Execution 3. Observation 4. Reflection Conducted between 1 April 2022 - 30 April 2023. The group of information providers consists of Family caregivers, police, village security unit Subdistrict Administrative Organization Village Health Volunteers, Monks community developer Pubichealth officials, 41 people Data were collected using a questionnaire. In-depth interview Data were analyzed using statistics, percentages, and averages. For qualitative data from focus groups, content analysis was used.

The results of the study found that Most caregivers are female, 60%. The average duration of schizophrenia is 15-20 years. Relationship with the patient as parents. The network group in the community had no previous experience in caring for psychiatric patients, 55.55%. The issues found were (1) the caregivers were elderly and had congenital diseases, were in poverty, and were stressed from caring for a long period of time; Frequently being physically abused by patients who lack appropriate patient care skills (2) The patient does not go to treatment as scheduled. Missing medication and regularly using drugs such as alcohol and amphetamines After carrying out the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง

activities, caregivers and network partners had a high score of 80% in patient care skills. The practical research process resulted in a community team system to follow up and help patients with schizophrenia and their families. Monks help take care of your mental health. Alcohol-free community measures Summary of the results of caring for schizophrenia patients using a participatory network helps create an efficient care system for schizophrenia patients in the community.

Keywords: schizophrenia patients, family, network partners are involved

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยโดยพบประชากร 1 ใน 5ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพเป็นภาระโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม เศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โรคจิตเภทถือเป็นปัญหาที่มีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 1.00-1.50 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5.0 ต่อ1,000 คนต่อปี จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิตพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนสูงอย่างต่อเนื่องปี 2562 จาก 168,087ราย เป็น ราย 389,732 ราย และ 406,337 ราย ในปี 2563 และ 2564 ตามลำดับ[1] และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในขณะที่จำนวนบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคลากรอื่นๆ มีจำนวนไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภท คือผู้ที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึกนึกคิดทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ปัญหาการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างคุณค่าหรือความหมายของชีวิต การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมาย หนีออกจากความเป็นจริงมีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอนพฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้แต่เดิมการดูแลรักษาเมื่อมีการป่วยทางจิตผู้ป่วยจะถูกนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชน เนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะถูกรังเกียจและอาจทำความเดือนร้อนให้แก่ชุมชนได้ อาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ การดำเนินโรค มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มี 3 ระยะ คือระยะที่มีอาการ (prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อป่วยโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด[2] ผู้ป่วยจะมีดำเนินของโรคแบบเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลงส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวในโรงพยาบาล ก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุดโดยให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นเพียงเมื่ออาการทุเลาลงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติอยู่ในบางด้านเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสื่อมในหน้าที่ด้านต่างๆที่พบบ่อยในชุมชนได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์กับสังคม ด้านชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ[3] ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ครอบครัวต้องประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการพากลับมารักษาซ้ำ ขาดงานเพื่อมาดูแลทำให้ขาดรายได้ เบื่อหน่ายในการดูแลเนื่องจากป่วยมาเป็นเวลานาน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลการมีกิจกรรมร่วมกันและการคอยสังเกตอาการผิดปกติ

เพื่อจัดการดูแลช่วยเหลือได้ทัน จะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการผู้ป่วยจิตเภทได้ การมีเพื่อนบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้การยอมรับ เกิดการสนับสนุนในด้านต่างๆ ก็ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและลดความรุนแรงและลดผลกระทบต่อการเป็นผู้ป่วยจิตเภทได้ การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของในโรงพยาบาลของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย ที่สำคัญคือจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ สามารถจะแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวันได้ดี[4,5]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่างมีประชากรที่รับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 5436 ราย แบ่งเป็น 9 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 36 ราย จากการสำรวจและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ในครอบครัวชุมชน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 2 ราย ขาดการรักษา 2 ราย มีการเสพสารเสพติด 5 ราย มีการถืออาวุธในชุมชน 3 ราย ทำร้ายคนในครอบครัว 1 รายซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นความยุ่งยาก ญาติมีความคาดหวังกับผู้ป่วยว่าเมื่อได้รับการรักษาจะต้องหายเป็นปกติสามารถทำงานได้ ส่วนใหญ่ญาติไม่มีเวลาดูเรื่องรับประทานยาเนื่องจากการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดกระตุ้นต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการกำเริบ ขาดการรักษาตามนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องพร้อมหาแนวทางให้รับการบริการและแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำลดการเกิดปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วยให้การช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถอาศัยอยู่ในครอบครัวและสังคมได้แบบมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในตำบลโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือน 1 มกราคม 2565 - 30 เมษายน 2566 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.การวางแผน (planning) มีการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง 1 วัน จากครอบครัวผู้ป่วย อสม. อบต. ทีมผู้นำและทีมสหวิชาชีพ จากนั้นมีการสนทนากลุ่มและลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในขั้นตอนนี้ดำเนินการเพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ค้นหาความต้องการ รวมทั้งการแต่งตั้งทีมดำเนินงานเพื่อติดต่อประสานงาน

2.การปฏิบัติ (acting) เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง 1 วัน ร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาจากระยะวางแผนและออกแบบกิจกรรมสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลักการเข้ากลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวจะเน้นองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา สถานที่ที่ไปรักษา เน้นวิธีดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้ยา การจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

2.2 กลุ่มภาคีเครือข่าย เน้นการช่วยเหลือด้านสังคมการจัดการสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ดุด่าผู้ป่วย ช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแลโดยหมุนเวียนเข้าเยี่ยมให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ติดตาม

เยี่ยมบ้านโดยประเมินสภาพปัญหา วางแผนแก้ไขร่วมกับภาคีเครือข่ายและใช้กระบวนการพยาบาลศึกษาครอบครัว รวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง ค้นหาวิธีการให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลที่เหมาะสม ภาคีเครือข่ายมีองค์ความรู้และทักษะร่วมกันดูแล ขั้นตอนนี้เชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จของชุมชนในการดูแล การใช้ระบบปรึกษา ได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น โทรศัพท์ ไลน์ หรือการประสานงานโดยตรง มีพยาบาลออกติดตามร่วมดูแลและประเมินผลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับทีมได้จัดหาสนับสนุนแหล่งความรู้ เอกสารวิชาการเพื่อเสริมองค์ความรู้ให้กับทีมอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

3.การสังเกต (observing) โดยสังเกตข้อค้นพบเพื่อนำสู่การปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไขขณะดำเนินการ

4.การประเมินผลสะท้อนกลับ (reflecing) โดยวิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนและปัญหาอุปสรรคในการดูแล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว 5 คน ตำรวจ 2 คน ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน10คน อสม.10 คน ผู้นำชุมชน 6 คน คน พระสงฆ์ 2 คน อบต.3คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน รวมจำนวนทั้งหมด 41 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สื่อสารได้ดีและสามารถร่วมทำกิจกรรมได้ตลอดการวิจัยและไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1 . แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2 . แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของ ดร.กำธร ดานา มี 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ 1 (ตอบถูก) และ (ตอบผิด) คะแนนรวม 15 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

-คะแนนระดับ 1-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

-คะแนนระดับ 8-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

-คะแนนระดับ 13-15 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

3 . แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ ดร.กำธร ดานา ประกอบด้วย การประเมินและสังเกตอาการ การเตือน การบอกสิ่งที่เป็นจริง การกระทำกิจกรรมแทน การสอนการกำกับการถอยห่าง การต่อรองไกล่เกลี่ย การจัดการเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อม การขอความช่วยเหลือและการป้องกันตนเองลักษณะการตอบ คือ ทำได้ (1 คะแนน) ทำไม่ได้ (0 คะแนน) คะแนนเต็ม 18 คะแนน แปลผลโดย คะแนนมากกว่าร้อยละ 70.00 ถือว่ามีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือผ่านการขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้

4 .แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว ภาคีในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน และปัญหาอุปสรรคในการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยขอความยินยอมที่จะร่วมโครงการ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ตลอดกระบวนการวิจัยไม่มีกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ร่วมวิจัยและก่อนที่จะเริ่มดำเนินการ

วิจัยทีมผู้วิจัยจะมีเกณฑ์การคัดเข้าและออกของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนไม่มีอคติกับตัวบุคคล

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 60ขึ้นไป จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดาและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 15-20 ปี

กลุ่มเครือข่ายในชุมชน พบว่า มีจำนวนทั้งเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนมากมีอายุช่วง 51-60 ร้อยละ 58.33 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 72.22 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ร้อยละ 55.55 ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาสถานการณ์และการติดตามเยี่ยมบ้านพบประเด็น คือ (1) ด้านผู้ดูแลมีสภาพร่างกายไม่พร้อมเนื่องจากความชราและมีโรคประจำตัว เครียดและเหนื่อย จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน และขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและขาดยา ได้รับการดูแลไม่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหนีจากชุมชน ทั้งยังมีการใช้สารเสพติดอันได้แก่ บุหรี่ สุรา ยาบ้า น้ำกระท่อม (3) พบพฤติกรรมการทำร้ายคนในครอบครัวทะเลาะวิวาทกับผู้ดูแล ตลอดจนการเดินถืออาวุธในชุมชน เช่น เหล็ก มีด ไม้ขนาดใหญ่ จอบ เสียม ส่วนใหญ่พฤติกรรมจะเกิดหลังจากการดื่มสุราและการดื่มน้ำกระท่อม

ตารางที่1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว			กลุ่มเครือข่ายในชุมชน		
เพศ	1	20	เพศ	15	41.66
ขาย			ชาย		
หญิง	2	80	หญิง	21	58.33
อายุ (ปี)	0	0.00	อายุ (ปี)	10	27.77
40-50			40-50		
51-60	2	40	51-60	21	58.33
60 ขึ้นไป	1	60	60 ปีขึ้นไป	5	13.88
ระดับการศึกษา	2	80	ระดับการศึกษา	5	13.88
ประถมศึกษา			ประถมศึกษา		
มัธยมศึกษา	1	20	มัธยมศึกษา	26	72.22
			ปริญญาตรีขึ้นไป	5	13.88
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	2	80	ประสบการณ์ในการดูแล	16	44.44
บิดา/มารดา			มี		
พี่น้อง/เครือญาติ	1	20	ไม่มี	20	55.55
เพื่อนบ้าน	0	0.00			
ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล	15-20 ปี				

ผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายในชุมชน เสนอแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สรุปเป็น 3 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 กิจกรรมคนบ้านเดียวกัน ประกอบด้วย1.กิจกรรมเพื่อนบ้านสร้างสัมพันธภาพ เริ่มด้วยการทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์การสร้างพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วยและทีมงานในชุมชน การอาศัยความคุ้นเคยทำงานร่วมกันมาก่อน และกิจกรรมรู้เขารู้เราผ่านลักษณะสัตว์ที่ชอบ เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักและเข้าใจตนเองเห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจในสิ่งบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคลเรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับซึ่งกันและ

กัน เข้าใจคนอื่นยอมรับในตัวตนของบุคคลและสอบถามความปรารถนาที่อยากให้เกิดขึ้นในชุมชน 2. บรรยายให้ทราบข้อมูลโรคและการรักษาตอบปัญหาข้อข้องใจ ในสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลของชุมชนนักพัฒนาชุมชน และ อบต. เข้ามาช่วยเรื่องอาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีทำงาน เพิ่มความภาคภูมิใจแก่ตนเอง ในกรณีนี้ทีมผู้วิจัยได้ประสานกับ นายก อบต. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ไปเป็นวิทยากรในพื้นที่เรื่องการเก็บสิ่งของเหลือใช้ในชุมชนไปรีไซเคิลและเก็บขวดเก็บพลาสติก การทำปุ๋ยหมักชีวภาพ ปลูกผักผลไม้ปลอดสารพิษขายเพื่อสร้างรายได้ในแก่ตนเองและครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความถนัด **3.**ให้กลุ่มสำรวจสภาพปัญหาการเจ็บของผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบต่อผู้ดูแลครอบครัว และชุมชนและน้นย้ำเกี่ยวกับประเด็นปัยหาที่เกิดขึ้นที่ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะของครอบครัวแต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย**4**.กิจกกรมความคาดหวังต่อผู้ป่วยจิตเภท ชุมชนได้รับความรู้ความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วย กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีสิ่งดีๆของบุคคลอื่นมาชื่นชมร่วมให้กำลังใจ แก้ไขจุดบกพร่องยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

วงจรที่ 2 กิจกรรมผูกพันจริงใจ มีกิจกรรมต่อเนื่อง ดังนี้ 1.ให้ทุกคนได้สำรวจปัญหา ตระหนักรู้ถึงศักยภาพความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่นพร้อมทั้งเกิดความภาคภูมิใจซึ่งความรู้สึกที่แต่ละคนมีต่อตนเองเป็นการรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึก การเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ดังคำพูด “อยากให้ลูกปกติ อยู่กับสังคมได้ กลัวเขาตีทำร้ายลูกเวลาลูกไปด่าว่าเขา สงสารลูก”2.กลุ่มได้สร้างจิตนาการเกี่ยวกับความมุ่งหวังของตนที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาในชุมชน ร่วมคิดระบบการดูแลประสานช่วยเหลือในชุมชนนำหลักศาสนาตามมาช่วยเรื่องความเชื่อการทำดีได้ดีและอานิสงฆ์ของการช่วยเหลือผู้อื่นและคนในชุมชนเป็นบุญใหญ่

วงจรที่ 3 กิจกรรมห่วงใยดูแลกัน โดยการค้นหาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมวางแผนและผลักดันเพื่อแสดงพฤติกรรมการดูแล เช่น (1) กิจกรรมร่วมคิดร่วมทำวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (2) กิจกรรมของเรา มอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจนและช่องทางการติดต่อประสานงานเพื่อความสะดวกในการประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มอบหมายหน้าที่โดยเน้นการมีส่วนร่วมพร้อมผลักดันที่จะร่วมกันแสดงพฤติกรรทการทำงานให้บรรลุความหวังดังคำพูดที่ว่า “การที่เราดูแลผู้ป่วยช่วยกันสุดท้ายแล้วคนในชุมชนเราและผู้ป่วยจะปลอดภัย ทุกคนจะมีความสุข”ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนอีกทั้งยังสร้างเครือข่ายการประสานงานส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรายละเอียดดังตารางที่ **2** คะแนนความรู้ของผู้ป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการคะแนนความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 60 หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูงทุกราย และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน 80 ตามตาราง ดังตารางที่ **3** คะแนนทักษะของผู้ดูแลป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ดูแลทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลในระดับต่ำ ร้อยละ **97.22** หลังจากดำเนินกิจกรรมผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มสูงขึ้นระดับสูง และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับสูง ร้อยละ 88.88 ตามลำดับ ตารางที่ **4**

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทการมีส่วนร่วม
ผู้ดูแลในครอบครัว	-ดูแลผู้ป่วย/จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาทั้งทางกายและใจ -ดูแลเรื่องการรับประทานยา/การพบแพทย์ตามนัด -ลดสิ่งกระตุ้นในครอบครัว พูดคุยให้กำลังใจ แสดงความรัก -ส่งต่อข้อมูลกับเครือข่ายในชุมชน/รพ.สต.
ภาคีเครือข่ายในชุมชน	-สร้างทีมร่วมกับติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว -ให้ความรู้/เฝ้าระวัง/รายงาน อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา -ลดสิ่งกระตุ้นในชุมชน งานบุญปลอดเหล้า -ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจสม่ำเสมอ - พระสงฆ์ส่งเสริมการให้พรเทศน์อานิสงส์บุญจากการช่วยเหลือดูแลผู้อื่น - จิตอาสาดูแลในชุมชน - ส่งเสริมอาชีพและการหารายได้เสริมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - เฝ้าระวังยาเสพติดและสารกระตุ้นอาการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลในครอบครัว				
ต่ำ (1-7 คะแนน)	3	60	0	0
ปานกลาง (8-12 คะแนน)	2	40	1	20
สูง (13-15 คะแนน)	0	0	4	80
ภาคีเครือข่ายในชุมชน				
ต่ำ (1-7 คะแนน)	35	97.22	0	0
ปานกลาง (8-12 คะแนน)	1	2.77	4	11.11
สูง (13-15 คะแนน)	0	0	32	88.89

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลในครอบครัว				
คะแนน 1-12 (<70%)	4	80	1	20
คะแนน >= 13(70% ขึ้นไป)	1	20	4	80
ภาคีเครือข่ายในชุมชน				
คะแนน 1-12 (<70%)	36	100	6	16.67
คะแนน >= 13(70% ขึ้นไป)	0	0	30	83.33

สรุปและอภิปรายผล

การสร้างสัมพันธภาพเป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมากเพราะทำให้เกิดการให้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น เกิดความรู้สึกร่วมกันในกิจกรรมการดูแล มีเป้าหมายร่วมกันในกิจกรรมการดูแลกิจกรรมรู้เขารู้เรา มีเป้าหมายการพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการ

ที่บุคคลได้รู้จักเป็นและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคล เรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับสิ่งดีๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชม ร่วมให้กำลังใจแก้ไขจุดบกพร่อง ยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นเนื่องจากการที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขนั้นบุคคลควรจะรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่นมีทัศนคติที่ดีซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมความพร้อมให้สมาชิกครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องการศึกษาของแก้วตา มีศรี และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่าการรับรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันธ์กันทำให้บุคคลเกิดอาการรับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งการมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาของพรประไพ แขกเต้าและคณะเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณะสุขจะเป็นพลังที่สำคัญยิ่งและมีความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตปกติ ผลกาศึกษาพบว่าครอบครัวและชุมชนมีความรู้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับมากและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเกิดความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้[2,6]

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆเช่น การดูแลผู้สูงอายุผู้พิการทุพลภาพที่มีปัญหาซับซ้อน พัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อยืนยันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือต่อผลงานวิจัยมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและสหสาขาวิชาชีพตลอดจนภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนร่วมในชุมชนที่ให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.กรมสุขภาพจิต.คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิคทอเรีย; 2560.

2.แก้วตา มีศรี. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสาร การพยาบาลจิตเภทและสุขภาพจิต, 26(1), 35-49.

3.รัชนี เกิดโชค. (2553). สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเภทกับสมาชิกครอบครัว: การส่งเสริมความพร้อม ในการดูแล. วารสารการพยาบาลจิตเภทและสุขภาพจิต, 24(1), 14-23

4.เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วน ร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอ หนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย 2557; 19(2):92-103.

5.พรประไพ แขกเต้า,สุวดี วงษ์พนม,จารี ทิพย์พินิจ, หทัยรัตน์ นพมิตร. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2554;25(2):117-29.

6.อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษา ที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 34(1), 83-89

การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT

Development of Innovation Pre and post-operative preparation for advice using LINE BOT of patients at Sawankhalok Hospital Sukhothai Province.

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

กุลพัชร เขียวชอุ่ม[1] ณัฐยา ชูเชิด[1]
Kunlaphat Keawchauoom[1] Nattaya Chucherd[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และใช้รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT ทำการศึกษาระหว่างมกราคม 2566 - มกราคม 2567 จำนวน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการพัฒนารูปแบบ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เตรียมตัวผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจบริการห้องผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหาแบบสามเส้า เชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ paired-t test

ผลการศึกษา กระบวนการ พัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT ประกอบด้วย 6 กระบวนการดังนี้ 1) ทบทวนบทบาท จุดเริ่มต้น ปัญหา การจัดทำและคิดค้นนวัตกรรม 2) กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้นวัตกรรม 3) ออกแบบลักษณะผลงานนวัตกรรม 4) กำหนดเป้าหมายนวัตกรรม 5) กำหนดหลักการและขั้นตอนวิธีที่ใช้ในการพัฒนา 6) ทดลองและนำร่องการใช้นวัตกรรมในห้องผ่าตัด ผลลัพธ์ของรูปแบบส่งผลให้อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเองหลังผ่าตัดลดลง ความรู้เตรียมตัวผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจบริการห้องผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=8.82, 6.88, 8.69 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด, การเยียมผู้ป่วยโดยพยาบาลผ่าตัด, การใช้ Line bot

Abstract

This study was research and development aimed to study problems, develop and use model of visiting surgical patients to operating room of Sawankhalok Hospital using LINE BOT. Study was conducted between January 2023 to January 2024. Qualitative samples surgical room personnel were 12 peple and quantitative samples surgical patients were 155 peple. Research tools were semi-structured questions for developing the model, general information interview forms, surgical preparation knowledge assessment forms, operating room service satisfaction assessment forms, and innovation satisfaction assessment forms. Qualitative data were analyzed using triangular content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, and paired-t test before and after comparisons.

Results of the study development process of visiting surgical patients in the operating room of Sawankhalok Hospital using LINE BOT consisted of 6 processes: 1) Review the role, starting point, problems, innovation development and creation; 2) Determine the duration of the innovation trial;

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

3) Design the characteristics of the innovation; 4) Set innovation goals; 5) Determine the principles and procedures used in the development; 6) Experiment and pilot the use of innovation in the operating room. Results of the model was reduction in the incidence of unpreparedness for surgery and complications from postoperative self-care. Knowledge of surgical preparation, satisfaction assessment form of operating room services, and satisfaction assessment form of innovation increased significantly at the .05 level (t=8.82, 6.88, 8.69, respectively).
Keywords: Operating room nursing, Patient visits by surgical nurses, Line bot

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นบทบาทที่สำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากความไม่รู้เกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตนเองในระยะก่อน และหลังผ่าตัด และต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยทั้งสถานที่และบุคคลทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายที่ทำให้เกิดปัญหาในขณะผ่าตัดได้ เช่น ทำให้ความต้องการยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการรับการผ่าตัดลดลง พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้มารับบริการ รู้สึกปลอดภัยในการผ่าตัด โดยการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้มารับการผ่าตัด เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับระงับความรู้สึก และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้รับทราบข้อมูลข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอ มีสื่อการสอนโดยใช้แผ่นพับในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวน และมีการโทรติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดภายใน 1 เดือน[1]

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดถือเป็นขั้นตอนแรกของการให้บริการพยาบาลก่อนได้รับการผ่าตัด ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นการเริ่มต้นของความสัมพันธ์ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้เยี่ยมกับผู้ป่วยเป็นการประเมินสภาวะทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพขั้นตอนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นการให้คำแนะนำ หรือตอบข้อซักถามของผู้ป่วยขณะนั้น[2] เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรควิธีการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพในห้องผ่าตัด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องประสบภายหลังผ่าตัด การผ่าตัดเป็นวิกฤติการณ์ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้แม้การผ่าตัดเล็กๆ ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และการผ่าตัดใหญ่บางประเภทมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อชีวิต นอกจากนั้นไม่ว่าการผ่าตัดใดๆ ย่อมมีผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตเสมอ ได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น ดังนั้นการผ่าตัดจึงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นการให้บริการสุขภาพ แก่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้รับการผ่าตัดนั้นหายจากโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการผ่าตัด ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว[3] สามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเชื่อถือจากการได้รับข้อมูลจากผู้ที่รู้เห็นเหตุการณ์จริงในห้องผ่าตัดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่จะได้พบกับผู้ที่คุ้นเคยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และรู้สึกมั่นใจในการช่วยเหลือจากพยาบาลในระยะที่อยู่ในห้องผ่าตัด

รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การเยี่ยมแบบมีแบบแผนประกอบด้วย คู่มือการเยี่ยม อุปกรณ์การเยี่ยม เช่น รูปภาพเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องพบ จะช่วยให้คลายความกังวลได้[4]

การบริการเชิงรุกผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์และแชทบอท (Chat bot) เป็นหนึ่งช่องทางซึ่งการทำงานผ่าน ไลน์แอปพลิเคชั้น (Line application) โดยไม่ต้องลงแอปพลิเคชันเพิ่มลดปริมาณพื้นที่การใช้งานในโทรศัพท์ แอปพลิเคชันสุขภาพมาดูแลผู้ป่วยให้มีรูปแบบหลากหลาย โดยเฉพาะการบริการออนไลน์หรือบริการที่ถูกสร้างขึ้นบนระบบเครือข่ายนับว่าเป็นช่องทางในการให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น เทคโนโลยีที่อยู่ในรูปแบบสมาร์ทโฟนใด้มีบทบาทสำคัญต่อชีวิตประจำวัน การสื่อสารผ่านแอปพลิเดชันต่าง ๆ และสร้างเครือข่ายสังคม (Social network) จากการสำรวจมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในครัวเรือน การใช้เครือข่ายสังคม (Social network) ร้อยละ 93.0 รองลงมาคือ ใช้โทรศัพท์ผ่าน Internet เช่น โทรศัพท์ Line, Facebook, facetime, WhatsApp เป็นต้น ส่วนการนำแอพพลิเคชั่นมือถือมาใช้ในการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเดชันไลน์ เช่น Line application chat bot ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สามารถเข้าถึงและเผยแพร่ในกลุ่มประชากรจำนวนมาก ติดต่อสื่อสารได้ง่าย ลดระยะเวลาการเดินทาง ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้งาน Line application chat bot เป็นเครื่องมือที่น่าสนใจในการนำมาดูแลสุขภาพได้ โทรศัพท์มือถือ[5] เป็นอุปกรณ์ที่คนส่วนใหญ่ใช้ในการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน จึงเกิดแนวคิดมองหารูปแบบหรือวิธีการใหม่ๆ ที่จะพัฒนาสื่อการสอนจากการใช้แผ่นพับ โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้ความรู้ผ่านไลน์ ในรูปแบบของไลน์บอท ไม่มีต้นทุนในเรื่องเครื่องมือที่นำมาใช้ เพียงอาศัยเวลา การมีส่วนร่วมกำหนดกรอบแนวคิดของคณะทำงานและอาศัยองค์ความรู้การประยุกต์ใช้ไลน์บอท จากทีมงานที่ปรึกษา ก็สามารถพัฒนาเครื่องมือสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ทันสมัยให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้สนใจทั่วไปได้มีสื่อการสอนที่หลากหลายน่าสนใจมีสีสัน มีภาพและเสียงที่เป็นรูปธรรมช่วยกระตุ้นและสร้างความสนใจให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงมีช่องทางการติดต่อสื่อสารได้หลายทางระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกใกล้ชิด อุ่นใจ รู้สึกปลอดภัย ลดความวิตกกังวล มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจทุกกระบวนการผ่าตัด[6]

งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ให้บริการผ่าตัดในผู้ป่วยเฉพาะสาขาสูติกรรม นรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไปและบริการส่องกล้องตรวจวินิจฉัย รักษาทั้งภาวะปกติ และฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งให้บริการผ่าตัดในโครงการผ่าตัดพิเศษต่างๆ โดยงานบริการผ่าตัดเป็นงานที่ให้บริการผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะคือระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญและคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย[7] ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดและระงับความรู้สึกจะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านร่างกายและจิตใจป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยการไปเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด โดยพยาบาลผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยและการดูแลตนเองของโอเรม ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว จนสามารถกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้คืนสู่สภาพที่เป็นปกติให้มากที่สุด[8]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว และมีผู้ศึกษาน้อยทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านการผ่าตัดไปได้ด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความปลอดภัยสูง ตรงตามบริบทของโรงพยาบาลสวรรคโลก และเพื่อเป็นต้นแบบนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยห้องผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT
2. เพื่อพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT
3. เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT

วิธีการวิจัย

การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึง มกราคม 2567 รวมระยะเวลา 13 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรห้องผ่าตัด นักวิชาการคอมพิวเตอร์ คณะผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรคโลก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการพัฒนานวัตกรรม จำนวน 12 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดคลอด ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่าตัดเต้านม ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดมดลูก/รังไข่ที่มารับบริการห้องผ่าตัด และต้องได้รับการเยี่ยมให้ความรู้ก่อนผ่าตัด จำนวน 305 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรห้องผ่าตัด นักวิชาการคอมพิวเตอร์ คณะผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรคโลก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการพัฒนานวัตกรรม จำนวน 12 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เชิงปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการห้องผ่าตัดที่ต้องได้รับการเยี่ยม คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร จำนวน 155 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่มในการพัฒนานวัตกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด โดยได้มีการจัดกิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1) การถอดบทเรียน บริบทพื้นที่ สรุป จัดจำแนกปัญหาและความต้องการในการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด และบริบทในการดูแลการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด โดยการถอดบทเรียน และกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการกำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและความต้องการการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด 3) ออกแบบและพัฒนา นวตกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้ line bot เป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นใหม่จากเดิมใช้สื่อการสอนจากการใช้แผ่นพับในการให้ความรู้ความเข้าใจและนำไปใช้ทบทวน โดยคิดค้นขึ้นใหม่ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศโดยใช้ LINE ในรูปแบบของ LINE BOT ต่อยอดจากการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ในภาวะปกติให้ครอบคลุมผู้ป่วยผ่าตัดในภาวะฉุกเฉิน

1.2 นวัตกรรม Line bot ในการเยียมผู้ป่วยผ่าตัด คือ นวัตกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยเมนู การให้ความรู้และคำแนะนำ จำนวน 6 เมนู ได้แก่ ความรู้การระงับความรู้สึก มารู้จักโรคกันเถอะ(โรคต่างๆในการ

ผ่าตัด) คำแนะนำก่อนผ่าตัด คำแนะนำหลังผ่าตัด ติดต่อเรา และ ประเมินความพึงพอใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้ในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 3) แบบการประเมินความพึงพอใจห้องผ่าตัด 4) แบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้ line bot

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกตสนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความ ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความรู้ในการผ่าตัด ความพึงพอใจห้องผ่าตัด ความพึงพอใจนวัตกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้ line bot โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT ได้รับการ รับรองจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการรหัส IRB 2/2023 โดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูล รวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT

1.1 เชิงคุณภาพ โรงพยาบาลสวรรคโลกมีปัญหาในการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ปัญหาการพัฒนาสื่อจากการใช้แผ่นพับ การมองหารูปแบบหรือวิธีการใหม่ๆที่จะพัฒนาสื่อการสอนจากการใช้แผ่นพับที่มีข้อมูลได้จำกัดและมักจะพบอยู่ตามเตียงไม่ได้นำกลับไป ขาดความสนใจและง่ายต่อการสูญหายของข้อมูลในการให้ความรู้ เกิดความสูญเปล่าจากการเยี่ยมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 มักใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน จึงเกิดแนวคิดในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้ความรู้ทางไลน์ มีสื่อการสอนที่หลากหลายน่าสนใจ มีสีสัน มีภาพและเสียงที่เป็นรูปธรรมช่วยกระตุ้นและสร้างความสนใจให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการเตรียมตัวผ่าตัดในครั้งนี้และครั้งต่อไป สามารถแชร์ให้ญาติร่วมกันดูแล แชร์ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดเดียวกันหรือผู้ที่สนใจรวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้ดูแลร่วมกัน รวมถึงมีช่องทางการติดต่อสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกใกล้ชิด อุ่นใจ รู้สึกปลอดภัย ลดความวิตกกังวลมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจทุกกระบวนการผ่าตัด ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของร่างกายและจิตใจผู้ป่วยไม่พร้อม

1.2 เชิงปริมาณ พบว่า มีความไม่พร้อมของผู้ป่วยจากการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 50 ครั้ง เช่น มีสิ่งของติดต่างหูถอดไม่ได้ ไม่ได้ถอดคอนแทคเลนส์ ส่งผลให้การผ่าตัดล่าช้าตลอดจนพบอัตราการติด

เชื้อที่แผลผ่าตัด แผลสะอาดกึ่งปนเปื้อน (clean-contaminated wound) มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งเกณฑ์กำหนดไม่เกินร้อยละ 0.5 จากการเก็บข้อมูล 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 1.26 ปีงบประมาณ2564 ร้อยละ 1.81 ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 0.52 และปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 1.96 จากการเก็บตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 155 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 91 คน ร้อยละ 58.71 รองลงมาเพศชาย จำนวน 64 คน ร้อยละ 41.29 ตามลำดับ ช่วงอายุส่วนมาก มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 81 คน ร้อยละ 52.26 รองลงมาช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 32 คน ร้อยละ 20.65 และ ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 26 คน ร้อยละ16.77 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงาน อาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 70 คน ร้อยละ 45.16 รองลงมาโสด จำนวน 53 คน ร้อยละ 34.19 และ หม้าย จำนวน 32 คน ร้อยละ 20.65 ระดับการศึกษาส่วนมากมีการศึกษาในระดับมัธยม จำนวน 55 คน ร้อยละ 35.48 รองลงมา ปวส. จำนวน 41 คน ร้อยละ 26.45 และประถมศึกษา จำนวน 25 คน ร้อยละ 16.13 อาชีพส่วนมากทำนา จำนวน 64 คน ร้อยละ 41.29 รองลงมา ค้าขาย จำนวน 45 คน ร้อยละ 29.03 และรับจ้างทั่วไป จำนวน 22 คน ร้อยละ 14.19 ประเภทผู้ป่วยห้องผ่าตัด ส่วนมากเป็นผู้ป่วยผ่าตัดคลอด จำนวน 94 คน ร้อยละ 60.65 รองลงมาผ่าตัดไส้เลื่อน จำนวน 27 คนร้อยละ 17.42 รองลงมาผ่าตัดไส้ติ่ง จำนวน 15 คน ร้อยละ 9.68

2. การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ดังนี้ 1) ทบทวนบทบาท จุดเริ่มต้น ปัญหา การจัดทำและคิดค้นนวัตกรรม 2) กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้นวัตกรรม 3) ออกแบบลักษณะผลงานนวัตกรรม โดยกำหนดเป็นสิ่งที่พัฒนา คิดค้นขึ้นใหม่ โดยมีความแปลกใหม่คือ เป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นใหม่จากเดิมใช้สื่อการสอนจากการใช้แผ่นพับในการให้ความรู้ความเข้าใจและนำไปใช้ทบทวน โดยคิดค้นขึ้นใหม่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศโดยใช้ LINE ในรูปแบบของ LINE BOT ต่อยอดจากการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ในภาวะปกติให้ครอบคลุมผู้ป่วยผ่าตัดในภาวะฉุกเฉิน 4) กำหนดเป้าหมายนวัตกรรม โดยพัฒนาเพื่อพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ให้ครอบคลุมทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน และเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการของงานห้องผ่าตัดทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน 5) กำหนด หลักการและขั้นตอน รวมทั้งกรรมวิธีที่ใช้ในการพัฒนา คิดค้นนวัตกรรม โดยการประชุมร่วมกันถึงประเด็นปัญหาที่พบและจากการใช้สื่อการสอนแบบ แผ่นพับ และออกแบบและเลือกใช้เทคโนโลยีเครื่องมือเลือกใช้ LINE BOT : เป็นเทคโนโลยีร่วมสมัยในยุคปัจจุบันซึ่งคนส่วนใหญ่มีสมาร์ทโฟนและแอพไลน์ใช้งานรวมถึงสัญญาณอินเตอร์เน็ตก็มีครอบคลุมทั่วถึงแทบทุกพื้นที่การนำไลน์บอท มาใช้งานจึงไม่มีต้นทุนในเรื่องเครื่องมือที่นำมาใช้ เพียงอาศัยเวลาการมีส่วนร่วมกำหนดกรอบแนวคิดของคณะทำงานและอาศัยองค์ความรู้การประยุกต์ใช้ไลน์บอท จากทีมงานที่ปรึกษา ก็สามารถพัฒนาเครื่องมือสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ทันสมัยให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้สนใจทั่วไปได้ ประสานงานขอคำแนะนำการใช้ line bot กับ ผู้เชี่ยวชาญ จาก ศบส เขต2 ศึกษาค้นคว้าหาความรู้ เกี่ยวกับการใช้ line bot และขอคำแนะและปรับโดผู้เชี่ยวชาญ ตั้งชื่อไลน์โดย โดยใช้ชื่อว่า ห้องผ่าตัดดูแลน้า ออกแบบรูปโปรไฟล์ไลน์ 6) ทดลองและนำร่องการใช้นวัตกรรม เริ่มใช้กับผู้ป่วยในรายผ่าตัดใหญ่ในภาวะปกติ 4 ราย คือผ่าท้องคลอด ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ผ่าตัดเต้านม ซึ่งเป็นผู้ป่วยผ่าตัดในภาวะปกติที่เป็น 4 อันดับสูงสุด โดยออกแบบไลน์บอทไว้ 6 เมนู คือ ความรู้การระงับความรู้สึก มารู้จักโรคกันเถอะ คำแนะนำก่อนผ่าตัด คำแนะนำหลังผ่าตัด ติดต่อเรา เริ่ม

ทดลองใช้ครั้งแรก โดยประเมินความพึงพอใจเริ่มใช้ช่วงเดือน มกราคม 2566 -มีนาคม 2566 จำนวน 20 ราย โดยเพิ่มเพื่อนทางไลน์ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และไปทบทวนความรู้ประเมินผลประเมินพึงพอใจในระยะหลังผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการงานห้องผ่าตัด จากนั้นจึงเริ่มนำมาใช้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 QR code และ นวัตกรรม Line bot

3. ผลการใช้รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT

3.1 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการผ่าตัด และ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการผ่าตัด ก่อนพัฒนา มีจำนวน 201 ครั้ง คิดเป็นเฉลี่ยต่อเดือน 16.67 ครั้ง ภายหลังการพัฒนาพบว่า อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการผ่าตัด จำนวน 25 ครั้งเฉลี่ยต่อเดือน 2.08 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อนพัฒนา จำนวน 4 ครั้งเฉลี่ยต่อเดือน 0.33 ครั้ง ภายหลังการพัฒนาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่พบอุบัติการณ์ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและอัตราเฉลี่ยต่อเดือน อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการผ่าตัด และ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการดูแลตนเอง เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน	เฉลี่ยต่อเดือน
อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการผ่าตัด	201	16.75	25	2.08
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการดูแลตนเองของผู้ป่วย	4	0.33	0	0.00

3.2 ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด มีค่า 8.12 คะแนน (SD 1.39 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด มีค่า 9.68 คะแนน (SD 2.46 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดเพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.82) ดังตาราง 2

3.3 ความพึงพอใจบริการห้องผ่าตัด ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจบริการห้องผ่าตัด มีค่า 3.28 คะแนน (SD 1.42 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจบริการห้องผ่าตัด มีค่า 4.32 คะแนน (SD 1.62 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจบริการห้องผ่าตัดก่อนผ่าตัดเพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.88) ดังตาราง 2

3.4 ความพึงพอใจนวัตกรรม Line bot ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจนวัตกรรม Line bot มีค่า 3.61 คะแนน (SD 1.26 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจนวัตกรรม Line bot มีค่า 4.58 คะแนน (SD 1.38 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจนวัตกรรม Line bot เพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.69) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การทดสอบคะแนน ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ความพึงพอใจบริการห้องผ่าตัด ความพึงพอใจนวัตกรรม Line bot เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT (n=91)

รายการ	Mean	S.D.	แปลผล	t	p-value
ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด					
ก่อนการพัฒนา	8.12	1.39	ปานกลาง	8.82	.001*
หลังการพัฒนา	9.68	1.62	มาก		
ความพึงพอใจบริการห้องผ่าตัด					
ก่อนการพัฒนา	3.28	1.42	ปานกลาง	6.88	.001*
หลังการพัฒนา	4.32	1.62	มาก		
ความพึงพอใจนวัตกรรม Line bot					
ก่อนการพัฒนา	3.61	1.26	ปานกลาง	8.69	.001*
หลังการพัฒนา	4.58	1.38	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การที่ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว สื่อการสอนที่ใช้ จากการใช้แผ่นพับที่มีข้อมูลได้จำกัดและมักจะพบอยู่ตามเตียงไม่ได้นำกลับไป ขาดความสนใจและง่ายต่อการสูญหายของข้อมูลในการให้ความรู้ เกิดความสูญเปล่า จากการเยี่ยมที่ผ่านมาพบว่าในปัจจุบัน โทรศัพท์มือถือ เป็นอุปกรณ์ที่คนส่วนใหญ่ใช้ในการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับ จารุณี ตั้งใจรักการดี[8] จึงเกิดแนวคิดมองหารูปแบบหรือวิธีการใหม่ๆ ที่จะพัฒนาสื่อการสอนจากการใช้แผ่นพับ โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้ความรู้ผ่านไลน์ ในรูปแบบของไลน์บอท ไม่มีต้นทุนในเรื่องเครื่องมือที่นำมาใช้ เพียงอาศัยเวลา การมีส่วนร่วมกำหนดกรอบแนวคิดของคณะทำงานและอาศัยองค์ความรู้การประยุกต์ใช้ไลน์บอท จากทีมงานที่ปรึกษาก็สามารถพัฒนาเครื่องมือสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ทันสมัยให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้สนใจทั่วไปได้ สอดคล้องกับ ปรียาภรณ์ แหวนเงิน[9] การมีสื่อการสอนที่หลากหลายน่าสนใจ สิ่งที่พัฒนาคิดค้นขึ้นใหม่ ต้องมีความแปลกใหม่เป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นใหม่จากเดิมใช้สื่อการสอนจากการใช้แผ่นพับในการให้ความรู้ความเข้าใจและนำไปใช้ทบทวน โดยคิดค้นขึ้นใหม่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศโดยใช้ LINE ในรูปแบบของ

LINE BOT ต่อยอดจากการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ในภาวะปกติให้ครอบคลุมผู้ป่วยผ่าตัดในภาวะฉุกเฉิน กระตุ้นและสร้างความสนใจให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงมีช่องทางการติดต่อสื่อสารได้หลายทางระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกใกล้ชิด อุ่นใจ รู้สึกปลอดภัย ลดความวิตกกังวล มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจทุกกระบวนการผ่าตัด ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของร่างกายและจิตใจผู้ป่วยไม่พร้อม และมีความพึงพอใจให้ผู้รับบริการในการให้คำแนะนำโดยใช้ไลน์บอท เกิดความพึงพอใจต่อบริการงานห้องผ่าตัด สอดคล้องกับ ธันยมัย ปุรินัย และคณะ[10]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกไปใช้ควรเหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลในพื้นที่ตนเองจึงจะประสบผลสำเร็จได้

2. ควรมีการส่งเสริมการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกให้เหมาะกับบริบทแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายแตกต่างกันไปอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ พัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดและสามารถแก้ไขปัญหาได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลกในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึง เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยห้องผ่าตัดในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Atkinson, L., & Nancy, H. F. (2012).Operating room technique (12thed). New York: Mosby.
2. ยุวดี วัดแก้ว และอาภา เติมเกาะ. ผลการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี:โรงพยาบาลเพชรบุรี. 2551.
3. บทความสุขภาพ. คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด.โรงพยาบาลรามคำแหง, 2563.
4. บทความสุขภาพ.เตรียมตัวให้พร้อมก่อนการผ่าตัด.โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชันแนลคลีนิค,2562.
5. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดคลอดบุตร (https://www.hospital.tu.ac.th/yoongthong3/doc/comment_2.pdf), 22 เมษายน 2567.
6. ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดสุโขทัย ปี 2566. สืบค้น 8 สิงหาคม 2567.จาก https://hdcservice.moph.go.th
7. งานเวชระเบียน งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรคโลก, 2566– 2567.
8. จารุณี ตั้งใจรักการดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561; 3(1): 1-6.

9. ปรียาภรณ์ แหวนเงิน. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลปรางค์กู่. งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลปรางค์กู่, 2566.
10. ธันยมัย ปุรินัย และคณะ. การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์งดและลดการเลื่อดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(3): 521-530.

ผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์

Results of enhancing the Rational Drug Use Literacy of Village Health Volunteers in Surin Province.

(Received: November 17,2024 ; Revised: November 26,2024 ; Accepted: December 2,2024)

เบญจวรรณ กิ่งมณี[1] , ณัฐภรณ์ สมบุตร[1] , สรชา งามทรัพย์[1]
Benchawan Kingmanee[1] , Natthaporn Somboot[1] , Soracha Ngamsap[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิด One group pretest-posttest design เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 92 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย (Rational Drug Use Literacy tool: RDUL) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) รายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติ Paired sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.3 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 41.3 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ป.5-ป.6 ร้อยละ 37.0 เคยตรวจและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 19.6 และ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 92.4 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 70.7 เป็น ร้อยละ 90.2 และพบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำให้คะแนนความรอบรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน (p<.05)

คำสำคัญ : ความรอบรู้, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This study is a quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a rational drug use literacy enhancement program among 92 village health volunteers in Surin Province. The data collection tool used was the Rational Drug Use Literacy tool (RDUL) developed by the Health Systems Research Institute, Thailand. The data analysis employed descriptive statistics, reporting statistical values as frequency, percentage, mean, and standard deviation (SD). For the comparative analysis of the mean scores of rational drug use knowledge before and after development, a Paired Sample t-test was used at a 95% confidence level.

The study results showed that 78.3% of the participants were female, with 41.3% aged between 51 and 60 years. The highest education level of 37.0% of participants was grades 5–6. Additionally, 37.0% had previously been diagnosed with a disease, predominantly hypertension (50.0%), followed by diabetes (19.6%) and high cholesterol (15.2%). Most participants (92.4%) were farmers. After participating in the literacy enhancement program, the proportion of participants with sufficient rational drug use literacy increased from 70.7% to 90.2%. The results indicated a statistically significant improvement in rational drug use literacy scores across all areas (p<.05).

Keyword : Literacy, Rational drug use, Village Health Volunteers

---

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)” ไว้ คือ “ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด”[1] สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ซึ่งให้นิยามของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU)” หมายถึง การได้รับยาและใช้ยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิกในปริมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง สาเหตุของการใช้ยาไม่สมเหตุผลอาจเกิดจากผู้ใช้ยา ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิต ผู้ขาย ผู้โฆษณา และการควบคุมบังคับใช้ตามกฎหมายซึ่งมีการสั่งใช้ยา ขายยา อย่างไม่สมเหตุผล รวมทั้งความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายในส่วนผู้ใช้ยา เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น อ่านฉลากยาไม่ได้หรืออ่านแล้วไม่เข้าใจ ไม่กล้าถามบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีข้อสงสัย ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ไม่สามารถประเมินความถูกต้องของข้อมูลจากการเสพสื่อออนไลน์ ทำให้อาจเลือกใช้ยาผิด กินยาไม่ถูกวิธี หรือใช้ยาโดยไม่จำเป็น ไม่ได้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ส่งผลให้ใช้ยาไม่ได้ผลได้รับอันตราย มีอาการแทรกซ้อนหรือรุนแรงขึ้น ต้องใช้เวลารักษาและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนี้ อาจสร้างความเข้าใจผิดแล้วขยายผลเกิดความเสียหายในวงกว้าง เช่น ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมในชุมชนที่มียาวนาน และนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จดจำและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลได้ การค้นหาข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รู้แหล่ง รู้วิธีสืบค้นและสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยสืบค้นได้ การพิจารณาตรวจสอบเพื่อตัดสินใจเลือกข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ การนำข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์และปรับได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสถานการณ์ รวมทั้งสามารถแนะนำ บอกต่อแก่คนรอบข้างได้ ซึ่งสรุปในภาพรวม คือ ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล[2] จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปี 2561-2562 พบว่า จากการสำรวจครัวเรือนจำนวน 9,962 ครัวเรือน (49 จังหวัด) พบมียาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน ร้อยละ 10.78 กลุ่มยาที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ เพนนิซิลลินและเตตร้าซัยคลิน (ร้อยละ 64.03 และ 19.40) สำหรับผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือนของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ หลากหลาย โดยรูปแบบที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยาเม็ด ยาแคปซูล และ ยาผง (ร้อยละ 21.34 13.34 และ 12.32 ตามลำดับ) แหล่งที่ซื้อหรือได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 อันดับแรก คือ ร้านยา ข.ย.1 คลินิก พยาบาล และร้านค้า (ร้อยละ 19.23 16.89 และ 14.20 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบผลิตภัณฑ์ต้องสงสัยด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์อย่างง่าย พบการปนปลอมสเตียรอยด์ ร้อยละ 11.10 (จำนวน 347 จาก 3,126 ตัวอย่าง) ในจำนวนนี้ เป็นผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณที่มีเลขทะเบียน มีสเตียรอยด์ปนปลอม 9 รายการ (ข้อมูลจาก 5 จังหวัด)[3] ปัญหาด้านยาเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่ประชาชนขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้ยาที่เหมาะสม รวมถึงการเข้าถึงสื่อ ประเภทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดข้อมูลหรือผู้แนะนำที่ถูกต้อง ดังผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 พบว่า มิติสุขภาพที่มีคะแนน

เฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ ผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ รองลงมาคือการบริการสุขภาพ และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเข้าถึง รองลงมาคือการทบทวน-ซักถาม[4]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง “ความสามารถหรือทักษะ ในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้”[5] ดังนั้น ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Literacy: RDU literacy) จึงเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจ เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพดีและสามารถเป็นตัวอย่างในชุมชนได้ ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ประชาชนใช้มีแหล่งที่มาหลัก 2 แหล่ง คือ ยาจากสถานพยาบาล ที่สั่งจ่ายโดยบุคลากรทางการแพทย์ และยาในชุมชน ซึ่งหมายถึง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยาแผนโบราณ สมุนไพรที่ผู้ป่วย/ผู้บริโภคซื้อกินหรือใช้เองเพื่อมุ่งหมายในการรักษาโรคป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ[2]

ตามนโยบายแห่งชาติด้านยาของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดการขับเคลื่อนสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) เพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและแก้ปัญหายาในชุมชน ที่ส่งผลต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างเป็นระบบและยั่งยืน เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิผลคุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย[6] การเพิ่มความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของประชาชน เป็นหนึ่งในเป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหนึ่งในแกนนำภาคประชาชนที่มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชนและมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของ อสม. จึงมีความสำคัญในการดูแลประชาชนในชุมชน รวมถึงการเผยแพร่ และบอกต่อคนในชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จังหวัดสุรินทร์ได้ดำเนินงานจัดการยาไม่ปลอดภัยในชุมชนโดยผนวกร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) มีกิจกรรมตรวจเฝ้าระวังยาในร้านชำร่วมกับภาคีเครือข่าย และกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านยาในชุมชน ผลการดำเนินงาน มีเครือข่ายในการจัดการยาไม่ปลอดภัยในชุมชน 15 เครือข่าย คิดเป็นร้อยละ 88.24 และจากการประชุมถอดบทเรียนและพัฒนาระบบการจัดการยาไม่ปลอดภัยในชุมชน พบว่าอสม.และแกนนำยังไม่สามารถให้คำแนะนำประชาชนในชุมชนได้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ อสม. โดยมีกลุ่มเป้าหมายการศึกษาคือ อสม. ในตำบลหนองสนิท อำเภอจอมพระ ซึ่งเป็นหนึ่งในตำบลเป้าหมายในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นพื้นที่นำร่องเพื่อใช้ในการขยายผลไปในพื้นที่อื่นของจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองสนิท อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

2. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองสนิท อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองสนิท อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิด One group pretest-posttest design ซึ่งศึกษาผลของการดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึง สิงหาคม 2567 ผ่านการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 เลขที่โครงการวิจัย 24/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ศึกษาในตำบลหนองสนิท อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากเป็นตำบลเป้าหมายในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองสนิท อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 111 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

ได้จำนวนตัวอย่าง เท่ากับ 87 คน ที่ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (*e*) เท่ากับ (0.05) ผู้วิจัยคำนวณเผื่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 15 ทำให้ได้จำนวนตัวอย่าง 100 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้โปรแกรม Excel

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย (Rational Drug Use Literacy tool: RDUL) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข[7,8] ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) โดยค่าความเที่ยงภายในของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.891

แบบประเมินแบ่งเป็น 7 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ (ข้อ 1-6 รวม 6 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ (ข้อ 7-14 รวม 8 ข้อ)

ตอนที่ 3 ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ (ข้อ 15-24 รวม 10 ข้อ)

ตอนที่ 4 ความสามารถในการโต้ตอบซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข(ข้อ 25-31 รวม 7 ข้อ)

ตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 32-42 รวม 11 ข้อ)

ตอนที่ 6 การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 43-52 รวม 10 ข้อ)

ตอนที่ 7 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 53-58 รวม 6 ข้อ)

คะแนนแบบประเมิน คิดจากคะแนนเต็ม 52 คะแนน (ข้อ 7-58 ข้อละ 1 คะแนน) แปลผลโดย หากได้คะแนนมากกว่า 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ หากได้คะแนนน้อยกว่า 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ

กรณีผู้ตอบแบบสอบถามตอบไม่ครบถ้วน จะทำการคัดออก โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเผื่อการสูญหายไว้แล้ว ร้อยละ 15 และจะคงจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำไว้ที่ 87 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์แล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการที่จะดำเนินการ ผลประโยชน์ที่จะได้รับ รวมถึงแบบแสดงความยินยอมให้เก็บข้อมูล จากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีกระบวนการดังนี้

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของประชาชนไทย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนา (pre-test)

2. นำข้อมูลที่ได้จาก pre-test มาวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผล

3. ทำกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลโดยมีกิจกรรม ได้แก่

การอบรมภาคบรรยาย ให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การอ่านฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ การค้นหาข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพจากฐานข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การสังเกตข้อมูลการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงคืนข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาในเขตอำเภอจอมพระให้แก่ อสม. ทราบ โดยวิทยากรใช้การสอนแบบมีส่วนร่วม ถาม - ตอบ และมีสถานการณ์ให้ อสม. ได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

แบ่งกลุ่มย่อย ทำกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็น 4 ฐาน ได้แก่ การอ่านฉลากยาและการตวงยา การซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์ การสืบค้นข้อมูล การอนุญาตของผลิตภัณฑ์และการพิจารณาเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากข้อมูลที่สืบค้นได้ และการวิเคราะห์ข้อมูลจากโฆษณา แต่ละฐานให้ อสม. แบ่งกลุ่มย่อย 4-5 คนต่อกลุ่ม โดยเป็นกิจกรรมจำลองสถานการณ์ ให้ อสม. ช่วยกันคิดวิเคราะห์ตามกรณีศึกษาที่ได้รับ วิทยากรจะคอยกระตุ้นให้

กิจกรรมต่อเนื่อง โดยการตั้งกลุ่มไลน์ (line group) ผู้วิจัยจะนำข้อมูลข่าวสารโพสในกลุ่มไลน์ รวมถึงเปิดให้กลุ่มตัวอย่างแข่งขันตอบคำถาม เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วม และความเข้าใจให้กลุ่มตัวอย่าง

4. ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้วยแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของประชาชนไทย อีกครั้ง (post-test)

5. นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) รายงานค่าสถิติเป็นค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผล ก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติ Paired sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการได้จำนวน 92 คน จากกลุ่มตัวอย่าง 100 คน (คิดเป็นร้อยละ 92) มีผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า อสม. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.3 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.3 และอีกร้อยละ 26.1 มีอายุมากกว่า 60 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษาปีที่ 5-6 คิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 33.7 สำหรับประวัติการตรวจและวินิจฉัยโรค พบว่าร้อยละ 37.0 ของ อสม. เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

โรค โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 19.6 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 92.4

2. ความรอบรู้ก่อนและหลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ข้อมูลความรอบรู้ประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาและสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านยาและสุขภาพ ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ และการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ ซึ่งแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรอบรู้ของ อสม. ก่อนและหลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (*N=92*)

กลุ่ม	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ (คะแนนรวมมากกว่า 41.5 คะแนน)	65	70.7	83	90.2
กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ (คะแนนรวมน้อยกว่าเท่ากับ 41.5 คะแนน)	27	29.3	9	9.8

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอสม. มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ ร้อยละ 70.7 ขณะที่หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90.2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความรอบรู้ของ อสม. ก่อนและหลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (*N=92*)

ด้าน	ก่อน		หลัง		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาและสุขภาพ	6.92	1.85	7.43	0.76	-2.73	0.000*
2. ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านยาและสุขภาพ	7.79	1.57	8.59	1.54	-4.93	0.008*
3. ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข	6.13	1.64	6.66	0.93	-3.22	0.000*
4. การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	8.38	2.32	9.62	1.58	-5.36	0.002*
5. การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	9.18	1.43	9.64	0.57	-3.12	0.000*
6. การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	4.39	1.28	5.24	1.04	-5.82	0.002*
ภาพรวม	**42.80**	**6.53**	**47.18**	**4.45**	**-8.01**	**0.000***
*p < 0.05						

จากตารางที่ 2 หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า คะแนนความรอบรู้ภาพรวมของ อสม. และในทุก ๆ ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 92 คน อภิปรายตามความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.7 เป็นร้อยละ 90.2 และพบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อธิบายได้ว่า การได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[9] และกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ V-shape[5] โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผล ซึ่งประกอบด้วยการบรรยาย แบ่งกลุ่มย่อยทำกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การอ่านฉลากยา การค้นหาข้อมูลการอนุญาตของผลิตภัณฑ์ การวิเคราะห์โฆษณา กิจกรรมกลุ่มย่อย โดยเน้นในส่วนหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างทำคะแนน pre-test ได้น้อย ตลอดจนลงข้อมูลข่าวสารในกลุ่มไลน์ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลเกิดความเข้าใจ สามารถประเมินเพื่อนำข้อมูลทางยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล[3] รวมถึงเปิดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแข่งขันตอบคำถาม เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วม และความเข้าใจให้กับกลุ่มอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของณยฎา ธนกิจธรรมกุล และคณะ[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam[9] และแนวคิดของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[11] ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลยาปฏิชีวนะ การส่งเสริมแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสามารถทำความเข้าใจข้อมูลยาด้วยตนเองได้มากขึ้น แสดงถึงการมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ดี เชื่อมโยงสู่การเรียนรู้แบบกลุ่มทำให้กลุ่มทดลองมีทักษะการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เหตุผล สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือรวมทั้งการแก้ปัญหาร่วมกัน และการฝึกทักษะการสื่อสารถ่ายทอดประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะสามารถนำทักษะดังกล่าวมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม และตัดสินใจในการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างปลอดภัย สามารถให้คำแนะนำและบอกต่อบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชัย ภาละกาล และคณะ[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lertphanithit, Panya, & Maneemai[13] ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อความรอบรู้ในการใช้ยา

อย่างสมเหตุสมผลของ อสม. จังหวัดพะเยา พบว่า หลังโปรแกรมการให้ความรู้ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของอสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เนื่องจากการที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การได้ร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการอภิปราย และถามตอบคำถาม ทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นต่อการใช้ยา ส่วนความรอบรู้ในรายด้าน พบว่า ความรอบรู้เพิ่มขึ้นในทุกด้าน

ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาและสุขภาพ พบว่า หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมให้ความรู้ผ่านการบรรยายสาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลการอนุญาตของผลิตภัณฑ์ ตรวจสอบข้อมูลที่สืบค้น ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันการส่งเสริมแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย เป็นการเพิ่มโอกาสการรับข้อมูลข่าวสาร[14] สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา คุณภาที[15] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisaknok, Ploylearmsang & Wongkongdech[16] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) แตกต่างกับการศึกษาของบุญชัย ภาละกาล และคณะ[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใชยาอยางสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านใชยาอยางสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมูบ้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวทดลองมีคะแนนการเขาถึงข้อมูลยาและข้อมูลสุขภาพไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

ด้านความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านยาและสุขภาพ พบว่า หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์ข้อมูลโฆษณาผลิตภัณฑ์ยา ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น[14] สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชัย ภาละกาล และคณะ[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้าใจในข้อมูลยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา คุณภาที[15] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisaknok et al.[16] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ด้านความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข พบว่า หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและโต้ตอบซักถามกัน เพิ่มโอกาสในการสื่อสารให้เข้าใจได้อย่างถูกต้อง และเพิ่มทักษะในการสื่อสารเผยแพร่ข้อมูล[14] สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชัย ภาละกาล และคณะ[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใชยาอยา

งสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา คุณภาที[15] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisaknok et al.[16] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ความสามารถในการสื่อสารด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ พบว่า หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาจากโฆษณาและสื่อต่างๆ เพื่อการตัดสินใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการพัฒนาทักษะการประเมินข้อมูลเพื่อการตัดสินใจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ[14] สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชัย ภาละกาล และคณะ[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา คุณภาที[15] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การตัดสินใจด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisaknok et al.[16] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านการจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ พบว่า หลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการให้ปลอดภัยจากการใช้ยา แบ่งกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจและจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชัย ภาละกาล และคณะ[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisaknok et al.[16] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ความสามารถในการจัดการตนเองด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ พบว่า หลังการการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เนื่องจากได้ส่งเสริมให้มีการเผยแพร่และส่งต่อข้อมูลข่าวสารในไลน์กลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลทันการณ์และสามารถเผยแพร่ข้อมูลได้ สอดคล้องกับหารศึกษาของ จรรยา คุณภาที[15] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาและสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านยาและสุขภาพ ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ และการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ จะทำให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้เพิ่มขึ้นและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนอย่างกว้างขวางขึ้น โดยเน้นการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับลักษณะของแต่ละชุมชน

2. การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างต่อเนื่องโดยมีการทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอให้กับ อสม. หรือสร้างช่องทางให้เข้าถึงความรู้เพื่อให้สามารถทบทวนได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาว เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ที่หลากหลาย เช่น การเปรียบเทียบระหว่างการอบรมในห้องเรียนและการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในชุมชน

2. ควรดำเนินการวิจัยในรูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ผลลัพธ์ และควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยา เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านสุขภาพ หรือการเข้าถึงข้อมูล เพื่อให้สามารถพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The rational use of drugs. ใน Nairobi Geneva: WHO; 1985.
2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Ration Drug Use Community: RDU Community). พิมพ์ครั้งที่ 1. ปี 2563. นนทบุรี: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข;
3. สมหญิง พุ่มทอง. รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ปี 2561-2562. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา;
4. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปี 2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 184 น.
5. วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มุกดา สำนวนกลาง, แรกขวัญ คล้อยเอี่ยม, กมลวรรณ สุขประเสริฐ. แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปี 2561. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.);
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2024]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/03/kpi_template_edit.pdf

7. ตวงรัตน์ โพธะ, กุสาวดี เมลืองนนท์, กาญจนรัตน์, สมหญิง พุ่มทอง. การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564 ธค [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2024]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5595
8. ตวงรัตน์ โพธะ, กุสาวดี เมลืองนนท์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สมหญิง พุ่มทอง. แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย (Rational Drug Use Literacy tool: RDUL) และการแปลคะแนน [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565 ธค [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2024]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5795
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine [อินเทอร์เน็ต]. 1 ธันวาคม 2008 [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2024];67(12):2072–8. เข้าถึงได้จาก: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608004577
10. ณยฎา ธนกิจธรรมกุล, พิมผกา ปัญโญใหญ่, ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2024];39(3):406–21. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fhe02.tci-thaijo.org%2Findex.php%2FTJONC%2Farticle%2Fdownload%2F268691%2F184370%2F1151517
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ. ปี 2561. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข;
12. บุญชัย ภาละกาล, ไขนภา มิ่งชัย, อรนิตย์ จันทะเสน. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 19 มิถุนายน 2024 [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2024];2567(42):e270927. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/270927
13. Lertphanithit S, Panya R, Maneemai O. Effectiveness Of A Pharmacist-Initiated Education Program On Rational Drug Use Literacy Of Village Health Volunteers Registered At A Northern Subdistrict Health Promoting Hospital. Journal of Namibian Studies : History Politics Culture [อินเทอร์เน็ต]. 15 กรกฎาคม 2023 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2024];35:2736–47. เข้าถึงได้จาก: https://namibian-studies.com/index.php/JNS/article/view/4146
14. พิมผกา ปัญโญใหญ่, ณยฎา ธนกิจธรรมกุล, ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์. การส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ. APHEIT Journal of Nursing and Health [อินเทอร์เน็ต]. 29 สิงหาคม 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2024];6(2):e3552–e3552. เข้าถึงได้จาก: https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/3552
15.จรรยา คุณภาที. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 30 มิถุนายน 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2024];9(3):1–10. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2677
16. Srisaknok T, Ploylearmsang C, Wongkongdech R. Effectiveness of Program for Older People's Health Literacy on Drug and Health Products: Northeast of Thailand. Asian Journal of Social Health and Behavior [อินเทอร์เน็ต]. มีนาคม 2024 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2024];7(1):11. เข้าถึงได้จาก: https://journals.lww.com/shbh/fulltext/2024/07010/effectiveness_of_program_for_older_people_s_health.2.aspx

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

EFFECTS OF ORAL HEALTH PROMOTION PROGRAM OF PARENTS FOR CHILDREN IN THE BAN NONSAMNAK CHILD DEVELOPMENT CENTER MUEANG DISTRICT, SI SA KET PROVINCE.

(Received: November 17,2024 ; Revised: November 20,2024 ; Accepted: November 25,2024)

กนกวรรณ คำโสภา[1] อารี บุตรสอน[2]
Kanokwan Kamsopa[1] Aree Butsorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนหนองยางหนองม่วง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 27 คน รวม 58 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทัศนติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of oral health promotion program of parents for children in the Ban Nonsamnak child development center mueang district, Si Sa Set province. The sample consisted of 58 parents, divided into two groups: Intervention group: 31 parents of preschool children at the Ban Nonsamnak Child Development Center and comparison group: 27 parents of preschool children at the Nong Yang Nong Muang Community Child Development Center. The intervention group received the program for 12 weeks, while the comparison group did not receive the program. Data were collected using a questionnaire administered twice, before and after the intervention, between 1 October 2023 to 31 December 2023. Data were analyzed using descriptive statistics and presented as percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. The paired t-test was used to compare the differences in mean scores of the variables within the groups, and the independent t-test was used to compare the differences between the groups. The significance level was set at 0.05.

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
Corresponding author: E-mail: aree.b@ubu.ac.th

The results showed that the mean differences in the parents' knowledge of oral health care, attitudes towards oral health care, perceived risk of oral health problems, perceived severity of oral health problems, perceived benefits of oral health care, perceived barriers to oral health care, social support for oral health care, and oral health care behaviors for preschool children in the intervention group were significantly higher than those in the comparison group at the 0.05 significance level.

Keywords: Program designed to promote oral health in early childhood, Parent, Child development center

บทนำ

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพโดยรวมและความเป็นอยู่ที่ดีของคนทุกช่วงชีวิตตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ โครงสร้างของช่องปากและฟันยังช่วยให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ที่จำเป็น เช่น การกิน การหายใจ และการพูด รวมถึงมิติด้านจิตสังคม เช่น ความมั่นใจในตนเอง ความสามารถในการเข้าสังคมและการทำงานโดยไม่เจ็บปวด ความอึดอัดและความลำบากใจ ถึงอย่างนั้น สุขภาพช่องปากที่ย่ำแย่ยังคงเป็นภัยเงียบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชากรประมาณ 3.5 พันล้านคน โรคในช่องปาก เช่น โรคฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน การบาดเจ็บของช่องปากและฟัน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตลอดชีวิต[1] จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พบว่า สภาวะโรคฟันผุและการสูญเสียฟันชุดฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี พบผู้ปราศจากโรคฟันผุ ร้อยละ 47.1 เด็กอายุ 5 ปี พบผู้ปราศจากโรคฟันผุ ร้อยละ 24.4 โดยเด็กก่อนวัยเรียนทั้ง 2 กลุ่มอายุ มีคราบจุลินทรีย์เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากกว่า ร้อยละ 40 ในด้านความจำเป็นในการรับการรักษาโรคฟันผุ เด็กอายุ 3 ปีต้องได้รับการอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป ร้อยละ 27.5 ต้องได้รับการรักษารากฟัน ร้อยละ 9.8 ต้องได้รับการทำครอบฟัน ร้อยละ 4.9 ต้องได้รับการถอนฟันน้ำนมอยู่ ร้อยละ 13.0 ในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปี ต้องได้รับการอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป ร้อยละ 52.3 ต้องได้รับการรักษารากฟัน ร้อยละ 19.1 ต้องได้รับการทำครอบฟัน ร้อยละ 5.1 และต้องได้รับการถอนฟันน้ำนมอยู่ ร้อยละ 27.1 ในส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ของกลุ่มอายุ 3 ปี และ 5 ปี แปรงฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 44.1 และ ร้อยละ 80.4 ผู้ปกครองแปรงฟันให้ ร้อยละ 42.5 และ ร้อยละ 14.4 การดื่มนมหวาน นมเปรี้ยว ร้อยละ 44.5 และ ร้อยละ 47.6 ตามลำดับ เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.5 มีการใช้ขวดนมเมื่ออยู่บ้าน และยังมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.9 ที่ยังคงใช้ขวดนมเมื่ออยู่บ้านซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ยังพบเด็กอายุ 3 ปี มีประสบการณ์เกิดโรคฟันน้ำนมผุอยู่ ร้อยละ 52.9 และเด็กอายุ 5 ปี มีประสบการณ์เกิดโรคฟันน้ำนมผุมากถึง ร้อยละ 75.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ของระดับประเทศ ในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 5 ปี เท่ากับ 2.8 ซี่/คน และ 4.5 ซี่/คน ตามลำดับ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีประสบการณ์เกิดโรคฟันน้ำนมผุอยู่ ร้อยละ 48.3 และ ร้อยละ 74.7 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 5 ปี เท่ากับ 2.3 ซี่/คน และ 4.0 ซี่/คน ตามลำดับ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีประสบการณ์เกิดโรคฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 47.3 และเด็กอายุ 5 ปี มีประสบการณ์เกิดโรคฟันน้ำนมผุมากถึง ร้อยละ 71.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 5 ปี เท่ากับ 2.1 ซี่/คน และ 3.5 ซี่/คน ตามลำดับ[2]

จากผลการสำรวจสถานการณ์โรคฟันผุระดับจังหวัด ปี 2560 กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีฟันผุ ร้อยละ 45.2 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2561) จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากประจำปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองศรีสะ

เกษ ปี 2560 และ ปี 2561 พบว่า มีฟันผุ ร้อยละ 51.10 และ ร้อยละ 45.9 ตามลำดับ และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก ปี 2560 พบว่า มีฟันผุ ร้อยละ 35.0 ในปี 2561 พบว่าสูงถึง ร้อยละ 44.9[3] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโรคฟันผุในเด็กเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งทางโภชนาการ และกระทบต่อจิตใจ เมื่อเกิดโรคฟันผุส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันก่อนเวลาอันเหมาะสม เกิดปัญหาต่อการบดเคี้ยว ทำให้เด็กมีสุขภาพร่างการที่ไม่แข็งแรงเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน เกิดการพัฒนาการที่ล่าช้าทั้งทางร่างกาย สมอง และสติปัญญา ฟันผุที่มีการลุกลามยังสร้างความเจ็บปวดทรมาน หากเกิดการติดเชื้อบวมอักเสบยังสามารถส่งผลอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนักอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดกลาง ตั้งอยู่ที่ตำบลโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีเด็กเล็กจำนวน 31 คน มีผู้ดูแลเด็ก 4 คน เป็นอาคารแปดเหลี่ยมชั้นเดียว พื้นที่ตรงกลางเป็นพื้นที่โล่งสำหรับทำกิจกรรม มีห้องเรียน 4 ห้อง ห้องพักครูและเก็บเอกสาร 2 ห้อง มีห้องน้ำ 4 มุมอาคาร ประกอบด้วยห้องอาบน้ำ ห้องสุขา และอ่างน้ำสำหรับล้างหน้าแปรงฟัน อยู่ในบริเวณพื้นที่ของโรงเรียนเทศบาล 4 บ้านโนนสำนักมิตรภาพที่ 121 โดยอยู่ในเขตรั่วของวัดโนนสำนัก บริเวณใกล้เคียงโดยรอบเป็นพื้นที่ชุมชนเมือง ใกล้ที่ตั้งศูนย์บริการสาธารณสุข (เทศบาล 4) จากข้อมูลรายงานการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบเด็กฟันผุร้อยละ 19.60, ร้อยละ 26.30 และร้อยละ 23.10 ตามลำดับ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เท่ากับร้อยละ 89.29 , ร้อยละ 76.92 และร้อยละ 77.42 ตามลำดับ เด็กดูดขวดนมก่อนนอน ปี 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 35.71 , ร้อยละ 38.46 และร้อยละ 32.25 จากการสำรวจพฤติกรรมผู้ปกครองให้เด็กนำขนมมาเรียน ปี 2563 เท่ากับร้อยละ 39.29 ปี 2564 เท่ากับร้อยละ 42.31 ปี 2565 เท่ากับร้อยละ 35.48[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบนวัตกรรมหรือวิธีการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุของเด็กปฐมวัยหลายอย่าง เช่น การให้ความรู้ผู้ปกครอง การเรียนรู้และการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง การได้รับประสบการณ์จริงจากการแลกเปลี่ยน การกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และการสาธิตการได้ฝึกปฏิบัติจริง ด้านปัจจัยพบว่าสาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัยเกิดจากการขาดความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยงความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากเด็กวัยนี้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ การดูแลสุขภาพช่องปากให้มีความสะอาดสมบูรณ์จึงนับเป็นสิ่งสำคัญที่ควรส่งเสริมเพราะช่องปากเป็นส่วนสำคัญที่เป็นช่องทางให้เด็กก่อนวัยเรียนสามารถบริโภคอาหารได้ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ และนำไปเสริมสร้างร่างกายให้เติบโตแข็งแรงและมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ในอนาคต[5] จากข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพช่องปากเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก แต่ในการแก้ไขปัญหางานด้านทันตสุขศึกษามักจะเริ่มเน้นในเด็กประถมเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นเด็กปฐมวัยจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มแรก โดยการปฏิบัติงานประจำในการดำเนินงานด้านทันตสุขศึกษาในเด็กปฐมวัยมีเพียงการออกสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กเท่านั้นในการให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้ปัญหาทางด้านสุขภาพช่องปากของเด็กยังเข้าถึงได้ไม่เพียงพอเป็นจุดอ่อนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างครอบคลุม ที่กล่าวมาจะเห็นว่าปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ของเด็กและผู้ปกครองทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของ

ผู้ปกครอง โดยการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กให้ดียิ่งขึ้นส่งผลให้ปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็กลดลง เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์แข็งแรงต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัด ศรีสะเกษ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

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

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 31 คน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนหนองยางหนองม่วง จำนวน 27 คน โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากรเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ปีการศึกษา 2566 2) สมัครใจร่วมโครงการ 3) สามารถร่วมกระบวนการจนครบกระบวนการ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง (samples)

2.2.1 กลุ่มทดลอง คือ ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนักอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ปีการศึกษา 2566 และได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จำนวน 31 คน

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนหนองยางหนองม่วง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 27 คน

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[6] ผลของโปรแกรมการส่งเสริมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคำแก่นคูณ ตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

$$n/group = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ α =0.05

ดังนั้น $z_{0.05}$ = 1.65

z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการ

ทดสอบ 80 % $z_{0.2}$ = 0.84

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Δ^2 = ความต่างของผล (Effect size)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนัก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย กิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองประกอบสื่อ กิจกรรมรักผูกพันด้วยฟันดี เป็นการสาธิตการตรวจฟันและดูคราบจุลินทรีย์ของเด็ก โดยให้ผู้ปกครองได้ฝึกปฏิบัติจริง กิจกรรมลูกจ๋ามาแปรงฟันกันเถอะ เป็นการสาธิตการแปรงฟันแบบ hand on พร้อมการฝึกปฏิบัติจริงและการจัดให้มีการแปรงฟันหลังทานอาหารกลางวัน กิจกรรมเรื่องนี้ให้รู้ว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์ในการดูแลเด็กของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก กิจกรรมขวดนมจ๋าหนูลาก่อน กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและดูแลไม่ให้ เด็กปฐมวัยเกิดโรคฟันผุ โดยการให้คุณค่าและการพูดคุยเพื่อเสริมพลัง

3.2เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น และแบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของสำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย[2]

3.2.1 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ 1) ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ 2) ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ 3) ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 4) ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ 5) ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ 6) ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ

3.2.2 แบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของสำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2560) โดยใช้เฉพาะในส่วนของแบบตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก การวิจัยครั้งนี้ในการตรวจฟันทั้งก่อนและหลังวัดผล ณ วันที่ทำการตรวจโดยไม่คิดรวมประสบการณ์ฟันผุที่ผ่านมา

3.3ผลการทดสอบเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC โดยได้ค่า IOC รายข้อ ตั้งแต่ 0.66-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมิ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient โดยได้ค่ารายด้าน ด้านความรู้เท่ากับ 0.76 โดยใช้ KR-20 ทัศนคติเท่ากับ 0.72 การรับรู้ความเสี่ยงเท่ากับ 0.71 การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.73 การรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 0.77 การรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 0.70 แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.73

3.4สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่าง

ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสำนักอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.52 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.61 ปี (S.D.=14.25 ปี) มีสถานะภาพคู่ร้อยละ 64.52 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 38.71 มีอาชีพรับจ้างและค้าขายร้อยละ 29.03 มีค่ามัธยฐานของรายได้ครอบครัว เท่ากับ 15,000 บาท (Min= 5,000 บาท : Max=50,000 บาท) และมีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ร้อยละ 77.42

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 27 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.26 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.52 ปี (S.D.=11.17 ปี) มีสถานะภาพคู่ร้อยละ 77.78 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 37.04 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 33.33 มีค่ามัธยฐานของรายได้ครอบครัว เท่ากับ 15,000 บาท (Min= 600 บาท : Max=50,000 บาท) และมีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ร้อยละ 77.78

2) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.62 คะแนน (95% CI= 1.00-2.23)

3) ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.48 คะแนน (95% CI= 7.58-9.36)

4) การรับรู้ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.19 คะแนน (95% CI= 2.30-4.08)

5) การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.82 คะแนน (95% CI= 3.87-5.77)

6) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.70 คะแนน (95% CI= 2.80-4.57)

7) การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.40 คะแนน (95% CI= 2.29-4.51)

8) แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.16 คะแนน (95% CI= 7.62-10.70)

9) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.35 คะแนน (95% CI= 2.76-5.93)

10) การตรวจสุขภาพช่องปากและแผ่นคราบจุลินทรีย์

ผลการตรวจฟันกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีฟันผุร้อยละ 41.94 หลังการทดลองมีฟันผุร้อยละ 35.48 โดยฟันผุลดลงร้อยละ 6.46 ผลการตรวจฟันกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองมีฟันผุร้อยละ 51.85 หลังการทดลองมีฟันผุร้อยละ 55.56 โดยฟันผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.71 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีฟันผุน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่ร้อยละ 20.08

ผลการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 54.84 หลังการทดลองมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 29.03 โดยลดลงจากก่อนการทดลองร้อยละ 25.81 ผลการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 55.56 หลังการทดลองมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 59.26 โดยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองร้อยละ 3.70 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่ร้อยละ 30.23

สรุปและอภิปรายผล

จากผลลัพธ์ที่ได้จากการทดลอง พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองประกอบสื่อกิจกรรมรักผูกพันด้วยฟันดี (การสาธิตการตรวจฟันและดูคราบจุลินทรีย์ของ

เด็ก โดยให้ผู้ปกครองได้ฝึกปฏิบัติจริง) กิจกรรมลูกจ๋ามาแปรงฟันกันเถอะ (การสาธิตการแปรงฟันแบบ hand on พร้อมการฝึกปฏิบัติจริงและการจัดให้มีการแปรงฟันหลังทานอาหารกลางวัน) กิจกรรมเรื่องนี้ให้รู้ว่า (การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์ในการดูแลเด็กของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก)กิจกรรมขวดนมจ๋าหนูลาก่อน กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการให้คุณค่าและการพูดคุยเพื่อเสริมพลังส่งผลให้ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบดังนี้

1) ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผ่านกิจกรรมในโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอย่างครอบคลุมกิจกรรมมีรูปแบบที่หลากหลายน่าสนใจ เข้าใจง่ายและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่าง activeสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสนันท์ ชมภูวิเศษ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และมลินี สมภพเจริญ[8] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย รวมทั้งสภาวะช่องปากเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จุฑามาศ สิทธิขันแก้ว[9] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ปกครองของเด็กมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็ก การรับรู้โอกาสเสียงต่อการเกิดโรคในช่องปากเด็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคใน ช่องปากเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี มีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กลดลงก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โปรแกรมนี้สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอีกด้วย

2) ด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผ่านกิจกรรมช่วยให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ปกครองอยากดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และผู้ปกครองเห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กสอดคล้องกับการศึกษาของดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ[10] ผลการวิจัยพบว่าหลังการอ่านสื่อนิทานเด็กสามารถเลิกขวดนมได้ร้อยละ 50 และทัศนคติของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ดูแลของเด็กที่สามารถเลิกขวดนมได้มีทัศนคติที่ดีกว่าเด็กที่ ยังดูดขวดนมอยู่ และผู้ดูแลส่วนใหญ่พึงพอใจสื่อนิทานที่สร้างขึ้นและคิดว่านิทาน มีส่วนช่วยที่ทำให้เด็กเลิกดูด ขวดนมได้ เนื่องจากสื่อนิทานเป็นสื่อที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย จึงควรส่งเสริมให้มีการสร้างสื่อนิทานเกี่ยวกับ การดูแลทันตสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีให้เด็ก เช่น ความสำคัญ ของฟันน้ำนม, การดูแลทำความสะอาดช่องปาก เป็นต้น จุฑามาศ สิทธิขันแก้ว[9] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ปกครองของเด็กมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็ก การรับรู้โอกาสเสียงต่อการเกิดโรค ในช่องปากเด็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคใน ช่องปากเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี มีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็ก

ลดลงก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โปรแกรมนี้สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอีกด้วย

3) ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพช่องปากมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผ่านกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลที่ตามมาของการละเลยสุขภาพช่องปาก กิจกรรมช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจถึงผลกระทบของโรคในช่องปากและกิจกรรมนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสนันท์ ชมภูวิเศษ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และมลินี สมภพเจริญ[8]ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย รวมทั้งสภาวะช่องปากเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จุฑามาศ สิทธิขันแก้ว[9] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ปกครองของเด็กมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็ก การรับรู้โอกาสเสียงต่อการเกิดโรคในช่องปากเด็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคใน ช่องปากเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี มีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กลดลงก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โปรแกรมนี้สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอีกด้วย

4) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผ่านกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคในช่องปากต่อสุขภาพ โดยรวมกิจกรรมนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากรุนแรงและกิจกรรมให้ผู้ปกครองเห็นภาพความรุนแรงของโรคสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสนันท์ ชมภูวิเศษ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และมลินี สมภพเจริญ (2564) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย รวมทั้งสภาวะช่องปากเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จุฑามาศ สิทธิขันแก้ว[8] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ปกครองของเด็กมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็ก การรับรู้โอกาสเสียงต่อการเกิดโรคในช่องปากเด็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคใน ช่องปากเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี มีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กลดลงก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โปรแกรมนี้สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอีกด้วย

5) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผ่านกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมีสุขภาพช่องปาก

ที่ดีกิจกรรมนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่มีสุขภาพช่องปากดีและกิจกรรมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสนันท์ ชมภูวิเศษ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และมลินี สมภพเจริญ[8] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย รวมทั้งสภาวะช่องปากเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จุฑามาศ สิทธิขันแก้ว[9] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ปกครองของเด็กมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็ก การรับรู้โอกาสเสียง ต่อการเกิดโรคในช่องปากเด็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคใน ช่องปากเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี มีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กลดลงก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โปรแกรมนี้สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอีกด้วย

6) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กไม่ใช่เรื่องยากอย่างที่คิด ผ่านกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กกิจกรรมจัดเตรียมอุปกรณ์และสื่อการสอนที่เข้าใจง่ายและกิจกรรมให้ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสนันท์ ชมภูวิเศษ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และมลินี สมภพเจริญ[8] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย รวมทั้งสภาวะช่องปากเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จุฑามาศ สิทธิขันแก้ว[9] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ปกครองของเด็กมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็ก การรับรู้โอกาสเสียงต่อการเกิดโรคในช่องปากเด็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคใน ช่องปากเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี มีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กลดลงก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โปรแกรมนี้สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอีกด้วย

7) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองรู้สึกได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผ่านกิจกรรมส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และโรงเรียนผู้ปกครองมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและผู้ปกครองรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการดูแลสุขภาพช่องปากสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ บทมาตย์ และรุจิรา ดวงสงค์[11] ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การสนับสนุนกระตุ้นเตือนและการให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน มากกว่าก่อนการทดลง

และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

8) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผู้ปกครองมีความรู้ ทัศนคติการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้นมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของศรสวรรค์ จันทร์ประเสริฐ[12] พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรม การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.05) มนัสนันท์ ชมภูวิเศษ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และมลินี สมภพเจริญ[8] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย รวมทั้งสภาวะช่องปากเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สุกัญญา ฆารสินธุ์กฤชกันทร, สุวรรณพันธุ์ และสายฝน จันทร์หอม (2564) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันในระดับสูง (M =24.20, SD=2.17, Max=27, Min=19) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันใน ระดับปานกลาง (M =19.87, SD=1.96, Max=23, Min=17) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01, Mean diff.=4.33, 95% CI =3.34–5.19) จากการวิจัยเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน มีประสิทธิผลที่ดีและควรนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปจุฑามาศ สิทธิขันแก้ว[9] ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ปกครองของเด็กมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็ก การรับรู้โอกาสเสียงต่อการเกิดโรคในช่องปากเด็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปากเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และ กลุ่มทดลองที่เป็นเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี มีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กลดลงก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โปรแกรมนี้สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอีกด้วย ลือจรรยา สมสวย[13] ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุมทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และเด็กกอนวัยเรียนที่ได้รับการดูแลทันตสุขภาพจากผู้ปกครองกลุมทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรียลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

9) การตรวจสุขภาพช่องปากและแผ่นคราบจุลินทรีย์ พบว่าก่อนการทดลองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มทดลองมีสภาวะฟันผุสูงกว่าหลังการทดลอง โดยมีผลต่างฟันผุลดลงอยู่ที่ร้อยละ 6.46 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีฟันผุน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่ร้อยละ 20.08 การตรวจคราบจุลินทรีย์ ก่อนการทดลองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่ามีคราบจุลินทรีย์สูงกว่าหลังการทดลอง โดยลดลงร้อยละ 25.81 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่ร้อยละ 30.23 ซึ่งสอดคล้องกับมนัสนันท์ ชมภูวิเศษ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และม

ลินี สมภพเจริญ[8] ผลการวิจัยพบว่าสภาวะช่องปากเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ธิดารัตน หมีแก้ว และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์[14] ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันผุ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P-value < 0.05) นอกจากนี้ ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P-value<0.05) ลือจรรยา สมสวย[13] ผลการวิจัยพบว่า เด็กกอนวัยเรียนที่ได้รับการดูแล ทันตสุขภาพจากผู้ปกครองกลุมทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรียลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จาก ผลการวิจัยแสดงวา โปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ประยุกตแนวคิดการรับรูความสามารถของตนเองและการสื่อสารสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กและลดปริมาณ คราบจุลินทรียของเด็กกอนวัยเรียนได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองประกอบสื่อกิจกรรมรักผูกพันด้วยฟันดี (การสาธิตการตรวจฟันและดูคราบจุลินทรีย์ของเด็กโดยให้ผู้ปกครองได้ฝึกปฏิบัติจริง) กิจกรรมลูกจ๋ามาแปรงฟันกันเถอะ (การสาธิตการแปรงฟันแบบ hand on พร้อมการฝึกปฏิบัติจริงและการจัดให้มีการแปรงฟันหลังทานอาหารกลางวัน) กิจกรรมเรื่องนี้ให้รู้ว่า (การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์ในการดูแลเด็กของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก) กิจกรรมขวดนมจ๋าหนูลาก่อน กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการให้คุณค่าและการพูดคุยเพื่อเสริมพลัง มีประสิทธิภาพในการพัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาและขยายผลงานวิจัย นำโปรแกรมไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ๆ สนับสนุนนโยบายและแนวทางปฏิบัติ และสร้างการเปลี่ยนแปลงในสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้กับโปรแกรมอื่น

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของโปรแกรม

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหารูปแบบเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organnization. Global Status Report on Oral Health 2022. Geneva: World Health Organization, 2022.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2560). รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย, 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ตามกลุ่มอายุ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2561.
4. เทศบาลเมืองศรีสะเกษ (2565). สรุปผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ 5 ปีย้อนหลัง. ศรีสะเกษ: เทศบาลเมืองศรีสะเกษ, 2565.
5. พิมพ์นิภา กาวิน, อนุกูล มะโนทน. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 9 เดือน – 2 ปี 6 เดือน ของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยพะเยา, 2563.

6. Lemeshow S. et al. Adequacy of Sample Size in Health Studies. W.H.O.: John Wiley & Sons. 1990.
7. เครือวัลย์ นิตย์คำหาญ. “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคำแก่นคูณ ตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น”, วารสารทันตาภิบาล. 23(1): 51-60; มกราคม, 2555.
8. มนัสนันท์ ชมภูวิเศษ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และมลินี สมภพเจริญ. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565.
9. จุฑามาศ สิทธิขันแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-3 ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บง ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยพะเยา, 2561.
10. ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ. ผลของการอ่านสื่อนิทานต่อพฤติกรรมการเลิกใช้ขวดนมของเด็กและทัศนคติของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วารสารทันตาภิบาล. 32(1): 1-12; มกราคม, 2564.
11. รัตนาภรณ์ บทมาตย์ และรุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโพนทอง อำเภอโพนตากจังหวัดหนองคาย. วารสารทันตาภิบาล. 23(1): 28-39; มกราคม, 2555.
12. ศรสวรรค์ จันทร์ประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตพบลหนองกุลา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 16(1): 28-39; มกราคม, 2564.
13. ลือจรรยา สมสวย. โปรแกรมทันตสุขศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์): บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
14. ธิดารัตน หมีแก้ว และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง”, วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 18(2): 304-320; ธันวาคม, 2563.

การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

SELF-ACCEPTANCE, FAMILY RELATIONSHIP, SOCIAL SUPPORT AND PREPARING BEHAVIOR FOR GOOD DEATH OF THE ELDERLY AT A HEALTH PROMOTING HOSPITAL, MUANG DISTRICT IN NAKHONPATHOM PROVINCE

(Received: November 17,2024 ; Revised: November 20,2024 ; Accepted: November 25,2024)

กาญจน์วรินทร์ วรินธนวัฒน์[1] ทิพย์วัลย์ สุรินยา[2]
Karnwarin Warinthanawat[1] Tippavan Surinya[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเองกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 263 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test F-test ค่า Least Significant Difference LSD (LSD) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี อยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ และสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีไม่ต่างกัน 3) การยอมรับตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 5) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การยอมรับตนเอง, สัมพันธภาพในครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี

ABSTRACT

This Quantitative research aims to study 1) the levels of self-acceptance, family relationships, social support and preparing behavior for good death of the elderly, 2) to compare preparing behavior for good death of the elderly by different personal factors including gender, age, marital status, educational level and experience in caring for terminally ill patients, 3) the relationship between self-acceptance and preparing behavior for good death of the elderly, 4) the relationship between family relationships and preparing behavior for good death of the elderly, and 5) the relationship between social support and preparing behavior for good death of elderly at a Health Promotion Hospital in Muang District, Nakhon Pathom Province. The sample consisted of 263 individuals, selected by stratified random sampling, with data collected through questionnaires and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, Least Significant Difference (LSD) and Pearson's correlation coefficient.

The research findings revealed that: 1) the elderly demonstrated moderate levels of self-acceptance, family relationships, social support, and preparing behavior for good death, 2) the elderly individuals of different genders,

[1] นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ages, and marital statuses had significantly different preparing behavior for good death at the .05 level, while differences in education level and experience in caring for terminally ill patients did not result in significantly different preparing behavior for good death,3) self-acceptance was positively correlated with preparing behavior for good death at the .05 level,4) family relationships were positively correlated with preparing behavior for good death at the .05 level, and 5) social support was positively correlated with preparing behavior for good death at the .05 level.
Keywords: Self-acceptance, Family Relationship, Social Support, Preparing Behavior for good death

บทนำ

ความตาย เป็นสิ่งที่บุคคลหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ว่าจะอยู่ช่วงวัยหรือมีเศรษฐานะแบบใด ทุกคนล้วนมีความตายเป็นที่สุด ทุกชีวิตมุ่งหน้าเข้าสู่ความตาย แต่เนื่องจากสังคมไทย เป็นสังคมที่มีมุมมองว่าความตายเป็นเรื่องไม่ดีหรืออัปมงคล ทำให้บุคคลปฏิเสธการพูดถึงความตายและปล่อยให้ความตายเป็นไปตามยถากรรม[6] ทำให้ไม่ได้เตรียมความพร้อมสำหรับความตายไว้ล่วงหน้า เมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึง เมื่อความความตายเป็นเรื่องที่ปฏิเสธไม่ได้ บุคคลทุกช่วงวัยควรมีการเตรียมตัวตาย เพื่อนำไปสู่การตายดี ส่งผลให้จากไปอย่างสงบในระยะสุดท้ายของชีวิต โดนเฉพาะวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย จากการทำหน้าที่ลดลงของระบบต่างๆ ส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา โดยพบว่า ปี 2564-2566 ผู้สูงอายุมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 70.72, 73.31 และ 71.76[9] ตามลำดับ

จากสถิติที่พบว่า ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีอัตราการตายสูงกว่าช่วงวัยอื่น ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ด้านการเตรียมตัวให้ผู้สูงอายุ เสียชีวิตอย่างสงบในวาระสุดท้าย หรือการเตรียมตัวตายดี จึงเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญ สำหรับประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีอัตราส่วนประชากรผู้สูงอายุ ต่อประชากรทั้งหมดในประเทศ คิดเป็นร้อยละประมาณ 19.80[9] โดยกระบวนการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะหลายระบบในร่างกาย ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด หายใจลำบาก หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง และบางรายต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิต ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย วิตกกังวลและเกิดความเครียด และผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ คือ รู้สึกกลัวเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ไม่ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่แท้จริง ไม่รู้ว่าป่วยหนักรักษาไม่ได้ และมีสิ่งค้างคาใจที่ยังไม่ได้บรรลุตามความเป็นจริง[6] ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมตัวตายหรือไม่ได้ระลึกถึงความตาย จะทำให้ตายอย่างทรมาน

ด้วยการยื้อชีวิตและชะลอการตาย โดยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ การปฏิเสธการรับรู้และพูดถึงความตาย อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ทุกรนทุราย ทุกข์ทรมานและจิตใจไม่สงบขณะเผชิญกับความตาย[3] ส่วนผู้สูงอายุที่มีการเตรียมตัวตาย จะทำให้ลดความวิตกกังวล หวาดกลัว มีทัศนคติที่ดีกับความตาย มองว่าการตายคือการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตและทุกคนต้องเดินทางไปยังช่วงนั้น ทำให้พร้อมต่อการจากไปอย่างสงบ[5] และส่งผลดีกับสมาชิกในครอบครัว โดยช่วยลดภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวภายหลังเกิดความสูญเสีย และสมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มพึงพอใจกับคุณภาพการตายของผู้ป่วย จากมุมมองของตน และเชื่อว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับคุณภาพความตายของตนเองเช่นกัน[12]

ดังนั้นการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจเกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ การยอมรับตนเองสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมการเตรียมตัวตายตามแนวคิดของ Corr (1992)[11] กล่าวถึงการรับมือกับความตายที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ มิติด้ายกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นพื้นฐานสำคัญในการเตรียมตัวสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิต การเตรียมตัวอย่าง

เหมาะสม ต้องมีการสร้างเสริมพลังให้กับตนเอง และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาที่ช่วยสนับสนุนทุกมิติ การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลสำคัญต่อการเตรียมตัวตายดี จากมุมมองนี้ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเตรียมตัวตายดี ประกอบด้วยการยอมรับตนเองอย่างเต็มที่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นกับครอบครัว ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหน้ากับความตายอย่างสงบ ด้วยความเข้าใจและสงบสุข

การยอมรับตนเอง เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมตัวตายดี เมื่อผู้สูงอายุยอมรับตนเองได้ จะนำไปสู่ความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง ทั้งในแง่ของข้อดีและข้อบกพร่อง และการรับรู้ถึงตัวตนของจนผ่านการพิจารณาเอกลักษณ์และความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นตามวัย เมื่อสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ จะทำให้สามารถทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและสามารถเตรียมพร้อมสำหรับอนาคตเมื่อต้องเผชิญกับความตาย สอดคล้องกับงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการยอมรับตนเองระดับสูง จะมีทัศนคติในการยอมรับตนเอง ประเมินตนเองในแง่บวก ทำให้ได้รับผลกระทบจากโรคน้อยลง สามารถค้นหาความหมายของชีวิต มีสุขภาวะทางใจ และสามารถทบทวนความหมายของชีวิตก่อนตาย[22]และการยอมรับตนเองทำให้สามารถอภัยทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเมื่อใกล้เสียชีวิต ช่วยให้เคารพประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทั้งเรื่องดีและร้าย เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลจากไปด้วยความสุขและความสงบทางใจ[17]

สัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือคนในครอบครัว ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และทำให้รู้สึกมีคุณค่า ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากคนในครอบครัว ทำให้สามารถเผชิญความเจ็บปวด และสมาชิกในครอบครัวยังช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการและความรู้สึกได้อย่างชัดเจน สามารถจัดการกับความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างสงบ[1]

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่า ตนสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือและสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐ การสนับสนุนนี้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพแม้ในยามเจ็บป่วยหรือระยะสุดท้ายของชีวิต และทำให้บุคคลรู้สึกไว้วางใจ ว่ามีที่พึ่งที่เชื่อถือได้ รู้สึกถึงการมีผู้ให้การดูแลและมีคุณค่าในตนเอง[4] และงานวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกที่แข็งแรง กับการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและลำไส้[14] และผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่แน่นแฟ้น จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดลง เนื่องจากได้รับรู้ถึงความปลอดภัย ที่ส่งผ่านความผูกพันที่แน่นแฟ้น[16]

ดังนั้น เพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากมิติของตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม การศึกษานี้มีประโยชน์ในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลและแนวทางให้หน่วยงานที่รับผิดชอบชุมชน ทีสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี เพื่อพัฒนากิจกรรม โครงการ แผนงาน และนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลเข้าใจถึงความสำคัญของการเตรียมตัวตายดีในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้บุคคลที่รักจากไปอย่างสงบและปราศจากสิ่งค้างคาใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ของผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเองกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ

สมมติฐาน

1. ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกัน โดยแยกสมมติฐานย่อยดังต่อไปนี้

1.1 ผู้สูงอายุ ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกัน

1.2 ผู้สูงอายุ ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกัน

1.3 ผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกัน

1.4 ผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกัน

1.5 ผู้สูงอายุ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกัน

2. การยอมรับตนเอง มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ของผู้สูงอายุ

3. สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ของผู้สูงอายุ

4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูง อายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 764 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane[20](1967) ผลที่ได้จากการคำนวณในการวิจัยครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 263 คน และใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้น จะแบ่งประชากรการวิจัยออกเป็น 3 กลุ่ม (ชั้น) คือ กลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 415 คน กลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี จำนวน 250 คน และกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 99 คน ต้องการตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 263 คน ใช้หลักบัญญัติไตรยางศ์ เพื่อกำหนดจำนวนตัวอย่างที่ต้องการสุ่มแต่ละชั้น ดังนี้

จำนวนตัวอย่างจากกลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี

$$\frac{263}{764} \text{ X } 415 = 142.86 = 143 \text{ คน}$$

จำนวนตัวอย่างจากกลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี

$$\frac{263}{764} \text{ X } 250 = 86.06 = 86 \text{ คน}$$

จำนวนตัวอย่างจากกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

$$\frac{263}{764} \text{ X } 99 = 34.08 = 34 \text{ คน}$$

หลังจากกำหนดจำนวนตัวอย่างแต่ละชั้นได้แล้ว จะดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ(Systematic Sampling) โดยนำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ เริ่มต้นด้วยการหาเลขเริ่มต้นและสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เพื่อหาช่วงของการเลือกตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมอง

เบื้องต้น ฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ,2542) หากประเมินว่ามีภาวะสมองเสื่อม จะเข้าเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) และเลือกกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง จากแนวคิดทฤษฎีของ Robinson & Phillips(1985) จำนวน 17 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ตนเอง ลักษณะของตนเอง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับคุณค่า และสถานภาพในสังคม มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .85

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว จากแนวคิดทฤษฎีของ Crandall(1980) จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาท ด้านการสื่อสาร ด้านอารมณ์ และด้านความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .92

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดทฤษฎีของ Cobb(1976) จำนวน 16 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านสิ่งของเครื่องมือและแรงงาน มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .83

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี จากแนวคิดทฤษฎีของ Corr(1992) จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่ม ที่ได้คำนวณไว้ตามสัดส่วนโดยอธิบายถึงขั้นตอนและรายละเอียดรวมทั้งการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

2. นำแบบสอบถามทั้งหมด มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลพื้นฐานของการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระ

ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี

2.1 ค่า t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ในที่นี้ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ

2.2 ค่า F-test ใช้เพื่อเปรียบเทียบความแปรปรวนและทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ของผู้สูงอายุ และทดสอบรายคู่โดยวิธีการ Least-Significant Difference (LSD)

3. สถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 263 คน ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 143 คน (ร้อยละ 54.40) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.40) สถานภาพหม้าย จำนวน 95 คน (ร้อยละ 36.10) จบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 178 คน(ร้อยละ 67.70) และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 202 คน (ร้อยละ 76.80)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การยอมรับตนเอง พบว่าผู้สูงอายุมีการยอมรับตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน (การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ลักษณะของตนเอง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับคุณค่า และสถานภาพในสังคม) อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์สัมพันธภาพในครอบครัว

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคม ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน (ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านสิ่งของ เครื่องมือ การเงิน และแรงงาน) อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี พบว่าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน (จำนวนของบทบาท การสื่อสาร อารมณ์ และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก) อยู่ในระดับปานกลาง

พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน (ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ) อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ (ตามปัจจัยส่วนบุคคล)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ(จำกัดตามเพศ) (n=263)

พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวม						
ชาย	120	3.21	0.50	-2.245*	261	.026
หญิง	143	3.35	0.47			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุเพศชาย มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวม น้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ (จำแนกตามอายุ) (n=263)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	P-value
พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	2.332	2	1.166	5.063**	.007
ภายในกลุ่ม	59.885	260	.230		
รวม	62.217	262			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อให้ทราบว่ามีความแตกต่างของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีในแต่ละด้านรายคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ทีละคู่โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) พบความแตกต่างตามตารางที่ 3 ดังต่อไปนี

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการของ Least Significant Difference (LSD) (จำแนกตามอายุ) (n=263)

พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี	$\bar{X}$	S.D.	อายุ		
			1	2	3
พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวม					
1. 60-69 ปี	3.34	0.47	-	0.05	0.291**
2. 70-79 ปี	3.29	0.50	-0.05	-	-0.239*
3. 80 ปีขึ้นไป	3.05	0.47	0.291**	0.239*	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 01 และผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปีมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ (จำแนกตามสถานภาพสมรส) (n=263)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	P-value
พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	6.240	3	2.080	9.625***	<.001
ภายในกลุ่ม	55.977	259	.216		
รวม	62.217	262			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อให้ทราบว่ามีความแตกต่างของพฤติกรรมการ

เตรียมตัวตายดีในแต่ละด้านเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ทีละคู่โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) พบความแตกต่างตามตารางที่ 5 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการของ Least Significant Difference (LSD) (จำแนกตามสถานภาพสมรส) (n=263)

พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี	$\bar{x}$	S.D.	สถานภาพ			
			1	2	3	4
พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวม						
1. โสด	3.10	0.37	-	-.347***	.056	-.195
2. สมรส	3.45	0.52	.347***	-	.403***	.152*
3. หย่าร้าง	3.05	0.33	-.056	-.403***	-	-.251**
4. หม้าย	3.30	0.49	.195	-.152*	.251**	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด และหย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ (จำแนกตามระดับการศึกษา) (n=263)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	P-value
พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	2.127	4	.532	2.284	.061
ภายในกลุ่ม	60.090	258	.233		
รวม	62.217	262			

จากตารางที่ 6 พบว่าโดยรวมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ (จำแนกตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) (n=263)

พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-value
พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวม						
มี	202	3.28	0.46	-.301	261	.764
ไม่มี	61	3.30	0.49			

จากตารางที่ 7 พบว่าโดยรวมผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี (n=263)

ตัวแปร	พฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี	
	r	p
การยอมรับตนเอง	.605***	<.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	.644***	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.714***	<.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 พบว่า การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับของพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของสารภี รังสีโกศัย ที่ศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานี” ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรม มีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายระดับสูง[5] และงานวิจัยของพระชาย อภินนโท ที่ศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุ ในชมรมปฏิบัติธรรม 24 น.จังหวัดปราจีนบุรี” พบว่าผู้สูงอายุในชมรมปฏิบัติธรรม มีระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายระดับสูง[2] เช่นกัน

2. การยอมรับตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุในเชิงบวกระดับปานกลาง (r=.605) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Zhou and Xu[22] (2019) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการยอมรับตนเองระดับสูง มีทัศนคติในการยอมรับตนเอง ประเมินตนเองในแง่บวก จะได้รับผลกระทบจากของโรคมะเร็งน้อยลง ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายในชีวิต และมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี ซึ่งการทบทวนความหมายของชีวิตก่อนตาย ผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตมักต้องเผชิญกับอารมณ์หลากหลาย โดยเฉพาะความโกรธ ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์อย่างอิสระเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้พวกเขาหาความสงบ การปลดปล่อยความรู้สึกเหล่านี้ถือเป็นการเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณ ในขณะเดียวกัน การตระหนักถึงความรับผิดชอบในชีวิตที่ผ่านมาช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและเตรียมพร้อมสำหรับอนาคต การให้อภัยทั้งต่อตนเองและผู้อื่นเป็นอีกขั้นตอนที่สำคัญซึ่งช่วยปลดปล่อยผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตจากความเจ็บปวดและความทุกข์ การยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ช่วยให้เปิดรับความสงบในช่วงสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ ความเคารพต่อประสบการณ์ชีวิตที่เคยผ่านมา ไม่ว่าจะดีหรือร้าย ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถจากไปด้วยความสุขและความสงบใจ[17]

3. สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุในเชิงบวกระดับปานกลาง (r=.644) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พบว่าการที่ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

บริบทของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยมีความเครียด และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีความกังวล โศกเศร้า และไม่สุขสบาย ทำให้พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป ซึ่งงานวิจัยพบว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สามารถส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (สุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และหรรษา เศรษฐบุปผา[7],2563) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการเผชิญความเจ็บปวด และสมาชิกในครอบครัว ยังช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการและความรู้สึกได้อย่างชัดเจน สามารถจัดการกับความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างสงบ (พรทวี ยอดมงคล[1],2556)

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกที่แข็งแรงกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี (r=.714) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากงานวิจัยของ Khawar, Aslam and Aamir[16] (2013) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับโรคที่กำลังคุกคามชีวิต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นทางที่บุคคลหรือหลายคนไว้วางใจ เป็นที่พึ่งที่เชื่อถือได้ ทำให้รู้สึกได้ว่ามีผู้ให้การดูแลและรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ[4], 2536) นอกเหนือจากนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกที่แข็งแรงกับการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ (Dunkel-Schetter C.[14],1984) และผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่แน่นแฟ้น จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุ รับรู้ถึงความปลอดภัย ที่ส่งผ่านความผูกพันที่แน่นแฟ้น (Kalish[15] ,1987)

5. อายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาพบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีมากกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง และตอนปลาย ผลการศึกษาครั้งนี้ ขัดแย้งกับการทบทวนวรรณกรรมของพระชาย อภินนโท[2] (2561) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงชราภาพมาก จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายมากกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์การสูญเสีย และความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ทำใจยอมรับและมีการเตรียมตัวตายมากกว่าผู้สูงอายุที่อายน้อยกว่า ซึ่งเป็นไปได้ว่าจากผลการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุตอนต้นยังคงความสามารถในการวางแผนและจัดการชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ เช่น การเตรียมพินัยกรรม การวางแผนทางการเงิน หรือการพูดคุยเกี่ยวกับความปรารถนาครั้งสุดท้าย ส่วนผู้สูงอายุตอนปลาย อาจเผชิญกับความเครียดจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือการสูญเสียคนรอบข้าง ทำให้ไม่สามารถคิดหรือวางแผนได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งในปัจจุบันผู้สูงอายุเริ่มเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ในสื่อออนไลน์ ดังนั้นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยเปลี่ยนผ่านจากวัยกลางคน เข้าสู่วัยสูงอายุ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหรือสืบค้นข้อมูลทางอินเตอร์เนต เช่น สื่อยูทูป ทำให้มีความรู้ในเรื่องการรับบริการทางการแพทย์ การทำพินัยกรรมชีวิต และการเตรียมตัวตายดี ได้มากกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง และตอนปลาย

6. เพศ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Douglas and Brown[13] (2002)

พบว่า “พฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายประกอบไปด้วยการเตรียมตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตายของผู้สูงอายุประกอบด้วยความแตกต่างด้านเพศ” โดยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการเตรียม

ตัวตายดีมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความละเอียดรอบคอบ และมีความคิดรอบด้าน ในการวางแผนเตรียมการในเรื่องต่างๆ ในชีวิต จึงมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายที่มีบทบาทเป็นผู้นำ และหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบในหลายด้าน ต้องใช้ความคิดและการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ จึงทำให้ไม่ได้คิดตระเตรียม วางแผนการเตรียมตัวตายดีน้อยกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุเพศหญิงมีความกลัวในกระบวนการของความตาย เช่น การยื้อชีวิต ความเจ็บปวดก่อนตาย จึงมีการเตรียมตัวก่อนตายและผู้สูงอายุเพศหญิงต้องการตายอย่างมีศักดิ์ศรีมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

7. สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Kalish &Raynolds (1974 cited in Peterson, 1996, อ้างถึงใน สุวรรณา วุฒิรณฤทธิ์[8],2544) ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่มีสถานภาพสมรส สามารถเผชิญกับสภาวะใกล้ตายและความตายได้ดีกว่าผู้ที่เป็นหม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ เนื่องจากได้รับกำลังใจ และการให้การสนับสนุน และมีงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ของ Zhao, Law, Kelly ,Yiengprungsawan, Seubsman and Sleigh[21] (2022) พบว่า ผู้สูงอายุไทย ที่มีสถานภาพสมรส มีอัตราการเสียชีวิต ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้ายหรือหย่าร้าง เนื่องมากจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางการเงิน ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี

8. ระดับการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสารภี รังสีโกศัย[5] ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Duaglas and Brown[13] (2002) กล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาจะมีการเตรียมตัวในการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการรักษาเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา อาจเนื่องมาจากมีความเชื่อและทัศนคติที่เชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ ต้องการให้บุคคลเหล่านั้นเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาแทนตนเอง และขัดแย้งกับการทบทวนวรรณกรรมของ Robign,L., Deliens,L.Rietjens,J.,Pype,P.,&Chambaere Chambaere,K[18] (2020) พบว่าในกรณีเจ็บป่วยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีความต้องการการรักษาที่ครอบคลุม แต่เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต จะไม่ต้องการการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อชีวิต เนื่องจากกลุ่มผู้มีการศึกษาสูงจะให้ความสำคัญในการกำหนดชะตากรรมของตนเองและการควบคุมช่วงชีวิตสุดท้าย ดังนั้นจึงพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะเลือกวิธีการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตมากกว่าการใช้อุปกรณ์การแพทย์เพื่อยื้อชีวิต (Bossuyt N,Van den Block L,Cohen J,Meeussen K,Bilsen J, Echteld M,Deliens L & Van Casteren V[10],2011)

9. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของTenzek and Depner[19] (2017) พบว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีทั้งประสบการณ์การพบเห็นการตายที่ดีและการตายที่ไม่ดี การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความตายที่รุนแรงและมีความเครียด จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความสูญเสียและเกิดภาวะโศกเศร้าภายหลังการสูญเสียตามมา อีกทั้งประสบการณ์เป็นสิ่งที่บุคคลประเมินคุณค่าต่อสิ่งที่เกิดขึ้นหรือเคย

เผชิญแตกต่างกัน ซึ่งในบริบทของสังคมไทย มองว่าการตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นสิ่งที่ไม่ควรกล่าวถึง ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากความกลัวในการต้องพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ดังนั้นประสบการณ์ในกรดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต จึงเป็นสิ่งที่โศกเศร้า และไม่อยากรำลึกถึง ทำให้ผู้สูงอายุ ที่มีประสบการณ์ดังกล่าว ไม่ต้องการนึกถึงเหตุการณ์นั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีโดยรวมแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสนใจในรณรงค์ส่งเสริมให้ทั้งเพศชายและเพศหญิง เห็นความสำคัญในการมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี อาจจัดกิจกรรมตายดี เตรียมได้ตั้งแต่ยังไม่ใกล้ตาย โดยแทรกแซงเข้าไปในกิจกรรมโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยสอนใช้สมุดเบาใจ ซึ่งเป็นสมุดที่เขียนพินัยกรรมชีวิต ทั้งด้านการเตรียมตัวตายดีด้านร่างกาย เช่น การประสงค์ให้นำร่างส่งสถาบันที่ได้แจ้งความประสงค์บริจาคร่างกายและอวัยวะ ด้านสังคม เช่น การจัดสรรแบ่งสัดส่วนทรัพย์สินให้กับบุตรหลาน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นแกนนำในการสอนใช้สมุดเบาใจ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงตระหนักถึงการสร้างพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญา และยังไม่ได้อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อแสดงเจตจำนงและแจ้งความประสงค์ให้กับญาติหรือผู้ดูแล

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การยอมรับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ของผู้สูงอายุ โดยมีการยอมรับตนเองระดับปานกลาง ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการยอมรับตนเองอยู่ในระดับสูงขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงทักษะความสามารถของตนเอง เพื่อให้ยอมรับในข้อเสีย คือร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุ และยอมรับในข้อดี คือเมื่ออายุที่มากขึ้น สิ่งที่เพิ่มขึ้นแบบแปรผันตรง คือประสบการณ์ในการทำงานและทักษะความสามารถต่างๆ เมื่อได้มีเวทีหรือพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถและศักยภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับได้ทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเอง

3. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี ของผู้สูงอายุ โดยมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวให้อยู่ในระดับสูงขึ้น เช่น การจัดประกวดครอบครัวต้นแบบ ที่ใช้ทักษะการสื่อสารทางบวก พูดคุยแก้ไขปัญหา และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการแสดงความรักความห่วงใย ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข

4. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีสูง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวและคนในชุมชนตระหนักและให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี และเมื่อดูรายข้อพบว่าข้อที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุดคือ ท่านรับรู้ว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานของรัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน เช่น กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ในวันผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการแสดงความเคารพและรำลึกถึงผู้สูงอายุ ในฐานะปูชนียบุคคลในชุมชน และข้อที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด คือ ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ในการจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านให้เหมาะสม ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสำรวจความเร่งด่วนและ

ความจำเป็นในการปรับปรุงบริเวณบ้านของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขห้องน้ำให้เหมาะสมกับสภาพความพิการของร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีต่อไป ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิญญาณและการสนับสนุนจากสถาบันศาสนา รวมถึงการวิจัยที่ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้เข้าใจถึงความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดีในกลุ่มที่มีภูมิหลังทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งผู้สนใจที่จะทำการศึกษาครั้งต่อไปควรจะมีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วย เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่มีความละเอียดครบถ้วน และสมบูรณ์มากขึ้น

3. ผู้วิจัยเห็นควรมีการศึกษาเรื่องนี้ต่อไป โดยเปลี่ยนกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามุ่งเน้นที่กลุ่มผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ทำให้กลุ่มข้อมูลแคบ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณาสุ่มเลือกประชากรที่มาจากพื้นที่ที่หลากหลายแตกต่างกัน แล้วนำมาเปรียบเทียบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายดี

เอกสารอ้างอิง

1. พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). นนทบุรี:สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาต(สช.); 2556.
2. พระชาย อภินนโท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุในชมรมปฏิบัติธรรม 24น. จังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ปราจีนบุรี: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย; 2561.
3. พระไพศาล วิสาโล. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. กรุงเทพฯ: บริษัทด็อคคิวเอ็กซ์เปิร์ท เอเชีย จำกัด; 2559.
4. ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
5. สารภี รังสีโกศัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย และภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
6. สายสิริ อิสรชาญวาณิชย์. ตายดี เตรียมได้ การวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: http://www.thaigoodgood.com
7. สุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สกุลพรรณ์, หรรษา เศรษฐบุปผา. สัมพันธภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช. พยาบาลสาร. 2563; 3:240-52.
8. สุวรรณา วุฒิรณฤทธิ์. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544.
9. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAgeMonth.php
10. Bossuyt N, Van den Block L, Cohen J, Meeussen K, Bilsen J, Echteld M, Van Casteren V. Is individual educational level related to end-of-life care use? Results from a nationwide retrospective cohort study in Belgium. J Palliat Med. 2011;14(10):1135-41.
11. Corr CA. A task-based approach to coping with dying. OMEGA J Death Dying. 1992;24(2):81-94.
12. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end-of-life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. 2010;340:c1345.
13. Douglas R, Brown HN. Patients' attitudes toward advance directive. J Nurs Scholarsh. 2002;34(1):61-5.

14. Dunkel-Schetter C. Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. J Soc Issues. 1984;40(4):77-98.
15. Kalish RA. Older people & grief. Generations, J Am Soc Aging. 1987;11(3):33-8.
16. Khawar M, Aslam N, Aamir S. Perceived social support and death anxiety among patients with chronic disease. Pak J Med Res. 2013;52(3):75.
17. Morrow A. Reviewing and reconciling your life before you die [Online]. 2023 [cited 2024 Jul 5]. Available from: https://www.verywellhealth.com/the-five-stages-of-life-review-1132503
18. Robijn L, Deliens L, Rietjens J, Pype P, Chambaere K. Barriers in the decision making about and performance of continuous sedation until death in nursing homes. Gerontologist. 2020;60(5):916-25.
19. Tenzek KE, Depner R. Still searching: a meta-synthesis of a good death from the bereaved family member perspective. Behav Sci. 2017;7(2):25.
20. Yamane Y. Mathematical formulae for sample size determination. J Math. 1967; 1:1-29.
21. Zhao J, et al. How do cohabitation and marital status affect mortality risk? Results from a cohort study in Thailand. BMJ Open. 2022;12(9): e062811.
22. Zhou Y, Xu W. The mediator effect of meaning in life in the relationship between self-acceptance and psychological wellbeing among gastrointestinal cancer patients. Psychol Health Med. 2019;24(6):725-31.

ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ "Easy Splint Care" ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

The Effect of Animated learning media on The Effects of using Line application “Easy Splint Care” on the Knowledge of Splint care among client of Orthopedic Outpatient Department at Bhumibol Adulyadej Hospital.

(Received: November 28,2024 ; Revised: December 3,2024 ; Accepted: December 4,2024)

ดวงพร ชาศรี[1] ชัชรชัย ทองเชื้อ[2] ภัทรพงษ์ สิงหรักษ์[3]
Duangporn Chasri[1] Chatcharachai Thongchuea[2] Pattaraphong Singharuk[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยทดลอง (Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care”กับแผ่นพับให้ความรู้ของห้องเฝือกต่อระดับความรู้การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของเอดการ์ เดล (Edgar Dale ,1996)คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 52 คน จากผู้ป่วยที่ใช้บริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ที่ใส่เฝือกของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 คน และ กลุ่มทดลอง 26 คน โดยกลุ่มควบคุมใช้แผ่นพับให้ความรู้ห้องเฝือก จำนวน 26 คน และกลุ่มทดลองจะใช้แอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” จำนวน 26 คนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18-29 มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับสื่อแผ่นพับและสื่อแอปพลิเคชันไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับแผ่นพับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : เฝือก ความรู้ แอปพลิเคชันไลน์ ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์

ABSTRACT

This experimental research aimed to compare the effectiveness of the LINE application "Easy Splint Care" with printed pamphlets in improving knowledge levels regarding post-splint care among patients in the orthopedic outpatient department of Bhumibol Adulyadej Hospital. The study was guided by Edgar Dale's theory (1996) on instructional design. A sample of 52 patients was selected and divided into two groups: a control group (n=26) which received knowledge through printed pamphlets, and an experimental group (n=26) which used the LINE application "Easy Splint Care". Data collection utilized a questionnaire assessing knowledge of post-splint care, conducted between March 18-29, 2024. Statistical analysis included percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and independent t-tests.

Results indicated significant improvements in knowledge scores for both groups after exposure to the educational materials. Importantly, the experimental group using the LINE application showed significantly higher post-intervention knowledge scores compared to the control group ($p < 0.05$).

Keywords: Splint care, patient education, LINE application, orthopedic outpatient department

[1] อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ
[2] พยาบาลวิชาชีพ กองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารอากาศ
[3] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทนำ

ปัจจุบันการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรถือเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าแต่ละปีทั่วโลกมีผู้บาดเจ็บและพิการกว่า 50 ล้านคน[1] และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย คือ กระดูกหักและอวัยวะพบมากที่สุด ได้แก่ กระดูกขาหักร้อยละ 30–40 จากการบาดเจ็บทั้งหมด จากสถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวนผู้บาดเจ็บกระดูกหักสูงต่อเนื่อง ตามสถิติการเกิดอุบัติเหตุในปี พ.ศ.2561 มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ 79,072 ราย เสียชีวิต 3,426 ราย เกิดความสูญเสียที่คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจราว 5 แสนล้านบาทต่อปี [2] นอกจากนี้ พบว่ามีการบาดเจ็บกระดูกหักจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนมีมากถึงร้อยละ 92 และพบว่ามากกว่า ร้อยละ 50 เป็นผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการหกล้ม แต่มีความกลัวต่อการหกล้ม[3] โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น การเดิน การมองเห็น โรคเรื้อรัง เป็นต้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น ไม่มีราวจับ และปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกายสวมใส่รองเท้าไม่พอดี และรับประทานยาหลายตัว[4]

การบาดเจ็บกระดูกหักเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของกลุ่มผู้รับบริการออร์โธปิดิกส์ที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก[5] ซึ่งสอดคล้องกับสถิติในการเข้ารับบริการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีจำนวนผู้เข้ารับบริการกองออร์โธปิดิกส์ ทั้งสิ้นจำนวน 41,864 50,483 และ 59,103 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีจำนวนผู้รับบริการที่ได้รับบริการกิจกรรมการใส่เฝือกทั้งสิ้น 3,412 2,917 และ 3,132 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.15 5.78 และ 5.30 ตามลำดับ เฉลี่ยการให้บริการใส่เฝือกเดือนละ 191 ครั้ง[6] จากสถิติดังกล่าว พยาบาลผู้ให้บริการมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการใส่เฝือก เนื่องจากยุคปัจจุบันบทบาทในการทำหัตถการใส่เฝือก สภาการพยาบาลให้การรับรองให้พยาบาลมีหน้าที่ ใส่เฝือกชั่วคราวได้ในปี พ.ศ.2560[7] อย่างไรก็ตามภายหลังใส่เฝือกผู้รับบริการต้องกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและดูแลตนเองต่อที่บ้าน และต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถ้าผู้รับบริการขาดความเข้าใจในการดูแลตนเอง หรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกายหลงเหลืออยู่เป็นเวลานานหลายเดือน ผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับบริการใส่เฝือก ณ ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สุขสบายจากการปวด เฝือกหลวมหลุดง่าย ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและเปลี่ยนเฝือก ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทั้งวัสดุอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการใส่เฝือกมีวิธีการใส่ที่ค่อนข้างยุ่งยาก หากไม่สามารถจัดการให้ดีจะเกิดผลกระทบต่อการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น กระดูกไม่ติดหรือกระดูกติดล่าช้า เป็นต้น[8]

การช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวเปลี่ยนผ่านจากภาวะความเจ็บป่วยไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีตามเดิมต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ ดังแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ[9] ที่อธิบายว่า การเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (personal condition) ชุมชน (community condition) และสังคม (society condition) ซึ่งการศึกษาในผู้รับบริการที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกและข้อหัก พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัว ด้านร่างกายของผู้รับบริการ ได้แก่ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม[10] การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ภายหลังการใส่เฝือกเริ่มจากการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เพราะความรู้เรื่องสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการปรับตัวเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมาย คือ การฟื้นตัวของร่างกายเนื่องจากผู้รับบริการจำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจนกว่าจะถอดเฝือก การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหากผู้รับบริการมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปดี จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายที่ดีกว่าผู้รับบริการที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี

ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่มีความสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้รับบริการบาดเจ็บกระดูกและข้อที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เฝือก[11] และในขณะเดียวกันผู้รับบริการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจะมีการฟื้นตัวที่ดี โดยพบว่าผู้รับบริการกระดูกและข้อหักและได้รับการผ่าตัดในระยะพักฟื้นหลังจำหน่าย 1-3 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองดีขึ้น หลังได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลโดยพยาบาล[9] นอกจากนั้น ผู้รับบริการกระดูกและข้อที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เฝือกที่มีการให้ข้อมูลด้านการรักษาการดูแลของบุคลากรหรือทีมสุขภาพและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ดี สามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติในระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลและการให้ข้อมูลที่ดีจะช่วยทำให้ผู้รับบริการมีการฟื้นตัวเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนและกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ในปัจจุบันสื่อการให้ความรู้มีความทันสมัยและมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น รูปภาพ วีดีทัศน์ แผ่นพับ โปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ และอื่นๆ จากงานวิจัยการศึกษาพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมาก เนื่องจากใช้งานง่ายได้รับความนิยมในทุกช่วงวัยสื่อสารข้อมูลได้หลายรูปแบบ มีสีสันสวยงาม สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา[12] และมีการศึกษาผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา[13] พบว่าการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ รูปภาพการ์ตูน มีข้อความที่เป็นประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย สามารถทำให้ผู้ใช้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของแอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารยุคปัจจุบัน[14] พบว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งเทคโนโลยีเพื่อใช้ประโยชน์ต่อการศึกษาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสามารถทำได้สะดวกและรวดเร็ว เช่น ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรืออื่น ๆ ซึ่งเรียนรู้จากสื่อต่าง ๆ ด้วยตนเองจะสามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องนั้นได้ตามแนวคิดทฤษฎีกรวยประสบการณ์ (Cone of experiences) ของเอดการ์เดล[15] ที่อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการการเรียนรู้ว่าเกิดขึ้นจากประสบการณ์ผ่านการรับรู้ทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดความคิดและการเรียนรู้ผ่านสื่อต่าง ๆถ้าผู้รับบริการได้ดูสื่อที่เป็นภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบ จะทำให้ผู้รับบริการมีการเรียนรู้ในการเข้าถึงข้อมูลได้มากกว่าการอ่าน การท่องจำ นอกจากนั้นการใช้ภาพและเสียงช่วยทำให้สื่อน่าสนใจและจะเพิ่มความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ ได้มากยิ่งขึ้น

ทฤษฎีของโรเบิร์ต กาเย่ (Robert Gagne) ผู้นำแนวคิดและทฤษฎีการสอนที่มีชื่อว่า ทฤษฎีเงื่อนไขการเรียนรู้ (Condition of Learning) หลักการสอน 9 ขั้นตอนนับเป็นการสอนที่ได้รับความยินยอมอย่างกว้างขวางสำหรับการเรียนการสอนโดยเฉพาะกับการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ ซึ่งช่วยให้บทเรียนออนไลน์มีประสิทธิภาพและเข้าถึงผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการเร่งเร้าความสนใจ มีการจูงใจ จัดสภาพแวดล้อมหรือใช้สื่อการเรียนการสอน เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้รับบริการ การบอกวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบถึงความคาดหวังและสิ่งที่ผู้รับบริการต้องปฏิบัติได้ เมื่อจบบทเรียน จากการทบทวนความรู้เดิม, การถามตอบ, การทำข้อสอบ Pre-test, การนำเสนอเนื้อหาใหม่, การชี้แนะแนวทางการเรียนรู้, การกระตุ้นการตอบสนองบทเรียน, การให้ข้อมูลย้อนกลับการทดสอบความรู้ใหม่, การสรุปและนำไปใช้ จะเห็นได้ว่าแนวคิดและทฤษฎีของโรเบิร์ต กาเย่(Robert Gagne) เหมาะสำหรับการทำวิจัยในรูปแบบการใช้สื่อการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความรู้ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนสมัยใหม่

ในปัจจุบันห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ยังไม่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกในรูปแบบของแอปพลิเคชันไลน์ มีเพียงการให้คำแนะนำจากพยาบาลประจำห้องเฝือกและแผ่นพับให้ความรู้ ซึ่งแผ่นพับเป็นสื่อการให้ความรู้ที่มีความน่าสนใจน้อย เนื้อหาไม่อัพเดต อีกทั้งยังสิ้นเปลืองทรัพยากร

กระดาษ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการนำแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care”มาเป็นวิธีการให้ความรู้และความเข้าใจแก่ผู้มารับบริการใส่เฝือก ให้สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาตามความต้องการอีกทั้งยังทำให้ผู้มารับบริการเห็นถึงความสำคัญและทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ควรมาพบแพทย์ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตประจำวันทั่วไปของผู้มารับบริการ รวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้และช่วยเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” ของผู้รับบริการที่ได้รับการใส่เฝือกโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ของผู้รับบริการที่ได้รับการใส่เฝือกโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” และกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ผ่านแผ่นพับ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยแบบทดลอง (Experimental Research) ซึ่งจะมีการศึกษาผู้เข้าร่วมงานวิจัย สองกลุ่ม (Two group pretest posttest design) โดยมีการวัดคะแนนความรู้จากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ซึ่งจะมีการวัดคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่ได้รับการใส่เฝือกมารับการรักษาที่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่ได้รับการใส่เฝือกมารับการรักษาที่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างคนแรกที่มารับบริการเป็นผู้สุ่มจับฉลาก เพื่อให้ได้กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง จากนั้นจะทำการเก็บข้อมูลตามที่สุ่มจับฉลากได้จนครบตามจำนวนและจากนั้น 1 สัปดาห์ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการอีกกลุ่มจนครบตามเป้าหมาย โดยทำการสุ่มอย่างง่ายพบว่า ในสัปดาห์แรกได้กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองในสัปดาห์แรกจนครบ จำนวน 26 คนและเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ถัดไปจนครบ 26 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้รูปแบบโปรแกรมการคำนวณสำเร็จรูป G-Power โดยกำหนดค่าอำนาจทดสอบ(Power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 และกำหนดอิทธิพล (Effect size) อ้างอิงมาจากการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบร่วมมือโดยใช้วิธีการแข่งขันทีมเกมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในรายวิชาความรู้รวบยอดทางการพยาบาลมารดาและทารกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 52 คน นำมาแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้เท่ากันจะได้กลุ่มทดลอง(Experimental group) 26 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ สื่อแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” และสื่อแผ่นพับ การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกมีเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของเฝือก ชนิดของเฝือกและประเภทของเฝือก วิธีการดูแลตนเอง ขณะที่ใส่เฝือกอาการผิดปกติจากการใส่เฝือก ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์และสื่อแผ่นพับมีเนื้อหาที่ไม่แตกต่างกันมาก โดยสื่อแอปพลิเคชันไลน์มีข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังการใส่เฝือกและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ครอบคลุมและทันสมัยรวมถึงมีรูปแบบในการนำเสนอที่แตกต่างกัน ดังนี้

สื่อแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” มีลักษณะเป็น Rich menu (ริชเมนู) แบบปุ่มเมนูบนหน้าแชทของ Line Application ซึ่งจะประกอบด้วย 6 หัวข้อ ดังนี้ 1) ความหมายของเฝือก 2) ชนิดของเฝือก 3) การดูแลเฝือก 4) อาการผิดปกติ 5) วีดิโอความรู้การดูแลเฝือก 6) ช่องทางติดต่อสอบถาม

สื่อแผ่นพับ เรื่องการปฏิบัติตัวหลังการใส่เฝือก มีลักษณะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ ในรูปแบบกระดาษแผ่นเดียวพับเป็นหลายๆ หน้า มีข้อความเนื้อหาสาระสั้น ๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์และพัฒนาข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจ รายการ (Check list) โดยได้สร้างแบบสอบถามขึ้น จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษาสูงสุดบริเวณที่ใส่เฝือก จัดทำในรูปแบบเติมคำและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เฝือก มีรูปแบบลักษณะชนิดสองตัวเลือกแบบถูกหรือผิด จำนวน 20 ข้อ เพื่อใช้ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยเนื้อหาแบบสอบถามมีขอบเขต ดังนี้ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเฝือก จำนวน 5 ข้อ 2) การดูแลเฝือก 10 ข้อ 3) อาการผิดปกติ 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข จำนวน 3 ท่าน แล้วปรับแก้ข้อที่ผิดหรือข้อที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหาข้อความชัดเจนและภาษาที่ใช้ เพื่อให้แบบประเมินที่มีเนื้อหาถูกต้องและชัดเจน ดำเนินการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามแต่ละข้อกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ หรือ IOC ได้เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกและสื่อแอปพลิเคชันไลน์ เรื่อง Easy Splint Care ให้ผู้มารับบริการที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ KR – 20 ได้เท่ากับ 0.62

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศและทำเอกสารรับรองโครงการวิจัยถึงคณะกรรมการจริธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขอดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลรับบริการ ณ ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ เสนอผู้อำนวยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการ ระยะเวลา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการจัดกิจกรรมดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากที่ได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และได้ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ตามความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้มารับบริการที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยให้ผู้เข้าร่วมทำการวิจัยคนแรกที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งตรงตามเกณฑ์ของงานวิจัย สุ่มจับฉลากเพื่อหากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม จากนั้นให้ทำแบบประเมินความรู้ (pre-test) เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก จำนวน 20 ข้อ โดยใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 10 นาที

5. หลังทำแบบประเมินความรู้ (pre-test)ให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” หรือสื่อแผ่นพับ เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 15 นาที

6. ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินความรู้ (post-test) เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกจำนวน 20 ข้อ โดยใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 15 นาที

7. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

8. ผู้ทำวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม นำข้อมูลทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยได้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของลุ่มตัวอย่าง เช่น ความถี่ ((Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Average), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังที่ได้ศึกษาข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ และแผ่นพับ ด้วยสถิติ Parametric Statistics (Independent t-test)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และมีการรับรองจริยธรรมการวิจัย เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB No.30/67 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับบริการที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีอายุตั้งแต่น้อยกว่า 19 ปี ไปถึงอายุ 60 ปี มีจำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 รายและกลุ่มทดลอง 26 ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.58 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 65.38 ในกลุ่มทดลอง) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 21-60 ปี (ร้อยละ 96.15 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 92.31 ในกลุ่มทดลอง) จบการศึกษาในต่ำกว่าปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.38 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 57.69 ในกลุ่มทดลอง) และบริเวณที่ใส่เฝือกของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ที่บริเวณขาทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 65.38 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 80.77 ในกลุ่มทดลอง) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างผู้เข้าร่วมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square พบว่าสัดส่วนของเพศ อายุ และบริเวณที่ใส่เฝือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ระดับการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เนื่องจาก กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มทดลอง สรุปได้ว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเพศ อายุ ระดับการศึกษา บริเวณที่ใส่เฝือกไม่แตกต่างกัน

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับสื่อแผ่นพับเท่ากับ 14.27 (SD = 2.07) และ 16.54 (SD = 1.17) ผู้วิจัยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก กลุ่มควบคุมที่หลังได้รับสื่อแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่อง Normality พบว่า การแจกแจงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ (กลุ่มควบคุมก่อนทดลอง : พิจารณาค่าSkewness และ Kurtosis = .919, = .396 และหลัง ทดลอง Skewness และKurtosis = .421, = .505)

ผลการวิเคราะห์ Paired-Samples t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับสื่อแผ่นพับ พบว่า ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้เข้าร่วมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับสื่อแผ่นพับเท่ากับ14.27 (SD=1.17) และคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม หลังได้รับสื่อแผ่นพับเท่ากับ 16.57 (SD=1.17) สามารถสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นหลังได้รับสื่อแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับแอปพลิเคชันไลน์ Easy Splint Care เท่ากับ 12.62 (SD = 2.87) และ 18.15 (SD = 1.46)

ผู้วิจัยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก กลุ่มได้รับแอปพลิเคชันไลน์ “Easy plint Care” การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในเรื่อง Normality พบว่าการแจกแจงปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ (กลุ่มทดลอง : พิจารณาค่า Skewness และ Kurtosis = .107, = .913 และหลังทดลอง Skewness และ Kurtosis = .788, = .080)

ผลการวิเคราะห์ Paired-Samples t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” พบว่า ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนได้รับแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” เท่ากับ 12.62 (SD=2.87) และคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” เท่ากับ 18.15 (SD=1.46) สามารถสรุปได้ว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังได้รับแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 26)

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก	ก่อนทดลอง (n=26)		หลังทดลอง (n=26)		t	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
กลุ่มควบคุม	14.27	2.07	16.54	1.17	7.938	.001
กลุ่มทดลอง	12.62	2.87	18.15	1.46	8.783	.001

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ18.15 (SD = 1.46), 16.54 (SD = 1.17)

ผู้วิจัยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก กลุ่มควบคุมหลังได้รับสื่อแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในเรื่อง Normality พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการแจกแจงแบบปกติ (กลุ่มควบคุม : พิจารณาค่า Skewness และ Kurtosis = .147, = .567 และกลุ่มทดลอง Skewness และ Kurtosis = .561, = .558)

ผลการวิเคราะห์ Independent T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 18.15 (SD = 1.46) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 16.54 (SD = 1.17) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความรู้พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ของผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 52)

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก	กลุ่มควบคุม (26คน)		กลุ่มทดลอง (26คน)		t	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ก่อนทดลอง	14.27	2.07	12.62	2.87	4.20	.021
หลังทดลอง	16.54	1.17	18.15	1.46	4.39	.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับสื่อเป็นแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care”มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเรื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังที่ได้รับความรู้จากเอกสารความรู้ “แผ่นพับ” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้จากรูปแบบการเรียนรู้ของ เอดการ์ เดล และ โรเบิร์ต กาเย่ ซึ่งช่วยเสริมความเข้าใจในการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและความรู้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ความคิดและการกระทำเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้และสื่อในรูปแบบภาพนิ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าใจ และเป็นผลดีในการให้การศึกษา รวมไปถึงในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมีประสิทธิภาพและยังสะดวกสบายต่อผู้เรียนรู้เป็นอย่างมาก จึงได้ใช้สื่อรูปแบบต่าง ๆเพื่อให้ผู้เรียนรู้ได้ศึกษาเรียนรู้ที่ดี ซึ่งผู้ทำวิจัยได้จัดทำสื่อแอปพลิเคชัน รูปแบบ Line OA “Easy Splint Care”เพื่อให้ผู้รับบริการสะดวกสบาย และสามารถเรียนรู้ได้ในทุกสถานการณ์ เหมาะกับรูปแบบการเผยแพร่ความรู้ในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความรู้ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับรูปแบบการเผยแพร่ความรู้และจาการศึกษา

ผลงานวิจัยเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และความเข้าใจมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้สื่อรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์[13] สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ว่า คะแนนความรู้การปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก ของกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้จากการเรียนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้จากเอกสารความรู้ “แผ่นพับ” เรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกและในขณะเดียวกันยังมีงานวิจัย เรื่อง การใช้แอปพลิเคชันไลน์ "COVID Check" ต่อความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจ่าอากาศ ปีการศึกษา 2565[12] พบว่า ผู้เข้าร่วมทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์ "COVID Check" มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจ่าอากาศ ยังแสดงให้เห็นว่าการใช้แอปพลิเคชั่นไลน์สามารถส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในด้านเนื้อหาความรู้ และยังสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็วอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีกรอบเวลาที่จำกัดจึงใช้ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดกิจกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น ในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรเพิ่มระยะเวลาติดตามหลังการทดลองเป็น 1 เดือนหรือมากกว่านั้น ตามเวลาที่เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลจากการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “Easy Splint Care” ในตัวแปรอื่น ได้แก่ ความมั่นใจของในการดูแลเฝือกของผู้รับบริการหรือพฤติกรรมการดูแลเฝือกของผู้รับบริการเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยการสนับสนุนจาก นาวาอากาศตรีหญิงวิกานดา วิริยานุภาพพงศ์ ซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งพันจ่าอากาศเอกโรจนศักดิ์ ทองหลอม พันจ่าอากาศเอกธนโชติ โชคดี พันจ่าอากาศเอกชัยวัฒน์ แก่นโพธิ์ พันจ่าอากาศเอกธนกร สุขดี พันจ่าอากาศเอกสรายุทธ บุญหล่า พันจ่าอากาศเอกกิตติคุณ แก้วดำ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. พนิดา ไกรนรา. (2566). ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่ภาวะคุกคามชีวิตของผู้บาดเจ็บรุนแรง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์.สืบค้นเมื่อ 28 ม.ค. 2567 จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/262323/178610
2. สำนักนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. (2566). ข้อมูลอุบัติเหตุจราจร. สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2567 จาก https://data.go.th/dataset/gdpublish-tcnap-accident
3. เอมอร ส่วยสม. (2566). ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแก้งคร้อจังหวัดชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38(3) : 689-699.
4. เมทินี ศรีสุบิ. (2567). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน : บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(1) : 748-758.
5. Mitchell SE, Aitken SA, Court-Brown CM. The epidemiology of fractures caused by falls down stairs. International Scholarly Research Notices. 2013;2013(1):370340.
6. แผนกทะเบียนเวชสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. รายงานสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปี 2565-2566. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
7. สภาการพยาบาล. (2564). ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2564 ส่วนที่ 2 การทำหัตถการ ข้อที่ 9.14 หน้า 31 : สภาการพยาบาล
8. วีรนุช ไตรรัตโนภาส. (2563). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหักที่ ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 26(3) : 110-121.
9. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in nursing science. 2000 Sep 1;23(1):12-28.
10. Leelertmongkolkul W, Danaidutsadeekul S, Chanruangvanich W, Udomkiat P. The relationship between body mass index, pain, social support and the activity daily living during recovery phase in hip arthroplasty patients. Nursing Science Journal of Thailand. 2013;31(2):26-37.
11. Eurenius E, Stenström CH, PARA Study Group. Physical activity, physical fitness, and general health perception among individuals with rheumatoid arthritis. Arthritis Care & Research. 2005 Feb 15;53(1):48-55.
12.วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์. (2566). ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check”ต่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด- 19 ในนักเรียนจ่าอากาศ ปีการศึกษา 2565. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(3) : 1,023-1,034
13. สุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจน์และพาจนา ดวงจันทร์. (2561). การประยุกต์ใช้สื่อสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านเหรียงงาม. โรงพยาบาลศรีบรรพต. สืบค้นเมื่อ 30 ม.ค. 2567 จาก https://ptho.moph.go.th /ptvichakarn66/uploads/86348_0302_20230727064913.pdf
14. ขวัญฤดี ฮวดหุ่น. (2560). อิทธิพลของแอพพลิเคชั่นไลน์ในการสื่อสารยุคปัจจุบัน วารสารศิลปะการจัดการ, 1(2) : 75-88.
15. Dale, Edgar. (1996). Audiovisual Methods in Teaching 3rd. USA : New York. Retrieve. From https://edtechbooks.org/pdfs/print/lidtfoundations/edgar_dale.pdf

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.6 November - December 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART II

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยง 307
อภิชา น้อมศิริ ,วิศรี วายุรกุล ,อลิสสา รัตนตะวัน

ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 318
เสาวนีย์ จันทนบุบผา ,นรุตม์ พรประสิทธิ์

ผลของสื่อการสอนในรูปแบบแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” ต่อความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 326
ชลินทรา วรรณภักตร์ ,จิรปรียา โรจนเกียรติปรีดา ,ฐิติรัตน์ มูลมงคล

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี **335**
มยุรี คนยัง

การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนพลาสติกยานยนต์ 346
วรพล สงชุม ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช ,นันท์นภัสร อินยิ้ม ,โกวิท สุวรรณหงษ์ ,วัฒนา จันทะโคตร

ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ 355
นริศ คมจิตร

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 366
ลกช พิริยะ

ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 375
อัมพร พรชยากร

การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 384
ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ ,สรรปกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์

การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง 394
อิสรา มิตรช่วยรอด ,เพ็ญ สุขมาก

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 404
รังสินี วันยาว

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 412
มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง

ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-256 421
จุฑามาศ ปัททุม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรังด้วยบริการการแพทย์แผนไทยในผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน 430
จุฑารัตน์ ว่องกิดาการ ,เกษร สำเภาทอง ,กิตรวี จิรรัตน์สถิต

การศึกษาการวางแผนตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดและลักษณะทางสังคมแม่วัยรุ่น โรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2564 439
กุสุมา มีศิลป์ ,พงศ์ศิริ ชิดชม ,อนัญญาลักษณ์ สุดชารี ,สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัย 446
เบ็ญจวรรณ ทอดเสีย ,สุนทรี เยื้องเจริญ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 455
เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์ ,ศิริวรรณ สิงหศิริ ,นงค์นุช โฮมหงษ์

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ 464
สุรางค์รัตน์ อ่อนดี

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 472
กมลวรรณ เตชะฟอง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพร 483
มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์ ,ฤทธี เพ็ชรนิล ,วิษณุ อนิลบล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 493
ดังการ พลลาภ ,ศิราณี ศรีหาภาค ,ประครอง ขันบำรุง

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี 504
ไกรวุฒิ ศรีจันทร์ ,รัชณีย์ วรรณขาม

ผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร 512
จรรจิรา กางทอง

การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร ด้วยเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 519
ธวัชชัย รักษานนท์ ณัฐธิดา ชำนิยันต์

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 530
วไลลักษณ์ สีละพัฒน์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร 540
เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น ,พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์ ,ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ ,ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันความรุนแรงของการดำเนินโรคหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 551
พจนาฏ ศรีธรรมมา

ความชุกและการกระจายตัว ของการติดเชื้อ Human papillomavirus High Risk Group ของสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี 562
กมล วิสุวรรณ

การพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 569
จุฑารัตน์ แวดล้อม

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinในคลินิก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 579
อาภรณ์ ดีอันกอง

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 30 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 6) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การเรียนการสอนห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน ความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการขยะ การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุม ความดันโลหิต การสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ การพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาล การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย แอปพลิเคชันไลน์ "Easy Splint Care" ความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 การสอนในรูปแบบแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหาร การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย การพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร การป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพร การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความต้องการระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์เพื่อรายงานการรักษา การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยง

Relationships between Selected Factors of Individual Beliefs and Preventive Behavior from Fine Particulate Matter ($PM_{2.5}$) Among Elderly People in Risk Areas.

(Received: November 28,2024 ; Revised: December 3,2024 ; Accepted: December 4,2024)

อภิชา น้อมศิริ[1] วิศรี วายุรกุล[1] อลิสสา รัตนตะวัน[2]
Aphicha Nomsiri[1] Wisree Wayurakul[1] Alissa Ratanatawan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยง จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง .868 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณณา และวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ผลจากการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเอง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ.001 ตามลำดับ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันฝุ่น $PM_{2.5}$ ผู้สูงอายุ

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the relationship between selected factors of individual beliefs and preventive behaviors from fine particulate matter ($PM_{2.5}$) among 400 elderly individuals residing in risk areas. The research employed an online questionnaire based on the Health Belief Model, with a Cronbach's alpha reliability coefficient of .868. Data were analyzed by descri ptive statistics and Pearson correlation coefficient.

The study revealed that perceived barriers to self-protection, perceived benefits of self-protection, and perceived self-efficacy in preventive behaviors were positively correlated with self-protective behaviors against $PM_{2.5}$ exposure, with statistical significance at levels of .05, .01, and .001, respectively. Conversely, the perceived risk of disease occurrence was negatively correlated with preventive behaviors against $PM_{2.5}$ exposure, with statistical significance at the .05 level. However, the perceived severity of disease occurrence showed no significant relationship with preventive behaviors against $PM_{2.5}$ exposure.

Keywords: Health Belief Model, Preventive Behavior, Fine Particulate Matter, $PM_{2.5}$, Elderly

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
[2] อาจารย์ ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

วิกฤตมลพิษเป็นปัญหาสำคัญทางสิ่งแวดล้อมที่ทั่วโลกกำลังเผชิญกันอยู่รวมถึงประเทศไทย โดยหนึ่งในปัญหามลพิษต่าง ๆ มลพิษทางอากาศถือเป็นมลพิษที่กำลังส่งผลกระทบกับประชาชนในประเทศโดยเฉพาะปัญหาจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) หรือฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ หรือฝุ่น $PM_{2.5}$ เนื่องจากยังคงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่ทุกปี และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พื้นที่ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี และ พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางบางพื้นที่ในช่วงฤดูแล้งของทุกปี ซึ่งสาเหตุมาจากปัญหาไฟป่า และการเผาในที่โล่ง เช่น การเผาเศษวัชพืชและเศษวัสดุทางการเกษตร การจราจร ภูมิประเทศ และภาวะความกดอากาศสูงทำให้เกิดสภาวะอากาศปิด จึงทำให้ความรุนแรงของปัญหาเพิ่มขึ้น[1]

อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เป็นพื้นที่หนึ่งในเขตปริมณฑล มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง อีกทั้งที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาดังกล่าว ถึงแม้ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษจะไม่มีข้อมูลในเขตอำเภอลำลูกกาโดยตรงแต่ผู้วิจัยได้พิจารณาจากข้อมูลใกล้เคียง ได้แก่ จุดตรวจวัดฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ (20T) บริเวณมหาวิทยาลัยกรุงเทพวิทยาเขตรังสิต ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี และ จุดตรวจวัดฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ (22T) บริเวณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี ซึ่งพบว่าในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนกุมภาพันธ์ มีค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งอยู่ในช่วง 55-74 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร[2] หากประชาชนได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเสี่ยงทั้งเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ หอบหืด เป็นต้น[1]

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในสังคมผู้สูงอายุ ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ[3] กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยในปัจจุบัน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 มีผู้สูงอายุอยู่จำนวนทั้งสิ้น 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 จากจำนวนประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข[1] ในข้างต้นก็ระบุว่าผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ และควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสอากาศที่มีฝุ่นละออง เพราะอาจจะได้รับอันตรายจากสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ที่เกินค่ามาตรฐาน เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่จำเพาะ อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนมากมักมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังร่วมอยู่ด้วย เมื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงสูดหายใจเอาฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ เข้าไป ฝุ่นดังกล่าวจะเข้าสู่ระแสเลือดได้โดยตรงและส่งผลกระทบต่อร่างกายได้อย่างคาดไม่ถึง[4] นอกจากนี้ ผลจากการศึกษาในต่างประเทศ ได้มีการประมาณค่าการตายของกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดจากการรับสัมผัสกับมลพิษทางอากาศหรือฝุ่น มีอัตราประมาณ 10:1,000 ในแต่ละปี โดยในกลุ่มผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของปอดและปัญหาโรคหัวใจ ทำให้มีความเสี่ยง ต่อสุขภาพจากการสัมผัสกับฝุ่นมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของ ระบบป้องกันของปอดจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น[1]

จากสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น ยังไม่พบการศึกษาเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็น

หนึ่งในกลุ่มเสี่ยง อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ เลขา ดีแท้[5] ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันฝุ่นกับภาวะสุขภาพของพนักงานโรงโม่หิน โดยมีการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบในการประเมินความรู้ ทัศนคติ ผลการวิจัยพบว่า พนักงานโรงโม่หินมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันฝุ่นหินในระดับสูง มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากฝุ่นหินในระดับสูงมาก มีพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นหินในระดับสูง และส่วนใหญ่พบความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากฝุ่นหินมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพนักงานโรงโม่หินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eta=. 374, P<.01) แสดงว่าทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากฝุ่นหินเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญประการหนึ่งในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของพนักงานโรงโม่หิน

สมฤกษ์ กาบกลาง และคณะ[6] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 63.1) การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.5) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.5) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 53.9) และการรับรู้การคุกคามจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 67.5) นอกจากนี้ยัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.7)

อังศินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[7] พบว่า พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) โดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 โมเดลอิทธิพลเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การตัดสินใจป้องกันสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจาก $PM_{2.5}$ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ ผลการเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันฯ

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย[8] พบว่า ปัจจัยลักษณะประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และพื้นที่ที่อยู่อาศัย มีความความสัมพันธ์กับระดับความรู ้ ระดับทัศนคติ ระดับการรับรู้ความเสี่ยงและระดับพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับการรับรู้ความเสี่ยง และระดับพฤติกรรม มีความสัมพันธ์แบบส่งผลต่อกันและกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความเชื่อด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมา ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ยังคงเกิดขึ้นทุกปี ผลการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปสู่การหาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและหาวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุในชาวไทยที่อาศัยอยู่ใน ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 - เดือนพฤษภาคม 2564 ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม เช่น โรคทางสมอง โรคทางระบบประสาท หรือโรคทางจิตเวช เป็นต้น สามารถสื่อสารอ่านและเขียนหรือตอบคำถามภาษาไทยได้ดี มีทักษะพื้นฐานในการใช้ แอปพลิเคชัน line ในการติดต่อสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการเลือกตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวนขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อถือได้ ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน ร้อยละ 5 พบว่าจำนวนตัวอย่างจะต้องไม่น้อยกว่า 391 คน แต่เพื่อให้ง่ายต่อการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงเลือกเก็บข้อมูลเป็นจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[1,9-11] แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรศาสตร์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ลักษณะแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับคะแนน[12] ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง – ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ลักษณะแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับคะแนน[12] ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง – ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองจากผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับคะแนน[12] ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง– ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ลักษณะแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับคะแนน[12] ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง– ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยในแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 ผู้วิจัยจะใช้วิธีเหมือนกันทั้งหมดโดยรวมคะแนนทั้งหมด เพื่อนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การอิงเกณฑ์ ทั้งในกรณีแปลข้อมูลเป็นรายข้อและเกณฑ์การกำหนดระดับคุณลักษณะในการแปลความหมายใช้วิธีการอิงเกณฑ์ในการแปล

ความข้อมูลออกเป็น 3 ระดับ โดยความกว้างของคะแนนแต่ละระดับจะมีคะแนนอันตรภาคชั้นตามแนวคิดของ Best W. John[12] ใช้การคำนวณช่วงชั้นคะแนน คือ

= คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด
จำนวนระดับ

= 5 – 1 / 3

= 1.33

จะได้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยที่แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึงมีการรับรู้ฯ อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึงมีการรับรู้เสี่ยงฯ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงมีการรับรู้ฯ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันตนเองจากผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ลักษณะการวัดจะระบุความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำนั้น ๆ จาก 0 = ไม่มั่นใจเลย จนถึง 10 = มั่นใจมากที่สุด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 10 คะแนนในแต่ละข้อ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง
จากนั้นรวมคะแนนทั้งหมดเพื่อนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การอิงเกณฑ์ ทั้งในกรณีแปลข้อมูลเป็นรายข้อและเกณฑ์การกำหนดระดับคุณลักษณะ ในการแปลความหมายใช้วิธีการอิงเกณฑ์ในการแปลความข้อมูลออกเป็น 3 ระดับ โดยความกว้างของคะแนนแต่ละระดับจะมีคะแนนอันตรภาคชั้น[12] ใช้การคำนวณช่วงชั้นคะแนน คือ

= คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด
จำนวนระดับ

= 10 – 0 / 3

= 3.33

จะได้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยที่แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 6.68 – 10.00 หมายถึงมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนฯ อยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 3.34 – 6.67 หมายถึงมีความสามารถแห่งตนฯ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 3.33 หมายถึงมีความสามารถแห่งตนฯ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือปฏิบัติ ทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้คะแนน 3 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยความกว้างของคะแนนแต่ละระดับจะมีคะแนนอันตรภาคชั้น[12] ใช้การคำนวณช่วงชั้นคะแนน คือ

= คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด
จำนวนระดับ

= 3 – 1 / 3

= 0.66

จะได้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยที่แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.00 หมายถึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 -2.33 หมายถึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.66 หมายถึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนอยู่ในระดับต่ำ

จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบใช้เพื่อตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try – Out) กับผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษาซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงที่กำหนดไว้ จำนวน 50 คน แล้วนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient : α) ได้หาค่าความความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .868

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปสร้างเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) ด้วยโปรแกรม Google Form พร้อมจัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์แนะนำโครงการซึ่งมี Link และ QR Code ในการเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ไว้ในชุมชน โดยผู้วิจัยดำเนินการติดต่อเพื่อประสานงานกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนผู้สูงอายุในพื้นที่ ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้กระจายไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ โดยในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณณา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 (คณะแพทยศาสตร์) รหัสโครงการวิจัย MTU-EC-CF-1-097/63

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.0 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 43.0 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 69.3 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ลูก หลาน หรือผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 90.5 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 73.0 ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยบ้างเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมา คือ มีสุขภาพแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 39.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ คิดเป็นร้อยละ 86.0 และเกือบทั้งหมดมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ในชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 99.2

2. ปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.3 และ 91.8 ตามลำดับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเอง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.0, 87.8 และ 72.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

3. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยง พบว่า อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.7 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ (n = 400)

ระดับการรับรู้	ปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อ) n = 400(					พฤติกรรมการป้องกันตนเอง
	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	การรับรู้ความรุนแรง	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค	การรับรู้ความสามารถ แห่งตน	
สูง	100 (25.0)	345 (86.3)	367 (91.8)	40 (10.0)	100 (25.0)	207 (51.7)
ปานกลาง	300 (75.0)	54 (13.5)	32 (8.0)	351 (87.8)	291 (72.8)	193 (48.3)
ต่ำ	-	1 (0.3)	1 (0.3)	9 (2.3)	9 (2.3)	-

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (r =.115) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (r =.137) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r =.457) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก (r =-.107) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ (n = 400)

ปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$	
	r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	-.107	.032*
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	-.015	.763
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเอง	.137	.006**
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเอง	.115	.021*
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันตนเอง	.457	.000***

* P < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ประเด็นทางประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยงที่น่าพิจารณา คือ กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.0 อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน

สุขภาพตนเอง ในการอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ เนื่องจากระดับการศึกษาถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนัก เกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพและการแสวงหาหนทางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ในด้านการพักอาศัย ส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุมีการพักอาศัยอยู่คนเดียวหรือไม่มีผู้ดูแล หรือพักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุวัยเดียวกัน ดูแลกันเอง (ไม่มีลูกหลานหรือผู้ดูแล) คิดเป็นร้อยละ 9.5 อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94.7 ย่อมเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล

ในด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ในชีวิตประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดที่ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันฯ ถึงร้อยละ 99.2 จากการวิเคราะห์จากสถานการณ์ในช่วงเวลาดังกล่าว อาจมีเหตุผลที่เชื่อได้ว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ในชีวิตประจำวัน อาจมีสาเหตุมาจากในช่วงระยะเวลาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยตรงกับช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีมาตรการรณรงค์จากกระทรวงสาธารณสุขให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้าการ N95 ในประเทศอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ซึ่งถือเป็นผลพลอยได้ของการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูล ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อให้ข้อมูลที่แน่ชัดเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ป้องกันดังกล่าวว่าใช้หน้ากากอนามัยที่ใช้ป้องกันเชื้อโรคหรือใช้หน้ากาก N95 ที่ใช้สำหรับป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ โดยเฉพาะ และในด้านวิธีใช้งานที่ถูกต้อง อีกครั้ง

ในด้านประเด็นปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เสี่ยงที่น่าพิจารณา คือ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง แต่หากพิจารณาแต่ละองค์ประกอบ กลับพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤกษ์ กาบกลาง และคณะ[6] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ของอุปสรรคในการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 53.9 ซึ่งอาจเกิดจากมีการรับรู้ว่าตนเองอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นเวลานานความเสี่ยงจากจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ส่งผลให้อาจเกิดความเคยชินกับการใช้ชีวิตท่ามกลางมลพิษจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ สอดคล้องกับการศึกษาของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย[8] ที่พบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงสูงมากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตปริมณฑล รวมถึงประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตปริมณฑลมีระดับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพต่ำมากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากประสบการณ์ของประชากรที่อาศัยอยู่พื้นที่กรุงเทพมหานครด้วยเช่นกัน เนื่องจากประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครประสบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ มาเป็นเวลานาน ทำให้มีการเรียนรู้ มีความรู้สึกนึกคิดต่อโอกาสการได้รับอันตรายจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ มากกว่า

อีกทั้งในช่วงเวลาการเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(COVID-19) ซึ่งเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจมากกว่าดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น อาจส่งผลให้ประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ถูกมองข้ามหรือถูกลดทอนความสำคัญลงไป

และในประเด็นการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ โดยจากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าในการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ยังมีอุปสรรคอยู่ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการจะหลีกเลี่ยงผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ในการดำเนินชีวิตประจำวันอาจทำได้ยาก รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อจะป้องกันสุขภาพของตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข[1,9-10] ก็อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน เช่น การสวมหน้ากากอนามัยหน้ากาก N95 เมื่อต้องออกนอกบ้าน อาจเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบกับผู้สูงอายุ เช่น เหตุผลด้านการใช้งานที่อาจทำให้หายใจไม่สะดวก และไม่เหมาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[10] ที่อธิบายว่าหน้ากากอนามัยหน้ากาก N95 ไม่เหมาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ หัวใจ ปอด เช่น หอบหืด โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง อาจมีผลทำให้การทำงานของหัวใจและปอดเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์ก่อนใช้ ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อควรระมัดระวังที่สำคัญสำหรับการใช้งานหน้ากาก N95[1,10] และยังมีราคาแพงยากต่อการเข้าถึง จึงน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันตนเองจากผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเอง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ โดยหากต้องการกระตุ้นพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้กลวิธีเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันตนเองการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเอง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนให้มากขึ้น และหาวิธีหรือมาตราการลดข้อจำกัดเกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันตนเอง เช่น จัดหาอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นในราคาถูก หรือมีการจัดสรรหน้ากาก N95 โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยขาดแคลนทุนทรัพย์ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากในช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งส่งผลต่อการเก็บรวมรวมข้อมูลและอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจมีผลกับข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายร่วมกับผลการศึกษาในครั้งนี้แล้ว

ข้อเสนอแนะ

ในงานศึกษาครั้งต่อไปควรมีการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาหาแนวค้นหาความต้องการจำเป็นเพื่อออกแบบโปรแกรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$

ในกลุ่มเสี่ยงกลุ่มต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง เพื่อเป็นการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กลับประชาชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ งบประมาณ 2563 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยได้รับความกรุณาและความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และผู้สูงอายุทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล ทางคณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงจาก: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/downloads/do_manual_PM2.5.pdf
2. กองการจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์และคุณภาพอากาศประเทศไทย สรุปข้อมูลรายเดือน (สถานี) [อินเตอร์เน็ต].2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2563]. เข้าถึงจาก http://air4thai.pcd.go.th/webV2/download.php
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงจาก: http://www.dop.go.th/th/know/1/275
4. วชิราภรณ์ คูณรังษีสมบูรณ์ โรงพยาบาลกรุงเทพ. ฝุ่น PM2.5 กับผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงจาก: https://www.bangkokhospital.com/th/disease-treatment/PM2.5-dust-and-the-elderly
5. เลขา ดีแท้. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันฝุ่นกับภาวะสุขภาพของพนักงานโรงโม่หิน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.
6. สมฤกษ์ กาบกลาง อภิญญา บ้านกลาง และนันธินีย์ วังนันท์. การรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2564, 11(2): หน้า 115 -123
7. อังศินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์การจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจ าหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงจาก: http://bsris.swu.ac.th/upload/319381.pdf
8. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย. การศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงจาก: https://hia.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=205839&id=100490&reload=
9. กลุ่มเฝ้าระวังฝุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เรียนรู้ อยู่กับฝุ่น PM2.5. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2563]. เข้าถึงจาก https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2019/10/chula-pm25-booklet-1.pdf

10. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Fact sheet การเลือกและการใช้หน้ากาก N95 ที่ถูกต้อง: ความรู้สำหรับประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงจาก: https://nih.dmsc.moph.go.th/data/data/fact_sheet/2_62.pdf
11. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2560, หน้า 67
12. Best, J. W. . Research in Education. (3Ed) New Jersey: Prentice Hall, Inc. 1977, P. 174-190

ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Work - Life Balance, Social Support, and Job Burnout of Public Health Officers.

(Received: November 29,2024 ; Revised: December 3,2024 ; Accepted: December 4,2024)

เสาวนีย์ จันทนบุบผา[1]นรุตม์ พรประสิทธิ์[2]
Saowanee Chantanaboobpa[1] Narut Pornprasit[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับความสมดุลในชีวิตและการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมและ ความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อศึกษาอิทธิพลของความสมดุลในชีวิตและการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 158 คน เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย โดยการนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วไปแจกกลุ่มตัวอย่าง ตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้ตามสัดส่วนโดยอธิบายถึงขั้นตอนและรายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เก็บรวบรวมแบบสอบถามพร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามทั้งหมด มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมด นำข้อมูลที่ได้มาบันทึกแบบลงรหัส แล้วนำมาวิเคราะห์ และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์

ผลการวิจัยพบว่า ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.54, SD = 0.61) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.66, SD = 0.79) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.76) การสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.77, SD = 0.63) ความเหนื่อยหน่ายในงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.34, SD = 0.53) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าความสมดุลในชีวิตและการทำงานมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน (β = -0.663, p < .001) ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางบวก (β = 0.296, p < .001) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางลบ (β = -0.411, p < .001) และการสนับสนุนทางสังคมจาก คนสำคัญมีอิทธิพลทางบวก (β = 0.556, p < .001) โดยร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ร้อยละ 27.0 (R^2 = 0.270)

คำสำคัญ: ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน, การสนับสนุนทางสังคม, ความเหนื่อยหน่ายในงาน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Abstract

This research aimed to study the level of work-life balance, social support and job burnout of public health officers and to study the influence of work-life balance and social support on job burnout of public health officers. The sample consisted of 158 public health officers. Data were Collected for the research by distributing the completed questionnaires to the sample group according to the calculated proportions, explaining the steps and details of the questionnaire, collecting data by themselves, collecting questionnaires and checking the completeness of the questionnaires, analyzing all questionnaires using statistical methods and checking the accuracy of all data. The recorded the obtained data in a coded form, analyzed it, and processed it using a ready-made statistical computer program for social science research.

The findings revealed that work-life balance was at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.54, SD = 0.61). Social support from family was also at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.66, SD = 0.79), while social support from friends was at a high level ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.76), and social support from significant others was at a high level ($\bar{X}$ = 3.77, SD = 0.63). Job burnout was found to be at a moderate level ($\bar{X}$ = 2.34, SD = 0.53). The results of the multiple regression analysis indicated that work-life balance had a negative influence on job burnout

[1] นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

(β = -0.663, p < .001). Social support from family had a positive influence (β = 0.296, p < .001), social support from friends had a negative influence (β = -0.411, p =.001), and social support from significant others had a positive influence (β = 0.556, p < .001). Together, these factors predicted 27.0% of the variance in job burnout among public health officers (R^2 = 0.270).

Keywords: Work - Life Balance, Social Support, Job Burnout, Public Health Officers

บทนำ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรคเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งให้คำแนะนำด้านการป้องกันการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจแก่ประชาชน[1]

ความเหนื่อยหน่ายในงาน เป็นความรู้สึกทางลบกับสภาพการณ์ในการทำงานต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานทำให้บุคคลเกิดความอ่อนล้าทางร่างกายหรือจิตใจ ได้รับความกดดันทางอารมณ์ ภาวะที่มีความอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจซึ่งเกิดมาจากความเครียดโดยเฉพาะความเครียดจากการทำงานที่ไม่สามารถกำจัดหรือทำให้ลดลงได้ ซึ่งในแต่ละบุคคลมีการแสดงออกของอาการที่แตกต่างกันไป ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้อื่นและงานที่รับผิดชอบ เป็นความรู้สึกท้อแท้อ่อนล้า มองโลกในแง่ร้าย และหมดกำลังใจ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง รู้สึกตนเองด้อยค่า และทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน ส่งผลกระทบถึงพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อองค์กร เช่น การขาดงาน มาสาย ทำให้งานที่ออกมาไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการลาออกจากงาน[2] ปัจจุบันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเหนื่อยหน่ายในงาน มีเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ปัญหาสุขภาพ การลาออก[3] เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในปัจจุบัน ได้รับภาระงานหลายด้านอาจส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความเครียด รวมทั้งความไม่สมดุลในชีวิตและการทำงาน เกิดความเหนื่อยหน่ายในงานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานในความสมดุลในชีวิตและการทำงาน การกำหนดเวลาในการดำเนินชีวิตให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม การมีอิสระในการใช้เวลาพักผ่อนส่วนตัว การแบ่งเวลาให้แก่งาน ด้านงานและชีวิตส่วนตัวเกื้อหนุนกัน เวลาในการชีวิตส่วนตัวและการทำงานไม่เบียดบังซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลสามารถใช้ชีวิตส่วนตัว และสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข

การแบ่งเวลาในการใช้ชีวิตส่วนตัว (ตนเอง ครอบครัว สังคม) เวลาการทำงานอย่างเหมาะสม หรือความสมดุลในชีวิตและการทำงาน จะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถใช้ชีวิตส่วนตัวและสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข ซึ่งเกิดจากการบริหารจัดการเวลาทำงานและเวลาส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการจัดการองค์ประกอบต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ [4] ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสมดุลในชีวิตส่วนตัวและการทำงาน เกิดจากการบริหารจัดการเวลาอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความสุขในชีวิต มีความมั่นคง การประสบความสำเร็จ หากมีความสามารถในการบริการจัดการที่ดี จะทำให้เกิดความสมดุลในชีวิตและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อตนเองเพื่อรักษาสมดุลในชีวิตและการทำงานที่ดีและลดความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การสนับสนุนทางสังคม การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ชี้แนะให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้รู้สึกว่าตนมีความมั่นคงและปลอดภัย หากมีบุคคลรอบข้างคอยประคับประคองตน ก็จะรู้สึกว่าตนปลอดภัยเพราะได้รับการดูแล มีผู้เห็นคุณค่าของตนหรือยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ต่างๆได้[5] ซึ่งทำได้โดยการให้กำลังใจ

การให้ข้อมูลมูลข่าวสาร การให้การยอมรับ การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญ เป็นสิ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสามารถแก้ไขปัญหา และดำรงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนได้ช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลการปฏิบัติงานที่ดีและส่งผลให้มีความเหนื่อยหน่ายในงานต่ำลง ลดความวิตกกังวลและลดภาวะความเครียดจากการทำงานในด้านการปฏิบัติงาน และความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านปริมาณงานที่มากเกินไปจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเหนื่อยหน่ายในงาน และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีการบ่งชี้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทักษะความรู้และความสามารถในการทำงาน จะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานลดน้อยลง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาระดับความสมดุลในชีวิตและการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและศึกษาอิทธิพลของความสมดุลในชีวิตและการทำงานและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สำหรับปรับปรุงการดำเนินงานต่างๆ ภายในองค์กรเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสมดุลในชีวิตและการทำงานการสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความสมดุลในชีวิตและการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สมมติฐาน

1. ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน มีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.1 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.3 การสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1.7 (Cohen, 1977) นงลักษณ์ วิรัชชัย (2555) กำหนด Test Family คือ F tests, statistical test คือ Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zeroโดยการกำหนดค่าเพาเวอร์ (1 - β) เท่ากับ 0.95 ค่าอัลฟา (α) เท่ากับ 0.05 จำนวนตัวแปรทำนาย เท่ากับ 4 ตัว ค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.12 ในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ตำแหน่งทางราชการ และอายุ งานบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. แบบสอบถามความเหนื่อยหน่ายในงานผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดมาของ Maslach (1982)[2]

ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึก ไม่ประสบความสำเร็จ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ (Rating Scale) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ น้อยมากที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกียรติสุดา ศรีสุข (2552)[13] ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคโดยรวม เท่ากับ 0.80

3. แบบสอบถามความสมดุลในชีวิตและการทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดมาของ Fisher (2003)[4] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านงานรบกวนชีวิตส่วนตัว ด้านชีวิตส่วนตัวรบกวนงาน และด้านงานและชีวิตส่วนตัวเกลื่อหนุนกัน มีจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ (Rating Scale) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ น้อยมากที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกียรติสุดา ศรีสุข (2552)[13] ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวม เท่ากับ 0.91

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดมาของ Sarason, Sarason, Potter, & Antoni (1985)[5] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และด้านคนสำคัญ จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบ (Rating Scale) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ น้อยมากที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกียรติสุดา ศรีสุข (2552)[13] ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวม เท่ากับ 0.93

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสมดุลในชีวิตและการทำงาน(n = 158)

ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านงานรบกวนชีวิตส่วนตัว	3.23	0.90	ปานกลาง
ด้านชีวิตส่วนตัวรบกวนงาน	3.83	0.55	สูง
ด้านงานและชีวิตส่วนตัวเกื้อหนุนกัน	3.50	0.69	ปานกลาง
ภาพรวม	**3.54**	**0.61**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 1 พบว่าความสมดุลในชีวิตและการทำงาน โดยภาพรวมอยู่ในปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.54, SD = 0.61) เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสมดุลในชีวิตและการทำงานด้านชีวิตส่วนตัวรบกวนงานสูงที่สุด โดยมีความสมดุลอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.83, SD = 0.55) รองลงมาคือด้านงานและชีวิตส่วนตัวเกื้อหนุนกัน โดยมีความสมดุลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.50, SD = 0.69) และต่ำที่สุดคือด้านงานรบกวนชีวิตส่วนตัว โดยมีความสมดุลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.23, SD = 0.90)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 158)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การสนับสุนทางสังคมจากครอบครัว	3.66	0.79	ปานกลาง
การสนับสุนทางสังคมจากเพื่อน	3.80	0.76	สูง
การสนับสุนทางสังคมจากคนสำคัญ	3.77	0.63	สูง
ภาพรวม	**3.74**	**0.61**	**สูง**

จากตารางที่ 2 พบว่าการสนับสนุนทางสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.74, SD = 0.61) เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสูงที่สุด

โดยมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.80, SD = 0.76) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญ โดยมีการสนับสนุน ทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.77, SD = 0.63) และต่ำที่สุดคือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.66, SD = 0.79)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหนื่อยหน่ายในงาน (n = 158)

ความเหนื่อยหน่ายในงาน	$\bar{x}$	**SD**	**ระดับ**
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	2.70	0.80	ปานกลาง
ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	1.93	0.59	ต่ำ
ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	2.04	0.62	ต่ำ
ภาพรวม	**2.34**	**0.53**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 3 พบว่าความเหนื่อยหน่ายในงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.34, SD = 0.53) เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงที่สุด โดยมีความเหนื่อยหน่ายในงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.70, SD = 0.80) รองลงมาคือด้านความรู้สึก ไม่ประสบความสำเร็จ โดยมีความเหนื่อยหน่ายในงานอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 2.04, SD = 0.62) และต่ำที่สุดคือด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล โดยมีความเหนื่อยหน่ายในงานอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 1.93, SD = 0.59)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter เพื่อทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 158)

ตัวแปร	*B*	SE	β	*t*	*p*
ค่าคงที่	2.997	.277	-	10.811***	<.001
ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน	-.579	.085	-.663	10.811***	<.001
การสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว	.197	.054	.296	-6.773***	<.001
การสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อน	-.287	.082	-.411	3.635***	.001
การสนับสนุนทางสังคมด้านคนสำคัญ	.464	.114	.556	-3.503**	<.001
R^2=.270, R^2_{adj}=.250, F= 14.115***					

หมายเหตุ **p < .01 , ***p < .001

จากตารางที่ 4 พบว่าผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบ Enter เพื่อทำนายความเหนื่อยหน่ายในงาน ความสมดุลในชีวิตและการทำงานมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่าย ในงาน (β = -.663, p < .001) ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางบวก (β = .296, p < .001) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางลบ (β = -.411, p = .001) และการสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญมีอิทธิพลทางบวก (β = .556, p < .001) โดยร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ร้อยละ 27.0 (R^2 = .270)

สมการพยากรณ์ความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อนำตัวทำนายทุกด้านเข้าสมการในรูปคะแนนดิบ เป็นตารางเส้นตรงได้ต่อไปนี้ ความเหนื่อยหน่ายในงาน = 2.997 – .579 (ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน) + .197 (การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว) - .287 (การ

สนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) + .464 (การสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญ)

สรุปและอภิปรายผล

สมมุติฐานที่ 1 ความสมดุลในชีวิตและการทำงานมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าความสมดุลในชีวิตและการทำงาน มีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลจากการศึกษา พบว่าความสมดุลในชีวิตและการทำงานมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ผ่านมา สายสัมพันธ์ จำปาทอง[6] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหนื่อยหน่ายในงาน องค์กรที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน โดยยืดหยุ่นในเรื่องเวลาการททำงาน เช่น ไม่ควบคุมเวลาในการเข้า-ออกงานให้เคร่งครัดเกินไปมีเวลาพักเบรกช่วงบ่าย หรือการไม่ให้ทำงานล่วงเวลาเกินความจำเป็น จึงทำให้มีเวลาพักผ่อนและได้ใช้ชีวิตส่วนตัวอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายในงานลดลง

สมมุติฐานที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัวและคนสำคัญ มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมุติฐานที่ 2.1 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลจากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางบวกต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญทิพย์ กองม่วง[7] ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่าย ในงานหรือเมื่อพนักงานได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายในงานระดับต่ำ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวภา สังข์ทอง[8] ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้า ทางอารมณ์ เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในระดับต่ำ รวมทั้งงานของ Fiorilli, Schneider, Buonomo, Romano[9] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานครูอิตาลี

แต่ในการวิจัยครั้งนี้มีผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับกับงานวิจัยของ Sochos, Bowers, Kinman[10] ที่ศึกษาในกลุ่มแพทย์ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในสายงานเดียวกันกับแพทย์ ซึ่งการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายในงานระดับสูง อาจมีสาเหตุจากงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต่างจากพนักงานทั่วไป การสนับสนุนทางสังคมหรือคำแนะนำที่ได้จากครอบครัวจึงอาจจะไม่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งอาจจะยิ่งทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จ ไม่สามารถแก้ปัญหาที่ตนเองเจอได้ จึงเป็นผลทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในงาน

สมมุติฐานที่ 2.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลจากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Woodhead, Northrop, Edelstein[11] และงานของ

Fiorilli, Schneider, Buonomo, Romano[9] ที่พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน โดยอาจเป็นผลมาจากเพื่อนที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมนั้นอาจจะเคยประสบปัญหาที่คล้ายกัน ทำให้เข้าใจความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำลังประสบ ทำให้การให้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้คำปรึกษาจึงช่วยแก้ปัญหาได้หรือลดความเหนื่อยหน่ายในงานได้

สมมุติฐานที่ 2.3 การสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญ มีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลจากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญมีอิทธิพลทางบวกต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fiorilli, Schneider, Buonomo, Romano[9] ที่พบว่าการสนับสนุนจากคนสำคัญมีอิทธิพลทางลบต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับผลการวิจัยของ Woodhead, Northrop, Edelstein[11] ที่ศึกษาในกลุ่มพยาบาล ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญไม่อิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในสายงานเดียวกันกับพยาบาล การที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากคนสำคัญมีอิทธิพลทางบวต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน จึงอาจจะมีสาเหตุจากคนสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบจึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมที่ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในงานได้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบในการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลจากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน ส่งผลทางลบต่อความเหนื่อยหน่าย ในงาน ดังนั้นองค์กรหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรวางแผนในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีสมดุลในชีวิตและการทำงาน เพื่อให้เกิดความสมดุลที่ดี ควรให้ความสำคัญในการบริหารจัดการเวลา มีความยืดหยุ่น ในงานเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถแบ่งเวลางานกับชีวิตส่วนตัวได้ดีจะทำให้เกิดความสมดุลระหว่างกัน และทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานได้อย่างมีประสิทธิผลและมีความสุขมากขึ้น ซึ่งช่วยลดปัญหาความเหนื่อยหน่ายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากคนสำคัญ มีอิทธิพลทางบวก ต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน จึงเสนอดังนั้นองค์กรหรือผู้ที่เกี่ยวข้ององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรม หรือโครงการที่ส่งเสริมให้ครอบครัวและคนสำคัญเกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ภาระงาน ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนทางสังคมจากจากครอบครัวและจาก คนสำคัญที่เป็นไปอย่างเหมาะสม และเข้าอกเข้าใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น

3. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีอิทธิพลทางลบต่อต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อาจจะช่วยลดหรือป้องกันการเกิดความเหนื่อยหน่ายในงาน ดังนั้นองค์กรหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง อาจส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสร้างกลุ่มหรือเครือข่ายกับเพื่อนร่วมงาน หรือมีการจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อเปิดโอกาสได้รู้จักกัน และเพิ่มช่องทางการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในรูปแบบของการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อื่นที่ต่างจากการศึกษาในครั้งนี้

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อทราบอิทธิพลของรูปแบบต่างๆ ของการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทุกท่าน รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2563.
2. Maslach C. Burnout at work: A psychological perspective. New York: Psychology Press; 1982.
3. ธนพล บุญเลิศ, ศศิมาภรณ์ ชื่นอารมณ์, สร้างสรรค์ รัตนสงวนวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาระงาน ความเชื่อในอำนาจควบคุมกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
4. Fisher S. A comparative study of work-life balance and job satisfaction of the employees working in business process outsourcing sector. IRA-International Journal of Management & Social Sciences. 2003;10(2):87-93.
5. Sarason IG, Sarason BR, Potter EH, Antoni MH. Life events, social support, and illness. Psychosomatic Medicine. 1985 Mar-Apr;47(2):156-63.
6. สายสัมพันธ์ จำปาทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิตในการทำงาน และความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
7. ธัญทิพย์ กองม่วง. การศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนงานจากครอบครัวต่อการตั้งใจลาออกจากงานของพนักงาน ผ่านงานที่ขัดแย้งกับครอบครัวและความเหนื่อยหน่ายในงาน [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
8. สุวภา สังข์ทอง. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน: กรณีศึกษา หน่วยงานราชการแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
9. Fiorilli C, Schneider B, Buonomo I, Romano L. Family and nonfamily support in relation to burnout and work engagement among Italian teachers. Psychol Sch. 2019; 6(5). Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pits.22235
10. Sochos A, Bowers A, Kinman G. Work stressors, social support, and burnout in junior doctors: Exploring direct and indirect pathways. J Employ Couns. 2012;49(1):27-39. Available from: https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2012.00007
11. Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. J Appl Gerontol. 2016 ;35(1):84-105.
12. นงลักษณ์ วิรัชชัย. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
13. เกียรติสุดา ศรีสุข. ระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง; 2552

ผลของสื่อการสอนในรูปแบบแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” ต่อความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567

The Effect of Animation Media "Newborn Jaundice" on the Knowledge of Nursing Care for Neonatal Hyperbilirubinemia among Second-year Air Force Student Nurses, Academic year 2024.

(Received: November 30,2024 ; Revised: December 3,2024 ; Accepted: December 4,2024)

ชลินทรา วรรณภักตร์[1] จิรปรียา โรจนเกียรติปรีดา[2] ฐิติรัตน์ มูลมงคล[3]
Chalinthra Wannaphak[1] Chirapriya Rodchanakiatprida[2] Thitirat Munmongkhon[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับชมสื่อแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” และกลุ่มควบคุมที่ได้รับเอกสารการสอนเรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองแบบปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 60 คน โดยเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีจับคู่ให้มีคุณสมบัติเท่าเทียมกัน ในด้าน เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ สื่อแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาค่า IOC เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ : สื่อแอนิเมชัน, ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด, การพยาบาลทารกแรกเกิด

ABSTRACT

This research was conducted in a quasi-experimental research design with a pretest and posttest in two groups, aiming to compare the scores of knowledge about nursing of neonatal hyperbilirubinemia of Air Force Student Nurses between the experimental group that received animated media titled "Newborn Jaundice" and
the control group that received standard teaching materials on neonatal jaundice nursing care. The sample group consisted of 60 second-year Air Force Student Nurses in the academic year 2024. was selected by a purposive sampling method. The samples were divided into an experimental group and a control group, each consisting of 30 individuals. Pairing was used to ensure equal characteristics in terms of gender, age, and cumulative GPA. The research instruments included teaching materials in animated media titled "Newborn Jaundice." Data were collected using a

[1] M.N.S, Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force
[2] M.N.S, Instructor, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force Corresponding author, Email: jatymmommychirapriya@gmail.com
[3] Air Force Student Nurse, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force

knowledge assessment from a nurse of neonatal hyperbilirubinemia, resulting in an IOC value of 1.00 and KR-20 with a reliability coefficient of 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were used to compare differences in knowledge scores on neonatal jaundice nursing care before and after the experiment using a paired t-test and between the experimental and control groups using an independent t-test.

The results revealed that the experimental group significantly had a higher average score of knowledge about nursing of neonatal hyperbilirubinemia than before the experiment ($p<.05$), and the experimental group significantly had a higher average score of knowledge about nursing of neonatal hyperbilirubinemia than the control group ($p<.05$).
Keywords: Animation, Neonatal hyperbilirubinemia, Neonatal nursing care

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นสถาบันสมทบของมหาวิทยาลัยมหิดล ปัจจุบันได้ดำเนินการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภายใต้แนวคิดที่ว่า การพยาบาลเป็นศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาวะของบุคคลทุกช่วงวัยอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในยุคของเทคโนโลยีดิจิทัล และสังคมพหุวัฒนธรรมจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ (Outcome Based Education) โดยใช้การเรียนรู้เป็นศูนย์กลาง (Learning Center) และผ่านการปฏิบัติตามสภาพจริง ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ อยู่บนพื้นฐานของการรู้กว้าง รู้ลึก รู้จริง ในสาขาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีศักยภาพในการสร้างเสริมความรู้และทักษะใหม่ได้ด้วยตนเอง (Constructivism)[1] รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยเป็นหนึ่งในรายวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร มีเป้าหมายคือ เพื่อให้นักเรียนพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในวัยทารกแรกเกิดจนถึงวัยรุ่น ครอบคลุมนโยบายสุขภาพเด็ก การเจริญเติบโต พัฒนาการ โภชนาการ การป้องกันโรค และการป้องกันอุบัติเหตุตามช่วงวัย โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลเด็กวัยทารกแรกเกิดถึงวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บป่วยในระบบต่างๆ ทั้งนี้จากแบบสำรวจจากนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ในปีการศึกษา 2567 จำนวน 63 คน พบว่าวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เป็นวิชาที่มีความยากมากเป็นลำดับที่ 2 รองจากวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยเนื้อหาเรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง มีความยากต่อการจดจำ และ ใช้เวลาในการทำความเข้าใจมาก คิดเป็นร้อยละ 63.5 ของผู้ตอบแบบสอบถาม [10]

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal Jaundice) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน สาเหตุเกิดจากระดับ บิลิรูบินในเลือดที่สูงกว่าปกติ เนื่องจากการสลายของเม็ดเลือดแดงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทย พบภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาที่สำคัญในทารกแรกเกิด โดยมีอัตราการเกิดในทารกครบกำหนดร้อยละ 60 และในทารกคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50 ของปัญหาสุขภาพทั้งหมดในทารกแรกเกิด[2] หากทารกแรกเกิดระดับบิลิรูบินในเลือดสูงเกินไป ส่งผลกระทบร้ายแรงต่อระบบประสาทและสมอง เช่น ภาวะสมองถูกทำลายเฉียบพลัน (Acute Bilirubin Encephalopathy) นำไปสู่สมองพิการ (Cerebral Palsy) ในบางกรณีอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต นอกจากนี้ ภาวะตัวเหลืองยังเพิ่มระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่บิดามารดา รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากสูญเสียรายได้จากการหยุดงานเพื่อดูแลทารกที่เจ็บป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้คำแนะนำแก่บิดามารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โดยเน้นการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาและรักษาได้ทันท่วงที รวมทั้งส่งเสริม

คุณภาพชีวิตของทารกและผู้ปกครอง การสนับสนุนทางกายและใจแก่ผู้ดูแลทารกอย่างเต็มที่ ช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม[3,4]

นักเรียนพยาบาลถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญ ที่จะต้องได้รับการฝึกฝนทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล โดยประยุกต์ความรู้และความเข้าใจจากการเรียนในภาคทฤษฎีมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการสูงสุดในภาคปฏิบัติ การเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองเป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญสำหรับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ เนื่องจากเป็นหัวข้อที่ต้องอาศัยความเข้าใจเชิงลึกทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ หากนักเรียนสามารถเรียนรู้ จดจำ และเข้าใจเนื้อหาได้อย่างชัดเจน ย่อมส่งผลดีทั้งต่อตัวผู้เรียนเองในแง่ของความมั่นใจและความพร้อมในการฝึกปฏิบัติงานจริง รวมถึงต่อคุณภาพการดูแลผู้รับบริการด้านสุขภาพในอนาคต[11]

แนวคิดสำคัญที่นำมาใช้ในการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนคือ ทฤษฎีกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของ เอดการ์ เดล (Edgar Dale)[5]เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงระดับความเป็นรูปธรรมและนามธรรมของการเรียนรู้ โดยแบ่งประสบการณ์ออกเป็นลำดับขั้น เริ่มจากรูปธรรมที่สุด (การลงมือปฏิบัติจริง) ไปจนถึงนามธรรมที่สุด (การใช้สัญลักษณ์หรือข้อความ) โดยมีระดับที่เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง สื่อแอนิเมชันเป็นหนึ่งในรูปแบบของสื่อที่สามารถเชื่อมโยงกับกรวยประสบการณ์ได้อย่างชัดเจน เนื่องจากสามารถอยู่ในหลายระดับของกรวยนี้ ทั้งการมองเห็น (Visual) และการได้ยิน (Audio-Visual) ซึ่งช่วยเสริมความเข้าใจของผู้เรียนในหลายด้าน อาทิ ความสมจริงในประสบการณ์ แอนิเมชันช่วยลดความซับซ้อนของเนื้อหา และทำให้สิ่งที่เข้าใจยากกลายเป็นสิ่งที่เข้าใจง่ายขึ้นผ่านการมองเห็นและการเคลื่อนไหวแอนิเมชันจัดอยู่ในกลุ่มที่สร้างประสบการณ์จากการมองเห็นและการได้ยินพร้อมกัน ซึ่งช่วยเพิ่มความจำและความเข้าใจ เพราะการใช้ภาพและเสียงประกอบช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสหลายมิติ[6]

ในปัจจุบันมีการนำแอนิเมชันมาพัฒนาเป็นสื่อการสอนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมากขึ้น โดยแอนิเมชันเป็นสื่อที่ใช้ได้สะดวก มีเนื้อหาคงที่ มีภาพประกอบช่วยทำให้เข้าใจได้ง่าย ทั้งยังมีเสียงบรรยายที่สอดคล้องกับภาพ สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังสามารถควบคุมการใช้ได้ด้วยตนเอง ง่ายและสะดวกต่อการเข้าถึง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของสื่อการสอนในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันต่อความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่ว ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มได้รับสื่อการสอนรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่วสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้จากเอกสารการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) [7]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาสื่อการเรียนการสอนที่สามารถช่วยให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สื่อดังกล่าวจะทำให้เนื้อหาที่ซับซ้อนมีความกระจ่างชัดและเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น รวมถึงกระตุ้นให้นักเรียนพยาบาลเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและยั่งยืน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด

ผู้วิจัยจึงได้มีการออกแบบแอนิเมชัน เรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้น และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของนักเรียน

พยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ก่อนและหลังการได้รับสื่อแอนิเมชันในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับสื่อการสอนแอนิเมชันกับกลุ่มที่ได้รับเอกสารการสอนแบบปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 64 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติการคัดเข้า ได้แก่ 1) ผ่านการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ในปีการศึกษา 2566 โดยไม่คำนึงถึงพื้นฐานและ ความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล 2) ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่มีปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมในการทำวิจัยตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ 2) ผ่านการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นมาแล้ว

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ Polit & Hungler (1999)[8] โดยกำหนดว่าการวิจัยแบบกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควรมีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป[7] ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ สื่อแอนิเมชัน เรื่อง “Newborn Jaundice” โดยมีรายละเอียดการสร้างเครื่องมือแต่ละขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566 ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยมีขอบเขตเนื้อหาในหัวข้อการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้

2) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดของ เอดการ์ เดล[5] เกี่ยวกับกรวยแห่งประสบการณ์เป็นแนวคิดที่ช่วยอธิบายว่าการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในประสบการณ์ที่หลากหลายและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดนี้มาสร้างสื่อแอนิเมชันให้มีเนื้อหาเหมาะสมกับผู้เรียน

3) กำหนดเค้าโครงเรื่อง ประกอบด้วย 1)พยาธิสรีรวิทยาของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด 2)สาเหตุของการเกิดโรค 3)อาการและอาการแสดง 4)การวินิจฉัย 5)การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง 6)การรักษา 7)การพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ และการพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะตัวเหลืองที่มีความผิดปกติของภาวะขาดเอนไซม์ Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase (G6PD)

4) ออกแบบสื่อแอนิเมชันให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวคิดกรวยแห่งประสบการณ์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Procreate, Canva และCap cut

5) นำสื่อการ์ตูนแอนิเมชันไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลทารกแรกเกิดจำนวน 1 ท่าน นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.82

6) นำไปทดลองใช้กับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยการสังเกตความสนใจของผู้เรียน รวมทั้งความเข้าใจในเนื้อหาในสื่อแอนิเมชัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม จำนวน 3 ข้อ

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเนื้อหาในข้อคำถามประกอบด้วย พยาธิสภาพ สาเหตุ อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะตัวเหลือง รวมทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (Multiple choice) ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน โดยใช้การแบ่งเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนดังนี้ [9]

0-8 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

9-11 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

12-15 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้สูง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจาก ผูทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ภายหลังการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) รายข้อมีค่าเท่ากับ 1.00 จากนั้นนำแบบประเมินในงานวิจัยครั้งนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ได้ค่าความเที่ยง (Kuder-Richardson 20) KR-20 เท่ากับ 0.80

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรทั้งในเอกสารแสดงความสมัครใจ

1.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองก่อนทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที

2. ระยะทดลอง

ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง: ผู้วิจัยให้รับชมโดยใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่อง “Newborn Jaundice” โดยเนื้อหาประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาอาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา การดูแลทารกที่มีภาวะ G6PD โดยให้รับชมทั้งหมด 2 ครั้ง โดยใช้เวลาว่างหลังเรียน และไม่กระทบภารกิจส่วนรวมของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ แบ่งออกได้ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์แรก) รับชมสื่อแอนิเมชัน 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) รับชมสื่อแอนิเมชัน 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที

2.2 กลุ่มควบคุม : ผู้วิจัยให้ศึกษาเอกสารความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ด้วยตนเอง 7 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที

3. ระยะหลังทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองหลังทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมรับชมสื่อแอนิเมชันเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง รวมทั้งได้ให้นักเรียนพยาบาล

ทหารอากาศที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน รับชมสื่อแอนิเมชัน เช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของเบลมอนต์รีพอร์ต (Belmont Report) ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หรือถอนตัวออกจากการศึกษาครั้งนี้ ได้ทุกเวลาที่ต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ทั้งนี้การปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่ก่อให้เกิดอันตราย หรือผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน ไม่มีผลใด ๆ กับคะแนนหรือการเรียนการสอนของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบัน ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างรับทราบรายละเอียดการวิจัย แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรทั้งในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform consent) อีกทั้งผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมรับชมสื่อแอนิเมชัน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองด้วยเช่นกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10 ช่วงอายุ 19-20 ปี เป็นช่วงอายุที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 20-21 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมช่วง 3.00-3.49 คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือผลการเรียนเฉลี่ยสะสมช่วง 3.50-4.00 คิดเป็น ร้อยละ 20.00 ในกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ช่วงอายุ 19-20 ปี เป็นช่วงอายุที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 20-21 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 ส่วนผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมช่วง 3.00-3.49 คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือผลการเรียนเฉลี่ยสะสมช่วง 3.50-4.00 คิดเป็นร้อยละ 23.33

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องด้วยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองระยะหลังการทดลอง (M=13.57, SD=0.97)สูงกว่าก่อนการทดลอง(M=7.50, SD=1.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 17.91, p<.05) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองระยะหลังการทดลอง (M=8.87, SD=1.31) สูงกว่าก่อนการทดลอง(M=7.17, SD=2.18) อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (t= 5.34, p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 30)

ความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	M	SD	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	7.50	1.81	13.57	0.97	17.91	.001*
กลุ่มควบคุม	7.17	2.18	8.87	1.31	5.34	.001*

*p< .05

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องด้วยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พบว่า ระยะก่อนการทดลอง คะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p> .05) และระยะหลังการทดลอง คะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 15.82, p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test (n = 60)

ความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	M	SD	M	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	7.50	1.81	7.17	2.18	0.64	0.52
หลังการทดลอง	13.57	0.97	8.87	1.31	15.82	.001*

*p <.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องด้วยการเรียนรู้โดยใช้สื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชันมีส่วนช่วยเสริมการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของ เอดการ์ เดล มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมประสบการณ์ในการสร้างสื่อแอนิเมชันขึ้นมา โดยมุ่งหวังให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง และเป็นรูปธรรมมากที่สุด เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้จากการลงมือทำและตอบสนองวัตถุประสงค์การเรียน รวมทั้งตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนแต่ละคน ซึ่งแนวทางการเรียนการสอนโดยใช้สื่อเทคโนโลยีมาช่วยในการบูรณาการในการเรียนยังเป็นการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของผู้เรียนให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้นอีกด้วย[6] อีกทั้งสื่อการสอนแอนิเมชันมีเนื้อหาที่ครอบคลุม สื่อความหมายเข้าใจง่าย ช่วยจดจำ และดึงดูดความสนใจผู้เรียน ทำให้

กลุ่มตัวอย่างสามารถอธิบายเนื้อหาที่มีความซับซ้อนเข้าใจยากให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์, เรวัติ วัชรสิทธิ์, ทิพย์เกษร วรรณภักตร์ และณัชชา สุทธิรุ่งเรือง[7] พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่วหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังนั้นการเรียนรู้ผ่านรูปแบบสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชันมีส่วนช่วยเพิ่มสมรรถนะผู้เรียนให้มีความรู้เพิ่มขึ้นได้

ผลการศึกษาพบว่า ระยะหลังการทดลองคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องด้วยความรู้ที่ได้รับจากสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชันเรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้น เป็นการนำเสนอโดยใช้ภาพเคลื่อนไหว พร้อมทั้งมีคำบรรยายที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ถ่ายทอดโดยตัวการ์ตูนบอกเล่าเหตุการณ์ต่างๆ เนื้อเรื่องครอบคลุมในเรื่องพยาธิสรีรวิทยาอาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา การดูแลทารกที่มีภาวะ G6PD ซึ่งการเรียนผ่านสื่อการสอนการ์ตูนมีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทดลองสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายส่งผลให้คะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์, เรวัติ วัชรสิทธิ์, ทิพย์เกษร วรรณภักตร์ และณัชชา สุทธิรุ่งเรือง[7] พบว่าภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่วมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ดังนั้นสื่อการสอนการ์ตูนแอนิเมชันจึงมีส่วนช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาสามารถเข้าใจได้ง่ายและตรงประเด็น จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลและการสอบมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

อาจารย์พยาบาลสามารถนำสื่อการสอนในรูปแบบการตูนแอนิเมชัน เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในหลักสูตรมุ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ Outcome Based Education (OBE)" ที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลใช้องค์ความรู้ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพผู้เรียนในทุกมิติ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลของสื่อการสอนในรูปแบบการตูนแอนิเมชันเรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในตัวแปรอื่น ได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล การให้คำแนะนำมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมูลนิธิจอมพลอากาศเฉลิมเกียรติ วัฒนางกูร รวมทั้ง นพอ.ณัฏฐณิชา ชัยชนะ, นพอ.ณัฐสุดา อรรถธรรมสุนทร, นพอ.ณิชาภัทร นุ่มดี, นพอ.ทิฆัมพร ใจชมชื่น, นพอ.ศศิกานต์ ผลบุญ และนพอ.อริสรา สถิตดวง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566. วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ 2566.

2. นาตยา พึ่งสว่าง. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ต่อการพัฒนาความรู้ และความสามารถของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ. วารสารพยาบาลทหารบก 2565; 23(3):486-93.
3. วรรณไพร แย้มมา และสุพัตรา นุตรักษ์. การพยาบาลเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท นีโอดิจิตอล จำกัด; 2565.
4. จันทรมาศ เสาวรส. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปญหาที่ไม่ควรมองข่าม. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2562; 9(1):99-109.
5. Edgar, D. Audiovisual Methods in Teaching. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1969.
6. วราพร ดำจับ. การออกแบบสื่อแอนิเมชันเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี 2566; 9(1):1-20.
7. วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์, เรวัติ วัชรสิทธิ์, ทิพย์เกษร วรรณภักตร์ และณัชชา สุทธิรุ่งเรือง. ผลของสื่อการ สอนในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันต่อความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่วของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566; 8(3):779-86.
8. Polit, D. and Hungler, B. Nursing Research: Principle and Method, 6th ed.; Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
9. เสรี ลาชโรจน์. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2537.
10. แบบสอบถามของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ที่มีต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลเด็กและ วัยรุ่น.ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ; 2567.
11. Chotechuen K. ReadinessPreparation of Nursing Students for Practice in Antenatal Clinic According to the Concept of VARK. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021;4(3):15-25.

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี

Development of A Health Literacy and Health Behavior Model Based on Lifestyle Medicine Principles in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus with Community Participation, Udon Thani Province.

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

มยุรี คนยัง[1]
Mayuree Konyoung[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาดำเนินการวิจัย มิถุนายน 2567 - พฤศจิกายน 2567 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 1,078 คน กลุ่มที่ 2 เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิส่วนนอกงานสาธารณสุข จำนวน 100 คน กลุ่มที่ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 คน และทดลองใช้รูปแบบฯ กับกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 200 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 34.14 พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยม ร้อยละ 58.91 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7) ร้อยละ 36.92 2. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม 2) สร้างคู่มือสร้างความรอบรู้ด้านสุภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) 4) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) เยี่ยมเสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามประเมินผล 3. หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study is a participatory action research project with the objective of examining the situation and context of patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. It aims to develop and evaluate a model for enhancing health literacy and health behaviors based on the principles of lifestyle medicine among these patients, involving community participation in Udon Thani Province., conducted from June 2024 to November 2024. The sample groups are: 1.Non-insulin-dependent diabetes patients: 1,078 people 2.Primary health network and external primary health network: 100 people 3.Local administrative organizations: 20 people and The research also tested the developed model with 200 diabetes patient target groups. Data collection is divided into 3 phases:

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Phase 1: Studying the situations and problems of health literacy enhancement and health behaviors of non-insulin-dependent diabetes patients Phase 2: Developing a model for health literacy enhancement and health behaviors based on lifestyle medicine principles through a quality management process (PAOR) and Phase 3: Evaluating the model development and outcomes. Data analysis included: Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics to compare means using Paired sample t-test statistics, and qualitative data were content analyzed.

The results revealed that: 1. Overall health literacy was at a very good level at 34.14%. Health behaviors based on lifestyle medicine principles were at an very good- excellent level at 58.91%. Blood sugar control (HbA1c < 7) was achieved by 36.92% of participants. 2. The model for health literacy enhancement and health behaviors based on lifestyle medicine principles consists of 5 steps: 1.Participatory situation study and problem analysis 2.Creating a guide for health literacy in behavior modification 3.Enhancing health behaviors using Lifestyle Medicine theory 4.Promoting network partners to provide social support for diabetes patients and 5.Empowerment visits, knowledge exchange, and follow-up evaluation 3. After implementing the model, the sample groups showed: Statistically significant increase in health literacy and health behavior scores (p-value < 0.05) and Statistically significant reduction in glycated hemoglobin (HbA1c) levels (p-value < 0.05)

Keywords: Health Literacy, Lifestyle Medicine, Type 2 Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังหากมีความรุนแรงอาจนำไปสู่การเจ็บป่วย ความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของคนไทยในระดับต้นๆ โดยพบว่าวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583[1] และในปี พ.ศ. 2561 – 2563 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้นเท่ากับ 4.93, 8.86 และ 10.01 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[2] ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆในกลุ่มโรคNCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ[3]

จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (HDC) จังหวัดอุดรธานี พบว่า ในปี พ.ศ. 2561-2565 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สำคัญดังนี้ โรคหลอดเลือดสมอง 45.0, 53.2, 52.7, 59.3 และ 59.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ไต อักเสบ 42.6, 47.0, 49.4 , 53.7 และ 57.3 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และโรคเบาหวาน 32.7, 34.4, 38.6 ,36.0 และ 36.0 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และ เป็นต้น[4] จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 เท่ากับ 6.40, 6.72, 7.01, 7.58 และ 8.07 คนตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ปีพ.ศ. 2563 ร้อยละ 2.58 (จำนวน 1,147 คน) พ.ศ.2564 ร้อยละ 2.04 (จำนวน 1,068 คน) ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 2.16 (จำนวน 1,119 คน) พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 1.75) เมื่อพิจารณาการความคุมระดับน้ำตาลในเลือดปี 2562-2566 พบว่าผู้เบาหวานความคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คือ ร้อยละ 25.01, 28.84, 25.53, 33.06 และ 32.09 ซึ่งแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนด[5]

องค์การอนามัยโรค (1998) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (Health

Literacy) ว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทาง สุขภาพของประชาชน และได้ให้แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน[6]

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์แนวใหม่ที่นำองค์ความรู้หลากหลายแขนง มาบูรณาการเชื่อมโยงกัน เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตที่เปรียบเสมือนเสาหลักของการมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ 6 ด้าน ดังนี้ 1) โภชนาการ 2) กิจกรรมทางกาย 3) การนอนหลับ 4) ลดเลิกการใช้สารเสพติด 5) การจัดการกับความเครียด 6) ความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้าง[7] หลักที่สำคัญที่จะทำให้เวชศาสตร์ป้องกันสมบูรณ์ก็คือ การดูแลสุขภาพของตัวเราเอง Self-care[8]

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการนำข้อค้นพบไปกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามที่กล่าวข้างต้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จังหวัดอุดรธานี

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี

3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ โดยมี 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)[9] แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน – พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มประชากรที่ศึกษามี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในพื้นที่ 4 อำเภอ คือ ศรีธาตุ, หนองหานเพ็ญ และน้ำโสม จำนวนประชากร 20,923 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (กรณีทราบจำนวนประชากร) [9] ได้ 1,078 คน กลุ่มที่ 2 เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิส่วนนอกงานสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 อำเภอ จำนวน 100 คน กลุ่มที่ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ 4 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 20 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพฯ กลุ่มประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิส่วนนอกงานสาธารณสุข รวม 100 คน กลุ่มที่ 2 องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ 4 โซน รวมทั้งสิ้น 20 คน

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในพื้นที่ 4 อำเภอ คือ ศรีธาตุ, หนองหาน

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เส้นรอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และโรคประจำตัวอื่นๆ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้แก่ ความรู้ความ เข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 16 ข้อ การแปลผลค่าคะแนนภาพรวม

16-47 คะแนน หมายถึง ระดับไม่ดี
48-55 คะแนน หมายถึง ระดับพอใช้
56-63 คะแนน หมายถึง ระดับดี
56-63 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) โดยใช้แบบประเมินในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน(เวชศาสตร์วิถีชีวิต) สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565 โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน การแปลผลค่าคะแนน

0-20 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย
21-30 คะแนน หมายถึง เท่าค่าเฉลี่ย
31-40 คะแนน หมายถึง ดีมาก
41-50 คะแนน หมายถึง ดีเยี่ยม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งชุด (Index of item objective: IOC) และทำการปรับแก้ไข ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try–out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อ มั่น 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม การถอดเทปมาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญแล้วนำเสนอด้วยการอธิบายบรรยาย และอภิปราย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณา รับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุจังหวัดอุดรธานี การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ UDREC 9967

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ บริบทของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดอุดรธานี

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดอุดรธานีมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.07 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่ร้อยละ 7.70 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและประชากรในเขตชนบท ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานในพื้นที่นี้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน การขาดการออกกำลังกาย และความรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ขาดความรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการจัดการโรคได้อย่างเพียงพอ สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการความคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,078 คน โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.79 อายุเฉลี่ย 64.21±9.88 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.52 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.47 รายได้เฉลี่ย 6,861.63±6,064.35 บาทต่อเดือน มีภาระหนี้สิ้น ร้อยละ 28.57 ป่วยด้วยโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 47.22 ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 34.14 พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.23 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7) ร้อยละ 36.92

จากการถอดบทเรียนของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า จุดอ่อนของระบบการดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การขาดการวิเคราะห์ข้อมูล และขาดการร่วมกันในภาคีเครือข่าย “โครงการต่างๆ เป็นดำเนินโดยไม่ได้วัดผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมต่าง” “จากข้อมูลทำให้ทราบถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งเป็นทางที่ชัดเจน” “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน” จึงควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเน้นการบูรณาการเครือข่ายต่างๆ โดยใช้หลักการดำเนินงานที่มุ่งเน้นให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชุมชน ให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองของชุมชน (Community Self-Managed) และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และภาคประชาสังคมบนฐานการจัดการและเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Management/Learning) เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Safe Community)

2. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี

2.1 ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

2.1 ขั้นวางแผน(Plan; P) โดยผู้มีส่วนร่วมได้ร่วมกันกำหนดวางแผน และมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะนี้เป็นการคืนข้อมูลการศึกษาปัญหา

การดำเนินการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและการพัฒนาศักยภาพเรื่องแผนที่ผลลัพธ์ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความต้องการในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action; A) ดำเนินการตามการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการใน 4 อำเภอ อำเภอละ 50 คน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วยและการให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประกอบด้วย

<u>สัปดาห์ที่ 1</u>

1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2) ประเมินผลผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย

ก. ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

ข. ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

3) การบรรยายประกอบสื่อ Power Point และแจกคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินแบบมีส่วนร่วม

<u>สัปดาห์ที่ 2</u>

เว้นการจัดกิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ และกิจกรรมตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากคู่มือที่แจกให้ด้วยตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ทฤษฎีเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) 6 ด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย

<u>สัปดาห์ที่ 3</u>

1) โภชนาการ บรรยายประกอบสื่อ Power Point แบบมีส่วนร่วม

2) กิจกรรมทางกาย บรรยายประกอบสื่อ Power Point แบบมีส่วนร่วม

3) การนอนหลับ บรรยายประกอบสื่อ Power Point และ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยยางยืดพิชิตโรคร่วมกัน

<u>สัปดาห์ที่ 4</u>

เว้นการจัดกิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับการอบรมในสัปดาห์ที่ 3 ด้วยตนเองที่บ้าน

<u>สัปดาห์ที่ 5</u>

1) ลดเลิกการใช้สารเสพติด บรรยายประกอบสื่อ Power Point และฝึกปฏิบัติการปรุงประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกัน

2) การจัดการกับความเครียด บรรยายประกอบสื่อ Power Point แบบมีส่วนร่วม

3) ความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้าง บรรยายประกอบสื่อ Power Point และฝึกปฏิบัติการนวดกดจุด คลายเครียดด้วยตัวเองและ สรุปการจัดกิจกรรมอบรมกลุ่มโดยการให้สมาชิกเล่าปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติตัว ตามที่ได้จัดกิจกรรมอบรมในสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5

<u>สัปดาห์ที่ 6</u>

เว้นการจัดกิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับการอบรมในสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5 ด้วยตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

<u>สัปดาห์ที่ 7</u>

1) นัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คนในครอบครัว และเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ทฤษฎีเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) 6 ด้าน ประกอบด้วย

ก. กิจกรรมทางกาย บรรยายประกอบสื่อ Power Point แบบมีส่วนร่วม

ข. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บรรยายประกอบสื่อ Power Point แบบมีส่วนร่วม

ค. ลดเลิกการใช้สารเสพติด บรรยายประกอบสื่อ Power Point

ง. โภชนาการ บรรยายประกอบสื่อ Power Point และฝึกปฏิบัติการ ปรุงประกอบอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกัน

จ. การนอนหลับ บรรยายประกอบสื่อ Power Point

ฉ.การจัดการความเครียด บรรยายประกอบสื่อ Power Point และฝึกปฏิบัติการนวดกดจุดคลายเครียดด้วยตัวเอง

2) แจกคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อใช้ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

3) ผู้ป่วยเล่าปัญหาและอุปสรรคสำหรับการปฏิบัติตัว

4) บุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันวิเคราะห์และคิดแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองร่วมกัน

5) บุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมวางแผนปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน

<u>สัปดาห์ที่ 8</u> เว้นการจัดกิจกรรม โดยให้บุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมทบทวนความรู้ และแผนการจัดกิจกรรมตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินด้วยตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันด้วยการเยี่ยมบ้าน

<u>สัปดาห์ที่ 9</u>

1) นัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน โดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน ที่ได้รับการอบรมในสัปดาห์ 7

2) ประเมินความสามารถกลุ่มบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความสามารถของบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

<u>สัปดาห์ที่ 10</u>

1) นัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันสรุปกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เล่าประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่ได้พบ เพื่อวิเคราะห์หาจุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรค และโอกาสพัฒนา เพื่อวางแผนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

2) ผู้ป่วยทบทวนความรู้ตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับการอบรมในสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5 ด้วยตนเองที่บ้าน

<u>สัปดาห์ที่ 11</u> เว้นการจัดกิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับการอบรมในสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5 ด้วยตนเองที่บ้าน

<u>สัปดาห์ที่ 12</u>

1) ประเมินความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกัน

2) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกัน

3) ประเมินผลผลลัพธ์ทางคลินิก

2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe; O) จากการที่ผู้วิจัยได้ร่วมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ เข้าใจแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ทฤษฎีเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) มีการนำเสนอแนวทางตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ผลการสังเกตการดำเนินงาน พบว่า รูปแบบการทำงานของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิในส่วนนอกสาธารณสุขมีการประสานงาน ทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการใช้ความมีส่วนร่วมและหลักวิชาการของแต่ละหน่วยงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อสารในเชิงสร้างสรรค์ ในกลุ่มผู้โรคเบาหวานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ

(Reflecting; R) การประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่มเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิในส่วนนอกสาธารณสุขมีการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบฯที่กำหนด และการประยุกต์ใช้กิจกรรมในแต่ละบริบทพื้นที่ เช่น เมนูชูสุขภาพของแต่ละพื้นที่ การติดตามเยี่ยมบ้านด้วยชมรมต่างๆ เป็นต้น ในกลุ่มผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม การดูแลตนเอง ซึ่งศึกษาเพิ่มเติมหลังจากการอบรมที่คู่มือสร้างความรอบรู้ด้านสุภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

3.ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.50 อายุเฉลี่ย 63.68 ± 9.58 ปี ระดับการศึกษา ปฐมศึกษา ร้อยละ 82.00 ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.50 รองลงมาคือ 5-10 ปี ร้อยละ 25.00 และ มากกว่า 10 ร้อยละ 20.50 จากการวิเคราะห์พบว่าก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ 54.27 คะแนนอยู่ระดับระดับพอใช้ และหลังดำเนินการคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ 60.32 อยู่ระดับดี และพบว่าก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คือ 25.13 คะแนนอยู่ระดับระดับเท่าค่าเฉลี่ย และหลังดำเนินการคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คือ 32.69 อยู่ระดับดีมาก ซึ่งปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{d}$ =6.05, 95%CI=3.71 – 8.39) และพฤติกรรมสุขภาพ ($\bar{d}$ =7.56, 95%CI=6.24 – 8.87) และพบว่า หลังการทดลองสูงกว่ากว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมระดับน้ำตาลเลือด (HbA1c) พบว่า หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\bar{d}$ =-0.83, 95%CI=-1.16 - -0.49)

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง (n=200)

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต	ก่อนดำเนินการ (n=200)		หลังดำเนินการ (n=200)		$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	54.27	12.12	60.32	11.65	6.05	5.09	3.71 – 8.39	<0.001
2. พฤติกรรมสุขภาพ	25.13	7.09	32.69	6.22	7.56	11.33	6.24 – 8.87	<0.001
3. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	7.72	1.74	6.89	1.65	-0.83	-4.89	-1.16 - -0.49	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี จากผลการศึกษาซึ่งพบว่า 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 34.14 พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยม ร้อยละ 58.91 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7) ร้อยละ 36.92 สอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงาน อายุ 45 -59 ปี2562–2564 โดยศูนย์ อนามัยที่ 8 อุดรธานี พบว่า ประชาชนวัยทำงานจังหวัดอุดรธานี มีการกินผัก 5 ทัพพี 4 วันขึ้นไป/สัปดาห์ ร้อยละ 57.24, 32.68,79.51 มีกิจกรรมทางกาย≥150 นาที/สัปดาห์ ร้อยละ 76.14, 46.82,74.88 มีพฤติกรรมการนอน 7-9 ชม.3 วันขึ้นไป/ สัปดาห์ ร้อยละ 32.57, 46.82,89.85 เติมเครื่องปรุงรสเค็มมากเกิน ร้อยละ 70.64, 72.81,67.43 ดื่ม เครื่องดื่มรสหวานมากเกิน ร้อยละ 79.35, 29.17,32.57 มี สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.56, 8.09,13.82 ดื่ม แอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.91, 32.51,38.56 และการสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2565 พบว่า มีพฤติกรรม เติมหวาน ร้อยละ 62.49 มีพฤติกรรมเติมเค็ม ร้อยละ 90.57 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 34.49 สูบบุหรี่ ร้อยละ 9.05 ดื่มสุรา ร้อยละ 30.2 มีพฤติกรรมพึงประสงค์ 4 ด้าน ร้อยละ 51.75 พฤติกรรมสุขภาพนี้มีผลจากการ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับความเร่งรีบและการแข่งขันที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อโรคเบาหวาน[9] สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตรวิถีชีวิต สำหรับกลุมวัยก่อนสูงอายุ(Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อม เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่ามีค่าคะแนนผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต ร้อยละ 35.53[10]

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้เกิดแนวทางและหมายที่ชัดเจนในดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการทำงานร่วมกันของภาคีในทุกขั้นตอนของการพัฒนา เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการและร่วมประเมิน การดำเนิน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม 2) สร้างคู่มือสร้างความรอบรู้ด้านสุภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) 4) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) เยี่ยมเสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้[11] การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยกลวิธีและโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิตและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อมและสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ[12]

ผลการประเมินหลังนำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วน

ร่วม จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และพบว่าหลังการทดลองสูงกว่ากว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษา หลังการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) [13] และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ระดับ HbA1c ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[14]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนานโยบายเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

2) ภาครัฐ ควรส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาตอยอดให้ดียิ่งขึ้น และพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เ

3) ส่งเสริมการอบรมบุคลากรในหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเทคนิคการสื่อสารเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4) จัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่โดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือสร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามบริบทพื้นที่

2) ควรมีการจัดฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นในการจัดบริการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตรวิถีชีวิตให้กับผู้ให้บริการ

3) กระตุ้นให้ชุมชนสร้างเครือข่ายสนับสนุนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และองค์กรในชุมชน เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเป็นการศึกษาระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลา การศึกษาเป็น 1 ปี เพื่อติดตามความต่อเนื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2) ศึกษาความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบท เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินการ

3) ควรมีการบูรณาการในภาครัฐ เอกชน และประชาชน ร่วมกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัดเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันทุกภาคส่วน

4) ศึกษาการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ หรือเครื่องมือติดตามพฤติกรรมสุขภาพออนไลน์ เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1.กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. นนทบุรี:กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2562

2.อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 2562. นนทบุรี : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

3.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. [อินเทอร์เน็ต] สืบค้นเมื่อ30 พฤษภาคม2567 สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc.

4.Ingsathit A , Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al.Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrology Dialysis Transpllant. 2010;25(5): 1567-75.

5.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรัง (CKD) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

6.World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva; 1998.

7.Sadiq IZ. Lifestyle medicine as a modality for prevention and management of chronic diseases. J Taibah Univ Med Sci 2023;18(5):1115-7.

8.Kemmis, S. and Mc. R., Taggart. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press.; 1990.

9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ จังหวัดอุดรธานี รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2566.

10.เกษม เวชสุทธานนท์. การพัฒนารูปแบบบริการสรางเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตรวิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อม เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;46(2):111-128.

11.เพ็ญวิภา นิลเนตร และณฐกร นิลเนตร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2566;5(1):27-38.

12.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ.กรุงเทพฯ: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด; 2563.

13.สมจิตต์ สินธุชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล,จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

14.สมเกียรติ ทองเล็ก, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ และจำเนียร สุวรรณชาติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(4), 964- 973

การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนพลาสติกยานยนต์

Improvement of Workstations and Work Postures to Reduce Ergonomic Risks and Muscle Fatigue for Workers in a Plastic Automotive Parts Manufacturing Plant

(Received: December 4,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

วรพล สงชุม[1], เสรีย์ ตู้ประกาย[1], ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช[1], นันท์นภัสร อินยิ้ม[1], โกวิท สุวรรณหงษ์[2], วัฒนา จันทะโคตร[3]
Worapon Songchum[1], Seree Tuprakay[1], Piyarat Premanoch[1], Nannapasorn Inyim[1], Kowit Suwannahong[2] and Wattana Chanthakhot[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และประเมินความรู้สึกปวดเมื่อยล้า ของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ ประเภทพลาสติก ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน และเพื่อออกแบบปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน ให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ โดยทำการศึกษากับ ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วยแผนกฉีดขึ้นรูปและแผนกบรรจุชิ้นงาน จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment) แบบสอบถามความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ Paired Samples T-Test

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของพนักงานก่อนการปรับปรุงสถานีงานยังอยู่ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 11.20±1.014 และ 9.0±1.095) แต่หลังการปรับปรุงด้วยการออกแบบและติดตั้งตัวปรับระดับความสูงของโต๊ะทำงาน ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 4.07±1.033 และ4.50±2.811) นอกจากนี้ ระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ของผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูปและแผนกบรรจุชิ้นงาน ก่อนปรับปรุงท่าทางการทำงานมีอัตราที่ลดลงหลังการปรับปรุงท่าทางการทำงานด้วยการออกแบบและติดตั้งที่พักเท้า ในพื้นที่ปฏิบัติงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงสถานีงานร่วมกับการปรับปรุงท่าทางการทำงานส่งผลให้ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของพนักงานแผนกบรรจุชิ้นงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

คำสำคัญ: การปรับปรุงสถานีงาน,การปรับปรุงท่าทางการทำงาน, การยศาสตร์, ประเมินความเสี่ยงการยศาสตร์, ที่พักเท้า

Abstract

This study is an experimental research aimed at assessing ergonomic risks and evaluating muscle fatigue feelings of workers in a plastic automotive parts manufacturing plant before and after the improvement of workstations and work postures. The study also aims to design and improve workstations and work postures in accordance with ergonomic principles. The participants included 21 workers from the injection molding and packaging departments. The tools used for this research were the Rapid Entire Body Assessment (REBA) for evaluating ergonomic postures and a questionnaire to assess muscle fatigue of the musculoskeletal system. Data analysis was performed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics through the Paired Samples T-Test.

[1] สาขาวิชาวิศวกรรมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[3] คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี

The results revealed that the ergonomic risk levels of workers before the improvement were still very high (mean scores of 11.20±1.014 and 9.0±1.095). However, after improvements were made by designing and installing height-adjustable work tables, the ergonomic risk levels decreased to a moderate level (mean scores of 4.07±1.033 and 4.50±2.811). Furthermore, the levels of muscle fatigue in various parts of the body for workers in the injection molding and packaging departments significantly decreased after the improvement of work postures through the design and installation of footrests in the work area. This indicates that the combined improvement of workstations and work postures led to a statistically significant reduction in ergonomic risks for workers in the packaging department (p-value<0.05).
Keywords: Workstation Improvement, Work Posture Improvement, Ergonomics, Ergonomic Risk Assessment, Footrest.

บทนำ

ในยุคปัจจุบัน อุตสาหกรรมการผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในกลุ่มอุตสาหกรรมที่ต้องการผลิตชิ้นส่วนที่มีความแม่นยำและคุณภาพสูง[1] แม้ว่ากระบวนการผลิตจะถูกพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางตลาด แต่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการยศาสตร์ (Ergonomics) ที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสถานีงาน การใช้ท่าทางที่ถูกต้อง และการจัดอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสรีระของผู้ปฏิบัติงาน[2]

อุตสาหกรรมการผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติก ผู้ปฏิบัติงานต้องเผชิญกับความเสี่ยงจากการทำงานที่ซ้ำซากและใช้ท่าทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การยืนหรือก้มในท่าทางที่ไม่สะดวกต่อเนื่องเป็นเวลานาน การยกของหนักในลักษณะที่ไม่ถูกต้อง และการทำงานในพื้นที่ที่จำกัด ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal Disorders: MSDs)[3] ผลกระทบดังกล่าวไม่ได้มีเพียงแค่ในระดับบุคคล แต่ยังรวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ เช่น การลดประสิทธิภาพการทำงาน การสูญเสียเวลาทำงาน และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

จากผลการศึกษาการประเมินความเสี่ยงการยศาตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment)[4] และการประเมินความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตเสารั้วลวดหนาม พบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีคะแนนความเสี่ยงทางการยศาสตร์และระดับความรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณหลังส่วนล่าง ขา และเท้าอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งเกิดจากสถานีงานและท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกในระยะยาว[5] นอกจากนี้ จากการศึกษาการปรับปรุงท่าทางการทำงานของพนักงานในอุตสาหกรรมตีมีดโดยใช้หลักการยศาสตร์ พบว่าหลังจากมีการปรับปรุงท่าทางการทำงานแล้ว คะแนนความเสี่ยงทางการยศาสตร์และระดับความรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณไหล่ แขนส่วนบน และหลังส่วนล่างลดลงอย่างชัดเจน[6] ดังนั้น การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานตามหลักการยศาสตร์จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์และความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในระยะยาว แต่ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ[7]

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ท่าทางการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติก โดยมีการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment)[4] และประเมินระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานที่มีความเสี่ยง

ทางการยศาสตร์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงาน
2. เพื่อประเมินความรู้สึกเมื่อยล้า ก่อนและหลังการปรับปรุงท่าทางการทำงาน
3. เพื่อปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานให้ถูกตามหลักการยศาสตร์

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (Experimental Study) เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และประเมินความรู้สึกปวดเมื่อยล้า ของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติก แห่งหนึ่ง ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน และเพื่อออกแบบปรับปรุงสถานีงานรวมถึงปรับปรุงท่าทางการทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมชิ้นส่วนพลาสติกยานยนต์แห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี โดยจำแนกตามลักษณะงานได้เป็น 2 แผนก ได้แก่ แผนกฉีดขึ้นรูป และแผนกบรรจุชิ้นงาน จำนวน 21 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นเพศหญิง อายุ 25-45 ปี มีอายุการทำงานในปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมชิ้นส่วนพลาสติกยานยนต์ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ รวมถึงไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือรับการรักษาอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่วินิจฉัยโดยแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การประเมินการยศาสตร์ท่าทางการทำงานด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment) การประเมินท่าทางการทำงานด้วยวิธี REBA[4] จะแบ่งการประเมินออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่ม A ซึ่งประเมินส่วนของคอ ลำตัว และขา และกลุ่ม B ซึ่งประเมินส่วนของแขนและข้อมือ การประเมินประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยในขั้นตอนที่ 6 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย จะนำคะแนนความรุนแรงที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5 มาสรุปเพื่อประเมินระดับความเสี่ยง ผลการประเมินความเสี่ยงจะแปลผลเป็น 5 ระดับตามคะแนนรวมดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ความเสี่ยงน้อยมาก คะแนน 2-3 หมายถึง ความเสี่ยงน้อย คะแนน 4-7 หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและปรับปรุง คะแนน 8-10 หมายถึง ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและรีบปรับปรุง คะแนน >11 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ควรรีบดำเนินการปรับปรุงทันที

2. แบบสอบถามความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง แบบสอบถามนี้ได้รับการปรับปรุงจากแบบประเมิน Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ)[8]และแบบประเมิน Visual Analogue Scale (VAS)[9]โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความรู้สึกของตนเอง และทำสัญลักษณ์ X บนเส้นที่แสดงระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้า ซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร จากนั้นจะวัดระยะห่างจากด้านซ้ายสุดของเส้นไปจนถึงจุดตัดของสัญลักษณ์ เพื่อคำนวณเป็นคะแนนของความรู้สึกปวดเมื่อยล้า โดยคะแนนจะแบ่งออกเป็น 0 ถึง 10[9]

การแปลผลคะแนนความรู้สึกปวดเมื่อยล้ามีดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกปวดเมื่อยล้า คะแนน 1-3 หมายถึง ความรู้สึกปวดเมื่อยล้าน้อย ไม่มีความทุกข์ทรมานหรือกังวลจากความรู้สึกปวดเมื่อยล้า คะแนน 4-6 หมายถึง ความรู้สึกปวดเมื่อยล้าปานกลาง มีความทุกข์ทรมานพอสมควร แต่ยังสามารถทนได้ คะแนน 7-9 หมายถึง ความรู้สึกปวดเมื่อยล้ามาก รู้สึกทุกข์ทรมานมากจนไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ คะแนน 10 หมายถึง ความรู้สึกปวดเมื่อยล้ารุนแรงจนทนไม่ไหว[9]

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทำการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment) และประเมินระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ก่อนการปรับปรุงสถานีงาน

2. ออกแบบและปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน โดยติดตั้งอุปกรณ์ปรับระดับความสูงของโต๊ะเพื่อให้เหมาะสมกับสรีระของพนักงาน และติดตั้งที่พักเท้าเพื่อลดความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของพนักงาน

3. จัดอบรมด้านการยศาสตร์เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการปรับปรุงท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง พร้อมติดตามผลและสังเกตท่าทางการทำงานของพนักงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน

4. ทำการประเมินซ้ำ ทั้งการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA และการประเมินความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง หลังจากการปรับปรุงสถานีงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าสถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายท่าทางการทำงานโดยใช้วิธีการประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงาน และความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และค่าคะแนนความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน โดยใช้สถิติ Paired Samples T-Test

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก เลขที่โครงการ ที่ อว 0651.303(6)/992 วันที่ 30 กรกฎาคม 2567 หมายเลข COA No.027 RMUTTO REC No. 024/2567

ผลการศึกษา

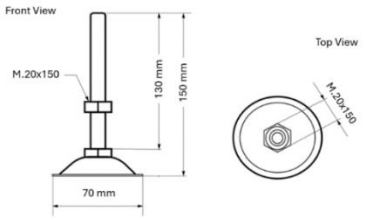
ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ (ก่อนปรับปรุงสถานีงาน) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูป (n=15) ซึ่งมีการประเมินการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA ผลการประเมินส่วนใหญ่มีคะแนน Final score เท่ากับ 11 ขึ้นไป แปลความหมายได้ที่ระดับความเสี่ยงระดับ 5 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ควรรีบปรับปรุงทันที ร้อยละ 60 และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน(n= 6) ซึ่งมีการประเมินการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA ผลการประเมินมีคะแนน Final score เท่ากับ 11 ขึ้นไป แปลความหมายได้ที่ระดับความเสี่ยงระดับ 5 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ควรรีบปรับปรุงทันที ร้อยละ 50

ผลการประเมินความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ก่อนปรับปรุงท่าทางการทำงาน)

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูป (n=15) มีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลังส่วนล่าง ค่าเฉลี่ย 8.733±1.163 รองลงมา คือ ข้อเท้า ระดับคะแนนเฉลี่ย 8.333± 1.345 และน่องขา ค่าเฉลี่ย 8.267±1.335 ตามลำดับ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน (n=6) มีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ น่องขา ค่าเฉลี่ย 8.833±1.169 รองลงมา คือ สะโพก/ต้นขา ระดับคะแนนเฉลี่ย 8.167± 1.941 และหลังส่วนล่าง ค่าเฉลี่ย 7.5±1.378ตามลำดับ

การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน

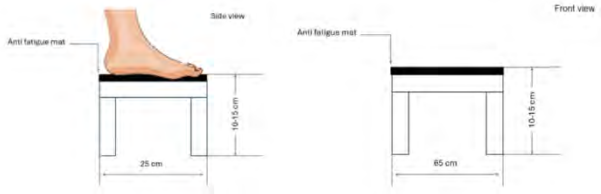
จากผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA ผู้วิจัยพบว่าควรมีการปรับปรุงปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานของพนักงานในแผนกฉีดขึ้นรูปและแผนกบรรจุชิ้นงาน เนื่องจากมีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และ ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ความเสี่ยงสูงสุด เพื่อให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ โดยมีการออกแบบปรับปรุงสถานีงาน คือการออกแบบและติดตั้ง ตัวปรับระดับความสูงของโต๊ะทำงาน ในสถานีงาน ที่สามารถปรับระดับความสูงได้สูงสุด 15 เซนติเมตร โดยพนักงานส่วนใหญ่เลือกปรับระดับความสูงของโต๊ะที่ 85 เซนติเมตรจากเดิม 75 เซนติเมตร เพื่อปรับระดับความสูงของโต๊ะทำงานให้เข้ากับสรีระของพนักงาน และมีการออกแบบและติดตั้งที่พักเท้า ในพื้นที่ปฏิบัติงาน เพื่อลดความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยขนาดความสูงของที่พักเท้าที่นั้น จะอยู่ที่ขนาด 10% ของส่วนสูงผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งความสูงของที่พักเท้าส่วนใหญ่ของผู้ปฏิบัติงานจะอยู่ที่ 10-15 เซนติเมตร ดังแสดงใน ภาพที่ 1, 2, 3, 4 และ 5



ภาพที่ 1 ตัวปรับระดับความสูงของโต๊ะทำงาน



ภาพที่ 2 การปรับปรุงสถานีงานด้วยตัวปรับ



ระดับความสูงของโต๊ะทำงาน

ภาพที่ 3 การปรับปรุงท่าทางการทำงานด้วยที่พักเท้าในพื้นที่ปฏิบัติงาน เพื่อลดความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง



(ก) ก่อนปรับปรุง (ข) หลังปรับปรุง

ภาพที่ 4 สถานีงานและท่าทางการทำงานของพนักงานแผนกฉีดขึ้นรูป ก่อนและหลังการปรับปรุง



(ก) ก่อนปรับปรุง (ข) หลังปรับปรุง

ภาพที่ 5 สถานีงานและท่าทางการทำงานของพนักงานแผนกบรรจุชิ้นงาน ก่อนและหลังการปรับปรุง

ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ (หลังปรับปรุงสถานีงาน) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูป (n=15) ซึ่งมีการประเมินการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA ผลการประเมินส่วนใหญ่มีคะแนน Final score เท่ากับ 4-7 แปลความหมายได้ที่ระดับความเสี่ยงระดับ 3 หมายถึงความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติม ร้อยละ 53.33 และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน(n= 6) ซึ่งมีการประเมินการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA ผลการประเมินมีคะแนน Final score เท่ากับ 2-3 แปล

ความหมายได้ที่ระดับความเสี่ยงระดับ 2 หมายถึง ความเสี่ยงน้อย ยังไม่ต้องมีการปรับปรุง ร้อยละ 83.33

ผลการประเมินความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (หลังปรับปรุงท่าทางการทำงาน) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูป (n=15) มีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ น่องขา ค่าเฉลี่ย 4.2±1.424 รองลงมา คือ หัวเข่า ระดับคะแนนเฉลี่ย 4.2± 1.146 และสะโพก/ต้นขา ค่าเฉลี่ย 4.133±0.915 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน (n=6) มีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หัวเข่า ค่าเฉลี่ย 3.833±0.983 รองลงมา คือ ข้อเท้า ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.667± 0.516 และน่องขา ค่าเฉลี่ย 3.333±1.211 ตามลำดับ

ความแตกต่างของระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ก่อนและหลังปรับปรุงสถานีงาน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังปรับปรุงสถานีงาน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูป พบว่า ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ก่อนปรับปรุงสถานีงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.20±1.014 หลังปรับปรุงสถานีงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07±1.033 ซึ่งระดับความเสี่ยงหลังการปรับปรุงสถานีงานมีระดับความเสี่ยงลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังแสดงใน ตารางที่ 1

สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน พบว่า ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ก่อนปรับปรุงสถานีงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.0±1.095 หลังปรับปรุงสถานีงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50±2.811 ซึ่งระดับความเสี่ยงหลังการปรับปรุงสถานีงานมีระดับความเสี่ยงลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังปรับปรุงสถานีงาน แผนกฉีดขึ้นรูป

ระดับความเสี่ยง	Mean	S.D.	t	df	P-value
ก่อนปรับปรุงสถานีงาน	11.20	1.014	53.500	14	0.000*
หลังปรับปรุงสถานีงาน	4.07	1.033			

หมายเหตุ: P-value มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังปรับปรุงสถานีงาน แผนกบรรจุชิ้นงาน

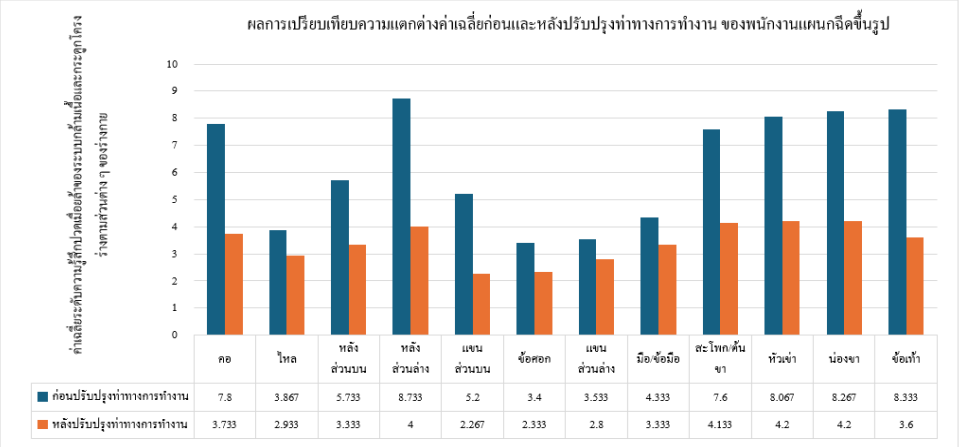
ระดับความเสี่ยง	Mean	S.D.	t	df	P-value
ก่อนปรับปรุงสถานีงาน	9	1.095	4.700	5	0.005*
หลังปรับปรุงสถานีงาน	4.5	2.811			

หมายเหตุ: P-value มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความแตกต่างของระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ก่อนและหลังปรับปรุงท่าทางการทำงาน

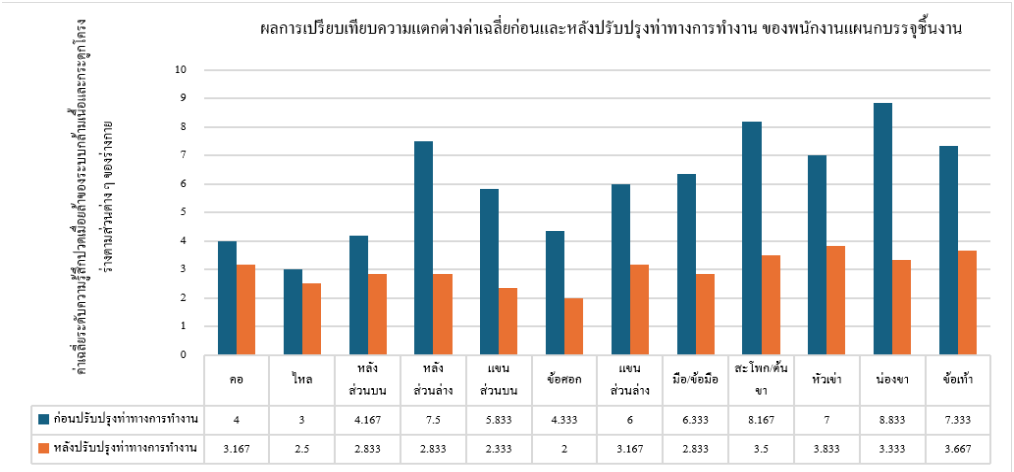
จากการศึกษาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าก่อนและหลังการปรับปรุงท่าทางการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูป พบว่า ระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก่อนการปรับปรุงที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) หลังส่วนล่าง มีค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงที่ 8.733±1.163 และลดลงหลังปรับปรุงเป็น 4.00±1.254 ข้อเท้า ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงอยู่ที่ 8.333±1.345 และลดลงหลังปรับปรุงเป็น 3.60±0.986 และน่องขา ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงอยู่ที่ 8.267±1.335 และลดลงหลัง

ปรับปรุงเป็น 4.20±1.424 นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอื่น ๆ ก็มีอัตราที่ลดลงหลังการปรับปรุงท่าทางการทำงาน ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังปรับปรุงท่าทางการทำงาน ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูป

สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการปรับปรุงท่าทางการทำงาน พบว่า ระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ก่อนการปรับปรุงที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ น่องขา ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงที่ 8.833±1.169 และลดลงหลังการปรับปรุงเป็น 3.333±1.211 สะโพก/ต้นขา ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงที่ 8.167±1.941 และลดลงหลังปรับปรุงเป็น 3.50±1.225 และหลังส่วนล่าง ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงที่ 7.50±1.378 และลดลงหลังปรับปรุงเป็น 2.833±0.983 นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของส่วนอื่น ๆ ของร่างกายก็มีการลดลงหลังการปรับปรุงท่าทางการทำงานตามที่แสดงในภาพที่ 7



ภาพที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังปรับปรุงท่าทางการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และความรู้สึกปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูปและบรรจุชิ้นงาน พบว่าการปรับปรุงสถานีงานส่งผลให้ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และความรู้สึกปวดเมื่อยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังต่อไปนี้

ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ (ก่อนและหลังปรับปรุงสถานีงาน) ในการศึกษา กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูป พบว่าระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ก่อนการปรับปรุงสถานีงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.20 ± 1.014 หลังการปรับปรุงมีค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 4.07 ± 1.033 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระดับความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ก่อนการปรับปรุงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.0 ± 1.095 และหลังการปรับปรุงมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 4.50 ± 2.811 ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่าระดับความเสี่ยงลดลงและมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (p-value < 0.05)

ความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของ (ก่อนและหลังปรับปรุงท่าทางการทำงาน) ในการศึกษาค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าก่อนและหลังการปรับปรุงท่าทางการทำงาน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกฉีดขึ้นรูปพบว่าระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก่อนการปรับปรุงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลังส่วนล่าง ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงท่าทางการทำงานอยู่ที่ 8.733 ± 1.163 หลังการปรับปรุงท่าทางการทำงานลดลงเป็น 4.00 ± 1.254 ข้อเท้า ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงท่าทางการทำงานอยู่ที่ 8.333 ± 1.345 หลังการปรับปรุงท่าทางการทำงานลดลงเป็น 3.60 ± 0.986 และน่องขา ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงท่าทางการทำงานอยู่ที่ 8.267 ± 1.335 หลังการปรับปรุงท่าทางการทำงานลดลงเป็น 4.20 ± 1.424 สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกบรรจุชิ้นงาน พบว่าระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าก่อนการปรับปรุงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ น่องขา ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงอยู่ที่ 8.833 ± 1.169 ลดลงเป็น 3.333 ± 1.211 สะโพก/ต้นขา ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงอยู่ที่ 8.167 ± 1.941 ลดลงเป็น 3.50 ± 1.225 และหลังส่วนล่าง ค่าเฉลี่ยก่อนปรับปรุงอยู่ที่ 7.50 ± 1.378 ลดลงเป็น 2.833 ± 0.983 โดยค่าเฉลี่ยความรู้สึกปวดเมื่อยล้าของส่วนอื่น ๆ ของร่างกายก็แสดงให้เห็นการลดลงอย่างชัดเจนหลังการปรับปรุงท่าทางการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการปรับปรุงท่าทางการทำงานของพนักงานในอุตสาหกรรมตีมีดด้วยหลักการยศาสตร์ พบว่า หลังจากการปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงาน คะแนนความเสี่ยงทางการยศาสตร์และระดับความรู้สึกปวดเมื่อยล้าบริเวณไหล่ แขนส่วนบน และหลังส่วนล่างลดลงอย่างชัดเจน[6] การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานตามหลักการยศาสตร์จึงถือเป็นแนวทางที่สำคัญในการลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์และอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกในระยะยาว แต่ยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาจะพบว่า การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานเพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนพลาสติกยานยนต์ มีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนพลาสติกยานยนต์ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการติดตามผลการปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การประเมินด้านการยศาสตร์เช่นเดียวกับที่ใช้ในงานวิจัย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการปรับปรุงนั้นเป็นผลดีต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง

2. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในด้านการพัฒนาอุปกรณ์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ช่วยลดความเสี่ยงในการทำงานที่ต้องใช้แรงจากกล้ามเนื้อ เช่น เครื่องจักรที่สามารถปรับระดับได้อัตโนมัติ หรือตัวช่วยในกระบวนการยกของหนัก ที่สามารถลดภาระการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

3. ควรมีการจัดตารางหมุนเวียนงานระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ต้องทำงานในท่าทางที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลานาน ควรมีการสลับทำงานที่ใช้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เพื่อลดการใช้งานเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งมากเกินไป

4. ควรส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน โดยสนับสนุนให้มีการหยุดพักระหว่างการทำงานอย่างเพียงพอ และส่งเสริมการนำเทคนิคการประเมินความเสี่ยงและการปรับปรุงด้านการยศาสตร์มาใช้ในทุกสถานีงานอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี และคณะวิศวกรรมศาสตร์ สาขาวิศวกรรมความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยรามคำแหง รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.อุตสาหกรรมพัฒนามูลนิธิ สถาบันยานยนต์. กลไกสำคัญของประเทศไทยเพื่อยกระดับอุตสาหกรรมยานยนต์แห่งอนาคต. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ย. 67] เข้าถึงจาก: https://thaiauto.or.th/2020/th/news/?news_id=5293.

2.สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน. การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานโดยการใช้การประเมินด้านการยศาสตร์เพื่อการปรับปรุงงาน. [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ย. 67] เข้าถึงจาก: https://www.ohswa.or.th/17644133/ergonomics-make-it-simple-ep4.

3.สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน. การยศาสตร์และปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่ทำให้เกิด Musculoskeletal Disorders. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 14 พ.ย. 67] เข้าถึงจาก: https://www.ohswa.or.th/17805876/ergonomics-and-workstation-design-series-ep1.

4. Hignett, S., & McAtamney, L. Rapid entire body assessment (REBA). Applied Ergonomics 2000; 31:201-205.

5. ศิวนาถ ปวรรณา. การประเมินและการลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในการผลิตเสารั้วลวดหนาม : บริษัทพิบูลย์คอนกรีต จำกัด. [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2562.

6.อรณิชา ยมเกิด, ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา และนิวิท เจริญใจ. การปรับปรุงท่าทางการนั่งทำงานของพนักงานในอุตสาหกรรมตีมีดด้วยหลักการยศาสตร์. วารสารวิศวกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2558; 22(3):10-20.

7.วรพล สงชุม, เสรีย์ ตู้ประกาย, ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช, นันท์นภัสร อินยิ้ม, โกวิท สุวรรณหงษ์ และวัฒนา จันทะโคตร. การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของกลุ่มพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(3):153-159.

8. Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G. & Jørgensen, K. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Applied Ergonomics 1987; 18(3):233–237.

9. DeLoach, L. J., Higgins, M. S., Caplan, A. B. & Stiff, J. L. The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale. Anesthesia and Analgesia 1998; 86(1):102–106.

ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ
Results of using participatory Drug addiction treatment model in community Hua Thon Subdistrict, Suwannaphum District

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

นริศ คมจิตร[1]
Naris Komjit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ และศึกษารูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินงาน ความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: การบำบัดยาเสพติด การมีส่วนร่วมในชุมชน

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the situation of participatory drug treatment in the community of Hua Thon Subdistrict, Suwannaphum District and to study the model of participatory drug treatment in the community of Hua Thon Subdistrict, Suwannaphum District. The study period is between September 2024 and December 2024, a total of 4 months. The sample group includes 60 community leaders of Hua Thon Subdistrict, Suwannaphum District. 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 after the implementation, the opinions of community leaders on the potential of the community in drug treatment with community participation were at the highest level overall and in each aspect. The opinions of community leaders on the potential of the community in drug treatment with community participation before and after the implementation were found to be statistically significant at the 0.05 level, where the opinions of community leaders on the potential of the community in drug treatment with community participation after the implementation had a higher mean score than before the implementation.

Keywords: drug treatment, community participation

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดทั่วโลกยังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยในปีล่าสุดมีการจับกุมยาเสพติดประเภทต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกัญชา ซึ่งมีการจับกุมถึง 5,174 ตัน ตามมาด้วยโคเคน 1,436 ตัน และฝิ่น 727 ตัน นอกจากนี้ ยาเสพติดสังเคราะห์ เช่น เมทแอมเฟตามีน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และอเมริกาเหนือ การแพร่ระบาดของ COVID-19 ยังส่งผลให้การค้ายาเสพติดมีการปรับตัวและดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็ว แม้จะมีการปิดพรมแดนในช่วงแรก สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นของตลาดยาเสพติดและความท้าทายในการควบคุมและปราบปรามยาเสพติดในระดับโลก[1] ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างชัดเจน ปัญหานี้มีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น สถานภาพทางครอบครัวที่ไม่ดี อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ขาดการศึกษาเกี่ยวกับโทษภัยของยาเสพติด นอกจากนี้ การผลิตและการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้านยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะการผลิตในครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการปราบปรามจากเจ้าหน้าที่ แต่การแพร่ระบาดของยาเสพติดยังคงไม่ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้การแก้ไขปัญหานี้ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันการติดยาเสพติดในอนาคต[2]

ในประเทศไทย ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยมีผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากที่เข้าสู่กระบวนการรักษาในแต่ละปี ข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์ระบุว่ามีผู้ต้องโทษในคดีเกี่ยวกับยาเสพติดประมาณ 247,727 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 80 ของจำนวนคนทั้งหมดที่ถูกคุมขังในปี 2563 นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่ผู้เสพยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคม เช่น สถานภาพครอบครัวที่ไม่ดี อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และขาดความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของยาเสพติด การแก้ไขปัญหานี้จึงต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันการติดยาเสพติดในอนาคต

การบำบัดยาเสพติดเป็นกระบวนการสำคัญในการแก้ปัญหายาเสพติด ที่มุ่งหวังเพื่อฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สังคม โดยมีหลายวิธีการที่สามารถนำมาใช้ เช่น การบำบัดทางการแพทย์ การบำบัดทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม การบำบัดทางการแพทย์มักรวมถึงการใช้ยาเพื่อช่วยลดอาการถอนยาและควบคุมอาการเสพติด ในขณะที่การบำบัดทางจิตใจจะเน้นการให้คำปรึกษาและการบำบัดพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ติดยาเข้าใจถึงสาเหตุของการเสพติดและพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหาชีวิต นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนก็มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้ติดยา โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกยาเสพติดและการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติดในสังคม การบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายเพื่อให้ผู้ติดยาได้รับการดูแลอย่างครบวงจร สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drug and Crime: UNODC) ได้นิยามการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาเสพติด หมายถึง รูปแบบการรักษาในเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาในชุมชนเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ การรักษาในระยะเริ่มต้น ถึงการรักษาแบบการถอนพิษยาและสร้างความเสถียรภาพ จนถึงการติดตามผลการรักษาและการคืนผู้ป่วยสู่สังคม รวมถึงการบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่อง โดยเกี่ยวข้องถึงการประสานงานร่วมกับหลายหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ สังคม และการบริการอื่นๆ จากบุคคลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ

เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยอย่างเข็มแข็งในการแก้ปัญหายาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว[3]

การมีส่วนร่วมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์กรชุมชนประกอบด้วย องค์กรพัฒนาเอกชนที่จะช่วยระบุตัวผู้ที่ใช้ยาเสพติด โดยมีการตรวจคัดกรองขั้นพื้นฐานของปัญหายาเสพติด และส่งต่อไปยัง หน่วยบริการสุขภาพเบื้องต้นเมื่อจำเป็น องค์กรชุมชนจะมุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมด้านสุขภาพและสนับสนุนขั้นพื้นฐาน การส่งเข้าสู่สังคม และการบริการฟื้นฟูสภาพจิตใจ 2) ศูนย์สุขภาพให้การบริการตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษา โดยมีการให้ บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นและการบริการอื่นๆ ผู้ป่วยบางรายอาจจะถูกนำส่งไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น เช่น การรักษาโรคเฉพาะทางในการเสพยาเสพติด โรคติดเชื้อและความผิดปกติทางจิต และ 3) หน่วยสวัสดิการทางสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ให้การศึกษา ให้คำปรึกษา ฝึกอบรมทักษะอาชีพ สร้างโอกาสในการหารายได้ให้สินเชื่อขนาดเล็กให้กับคนที่มีฐานะยากจน และการสนับสนุนทางด้านจิตใจและทางสังคมอื่นๆ[3] โดยชุมชนต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอน ชุมชนเป็นเจ้าของสามารถตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่นๆ ได้รูปแบบของการบำบัดรักษาที่ตรงกับความต้องการของชุมชนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชุมเป็นศูนย์กลาง[4]โดยการนำปัญหามาพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน ร่วมกับกระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน พบว่าผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตทุกรายได้รับการรักษา ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ผ่านการบำบัดทุกคนไม่กลับไปเสพซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จังหวัดร้อยเอ็ดได้มีการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่นเน้นการดำเนินการนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล (Quick Win) ไม่ว่าจะเป็น มาตรการปราบปรามและบังคับใช้กฎหมาย มาตรการยึดทรัพย์สินคดียาเสพติด รวมถึงมาตรการบำบัดรักษา ตามแนวทางการดำเนินโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม การดูแลผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรง โดยขอให้ทุกหน่วยงานในพื้นที่ปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และคอยเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด โดยดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน การปราบปรามและบังคับใช้กฎหมาย และบำบัดรักษา เพื่อป้องกันยาเสพติดไม่ให้ระบาดในพื้นที่ ตลอดจนสร้างความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาสาเสพติดในพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อประเทศชาติ และสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากยาเสพติด ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเสพยาเสพติดในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ

3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม) Participatory Action Research (

ประชากร

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 12 หมู่บ้าน รวมจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ โดยมีกิจกรรมของรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ ได้แก่ การสืบสภาพชุมชน การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด การคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีขั้นตอนประกอบด้วยการเตรียมการ การปฏิบัติการ และการส่งต่อความยั่งยืน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ เป็นแบบ Rating scale 5ระดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษา รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ

1.2 กำหนดกิจกรรมรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ

1.3 การดำเนินการรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ

1.4 สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์ข้อมูล

.1การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน และผลการบำบัดผู้เสพยาเสพติด ก่อนและหลังดำเนินการสถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการศึกษา

1. ความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมใน

ชุมชน ก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ ประกอบด้วย

2.1 ขั้นเตรียมการ ได้แก่ 1)ประชุมวางแผนแต่งตั้งชุดปฏิบัติการ สืบสภาพชุมชน 2)การจัดทำพิธีเปิดและการลงนาม MOU หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยมีประชาชนในชุมชนร่วมพิธีและเป็นสักขีพยานประกาศให้เป็นวาระของหมู่บ้าน 3)จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ชุดปฏิบัติการระดับชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืน 4) ประชุมชุดปฏิบัติการระดับอำเภอและพื้นที่มอบหมายหน้าที่และทบทวนรูปแบบการดำเนินงานให้ทีมเข้าใจในแนวทางเดียวกัน และร่วมกันเตรียมอุปกรณ์ เอกสาร ต่างๆในการดำเนินงาน

2.2 ขั้นปฏิบัติการ ได้แก่ 1)ชุดปฏิบัติการทุกระดับเข้าดำเนินการในพื้นที่ค้นหาโดยกำหนดวันใน การ X ray 2) ดำเนินการ X-ray 100 % ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด 3)กระบวนการกลั่นกรองและรับรองบุคคลที่ผ่านการตรวจปัสสาวะ โดยคณะกรรมการคุ้ม 4) ดำเนินการคัดกรองผู้ที่มีผลปัสสาวะเป็นบวกโดยศูนย์คัดกรอง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 คือ รพ.สต./โรงพยาบาล 5) กำหนดกิจกรรมตรวจปัสสาวะในชุมชน ณ ศปก.ชุมชน ทุก 4 วัน รวมทั้งหมด 16 ครั้ง (กิจกรรมรอง) 6) กำหนดกิจกรรมบำบัดรักษารูปแบบ CBTx. ทุกสัปดาห์ทั้งหมด 9 ครั้ง และ 7) จัดประชุมประชาคมครั้งที่ 3

2.3 ขั้นส่งต่อความยั่งยืน ได้แก่ 1) การรักษาสภาพหมู่บ้าน/ชุมชน 2) เฝ้าระวังโดยชุดปฏิบัติการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การส่งมอบพื้นที่ และ 4) การติดตามประเมินผล

3. ความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชนหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การเสพยาเสพติดในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ ซึ่งเป็นไปตาม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วมกรณีศึกษาบ้านหนองแวง หมู่1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม[5] พบว่า : 1) ปี2563 - 2565 ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต กลุ่มสีแดงเพิ่มขึ้นทุกปีและก่อความรุนแรงในชุมชน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การรักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำครอบครัวขาดการตระหนักในการดูแล ปกปิดข้อมูล ชุมชนตีตราบาป รังเกียจและหวาดกลัวผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมี ส่วนร่วม ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อบรม อสม.บั๊ดดี้และแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งศูนย์ตะวัน ฟ้าใสสานดวงใจ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหมู่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีเครือข่ายสี่ประสานทหารเสือ (ตำรวจ สาธารณสุข ปกครอง ท้องถิ่น) ในการขับเคลื่อนงานคืนข้อมูลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาปัญหาและแนวทางการดำเนินงานแต่ละวงรอบ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนมีส่วนร่วม 3) ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า จากผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทาง

จิต จำนวน 15 คนแบ่งเป็น สีแดง 7 คน เหลือง 4 คน เขียว 3 คน และขาว 1 คน เมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปีพบว่า สามารถลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติด โดยไม่มีผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง 3 คน สีเขียว 10 คน และสีขาว 2 คนและความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชนก่อนดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี[6]พบว่า มีกลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 167 คน รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) การเตรียมครอบครัว 2) การสำรวจผลกระทบ ความคาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดในชุมชนและแนวทางการแก้ไข 3) การให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา 4) การให้ความรู้เรื่องวงจรการใช้ยา ปัญหาในช่วงเลิกยาระยะแรก 5) การให้ความรู้เรื่องการระกอบอาชีพ/การศึกษา 6) การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ 7) การคืนคนดีสู่สังคม ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า ประชาชน ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 95.2 กลุ่มเยาวชนในวัยเรียนไม่กลับไปเสพซ้ำและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 และมีชุมชนต้นแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ภาพรวมการมีส่วนร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคะแนนเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ชุมชน เข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชนได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น จึงได้จัดทำรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ ประกอบด้วย

2.1 ขั้นเตรียมการ ได้แก่ 1) ประชุมวางแผนแต่งตั้งชุดปฏิบัติการ สืบสภาพชุมชน โดยประยุกต์จากการศึกษา เรื่อง “ผู้นำชุมชน” กับ กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนในการทำงานด้านยาเสพติดในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร[7]พบว่า กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนในบริบทความเป็นเมืองของกรุงเทพมหานครซึ่งมีสถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่ซับซ้อน หลากหลาย และขยายตัว ได้ปรากฏการนำทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมของชุมชน ประกอบด้วย ความสัมพันธ์แบบเครือญาติความไว้วางใจ และการเอื้ออาทรเพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันของคนในชุมชนและการอาศัยความร่วมมือความรู้ ทักษะ เทคนิคและทรัพยากรจากภายนอกชุมชน เพื่อให้เกิดพลังและความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาและสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ได้อย่างครบวงจร การจะนำมาซึ่งความต่อเนื่องและยั่งยืนของกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนได้นั้น จำเป็นต้องสร้างเยาวชนคนรุ่นใหม่เพื่อสานต่องาน และการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE โดยชุมชนมีส่วนร่วมบ้านนานกเขียน ตำบลหนองโน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม[8] พบว่า 1) ปี 2559 - 2561 กลุ่มเสพอายุ 10 - 25 ปี เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้เสพที่ผ่านการบำบัดกลับไปเสพซ้ำ แม้ชุมชนมีการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแต่การระบาดก็ไม่ลดลง ปี 2559 ได้นำโครงการ TO BE NUMBER ONE มาเป็นโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่ยังมีรูปแบบการดำเนินงานที่ไม่ต่อเนื่องและชัดเจน 2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE โดยชุมชนมีส่วนร่วม จำนวน 3 วงรอบ ใช้แนวคิด 3 ก. 3 ย. โดยกิจกรรมมาจากความต้องการของสมาชิก น่าสนใจ ทันสมัย ปลอดภัยจากยาเสพติด มีการส่ง

ต่อการดำเนินงานจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง บูรณาการความร่วมมือ ทุกภาคส่วน จนได้รูปแบบและขั้นตอนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เป็นรูปแบบที่มาจากการขับเคลื่อนงาน โดยการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ตุ้มโฮม (2) ฮ่วมแฮง (3) ฮักแพง (4) ฮ่วมใจ (5) เฮ็ดต่อกันไป 3) ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE โดยชุมชนมีส่วนร่วม ทำให้สมาชิกใครติดยายกมือขึ้น มีอัตราการคงอยู่ในระบบการติดตามการรักษาระยะติดตาม 1 ปี ร้อยละ 100 และสมาชิกมีความพึงพอใจในการดำเนินงานของชมรม มากกว่าร้อยละ 90

2) การจัดทำพิธีเปิดและการลงนาม MOU หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยมีประชาชนในชุมชนร่วมพิธีและเป็นสักขีพยานประกาศให้เป็นวาระของหมู่บ้าน โดยประยุกต์จากการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร[8] พบว่า ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการดำเนินการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย อบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟูและการเยี่ยมติดตามผู้ติดยาเสพติด มีการนิเทศ ประเมินผลและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 2.6 (S.D = 0.19) 3) ผู้ติดสารเสพติดหยุดใช้สารเสพติดได้ร้อยละ 83.33 เมื่อติดตามครบ 12 เดือน และประยุกต์จากการศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์[9] พบว่า 1) ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่อำเภอบรรพตพิสัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) เครือข่ายชุมชนที่มีเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ร่วมดำเนินงาน การอบรมหรือประชุม และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างกันที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่อำเภอบรรพตพิสัย ไม่แตกต่างกันทุกด้าน 3) ปัญหา อุปสรรค การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่อำเภอบรรพตพิสัย พบว่า (1) งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานไม่เพียงพอ(2) เครือข่ายชุมชนไม่สามารถเข้าร่วมการดำเนินงานได้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง และ (3) ขาดการติดตามข้อมูลข่าวสาร และไม่สามารถการสอดส่องดูแลความเรียบร้อยได้ตลอดเวลา

3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ชุดปฏิบัติการระดับชุมชน เกี่ยวกับการดำเนินงานชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืน 4) ประชุมชุดปฏิบัติการระดับอำเภอและพื้นที่ มอบหมายหน้าที่ ทบทวนรูปแบบการดำเนินงานให้ทีมเข้าใจในแนวทางเดียวกัน และร่วมกันเตรียมอุปกรณ์ เอกสาร ต่างๆในการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานโครงการชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด กรณีศึกษา ชุมชนบ้านโคกขามี ตำบลโคกขามี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร[10]ซึ่งจากการผลการศึกษา พบว่า 1. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชนบ้านโคกขาม ตำบลโคกขาม อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและเห็นถึงประโยชน์ของการดำเนินโครงการ รวมถึงการปรับรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการให้เหมาะสมกับชุมชน กระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งการลงโทษทางกฎหมายและการบำบัดรักษาควรดำเนินการอย่างเป็นระบบและเห็นเป็นรูปธรรม 2. แนวทางในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหา

ยาเสพติด ชุมชนบ้านโคกขาม ตำบลโคกขาม อำเภอเมือง จังหวัดสมุทร ได้แก่ การปรับรูปแบบการทำกิจกรรมในชุมชนที่เอื้อต่อบริบทของชุมชนเป็นหลัก การลงพื้นที่พบปะประชาชนแบบเชิงรุกและความใส่ใจในการแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างจริงจัง เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการร่วมรับผลประโยชน์มากขึ้น

2.2 ขั้นปฏิบัติการ ได้แก่ 1) ชุดปฏิบัติการทุกระดับเข้าดำเนินการในพื้นที่ค้นหาโดยกำหนดวันใน การ X ray 2) ดำเนินการ X-ray 100 % ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด 3)กระบวนการกลั่นกรองและรับรองบุคคลที่ผ่านการตรวจปัสสาวะโดยคณะกรรมการคุ้ม 4) ดำเนินการคัดกรองผู้ที่มีผลปัสสาวะเป็นบวกโดยศูนย์คัดกรอง คือ รพ.สต./โรงพยาบาล[11]5) กำหนดกิจกรรมตรวจปัสสาวะในชุมชน ณ ศปก.ชุมชน ทุก 4 วัน รวมทั้งหมด 16 ครั้ง (กิจกรรมรอง) 6) กำหนดกิจกรรมบำบัดรักษารูปแบบ CBTx. ทุกสัปดาห์ทั้งหมด 9 ครั้ง และ 7) จัดประชุมประชาคมครั้งที่ 3 โดยประยุกต์จากการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 [12]พบว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ตัวแทนภาคีเครือข่ายจาก (1) คณะกรรมการ พชอ. (2) เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแกน 2) กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากร และ 3) แนวทางและองค์ประกอบของการจัดตั้งหอผู้ป่วย ประกอบด้วย (1) โครงสร้าง อาคารสถานที่ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (2) เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (3) บุคลากรและอัตรากำลัง (4) กระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาฯ มีผู้เข้ารับการบำบัด 64 คน จำหน่ายกลับบ้าน 39 คน พบว่าเลิกได้ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 94.87 กลับไปเสพซ้ำ 2 คน ร้อยละ 3.12

2.3 ขั้นส่งต่อความยั่งยืน ได้แก่

1) การรักษาสภาพหมู่บ้าน/ชุมชน 2) เฝ้าระวังโดยชุดปฏิบัติการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การส่งมอบพื้นที่ และ 4) การติดตามประเมินผล โดยประยุกต์จากการศึกษาของ [13] เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ยังขาดการเก็บข้อมูลและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลที่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัดและอำเภอทุกแห่ง วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ จัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลทุกตำบล อบรมให้ความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยแบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน คืนข้อมูลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาปัญหาและแนวทางการดำเนินงานแต่ละวงรอบ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ ได้แก่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ร่วมกับการบูรณาการภาคีเครือข่าย 4 ฝ่าย ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ พบว่า สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น จากปี 2565 จำนวน 361 คน เป็น 1,190 คน ในปี 2566 มีการจัดเก็บข้อมูลร่วมกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแล และติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเพื่อไม่ก่อความรุนแรงซ้ำครบทุกราย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต แบบบูรณาการได้ใช้การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วน ทำให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิผลเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้ 3.

จำนวนผู้เสพยาเสพติดและเข้ารับการบำบัดยาเสพติด และ4. ความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความคิดเห็นของแกนนำชุมชนต่อศักยภาพของชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษา เรื่อง รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชุมเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม[14]พบว่า ปี 2561 มีผู้ใช้ยาเสพติดรับการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 23.07 ผู้ติดยามีอาการทางจิตสร้างความเดือดร้อนไม่ได้รับการดูแล 2 ราย ยาเสพติดถูกนำเข้ามาโดยกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ปี 2562 นำปัญหามาวิเคราะห์และหาแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง พบผู้ใช้ยาเสพติดคิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตได้รับการดูแล 1 ราย จาก 2 ราย ปี 2563 นำปัญหามาพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน ร่วมกับกระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน และมาตรการของชุมชน บำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด 21 ราย พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดเปิดเผยตนเองเข้ารับการบำบัด 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.47 (ต้องโทษจำคุก 2 ราย) ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตทุกรายได้รับการรักษา ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ผ่านการบำบัดทุกคนไม่กลับไปเสพซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และประยุกต์จากการศึกษาของ [15] เรื่อง การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในครอบครัวที่แตกแยกในกลุ่มจังหวัด ร้อยแก่นสารสินธุ์ พบว่า (1) สาเหตุของปัญหาการติดยาเสพติด 4 ประการคือ เกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ สาเหตุจากการถูกหลอกลวง สาเหตุที่เกิดจากความเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสิ่งแวดลอมและครอบครัว เช่น การคบเพื่อนไม่ดีอาศัยอยู่ใกล้แหล่งชุมชนที่ค้ายาเสพติดหรือมีบุคคลในครอบครัวเสพ (2) ผลกระทบระดับครอบครัวผู้เสพยาเสพติดไม่มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ปล่อยปละละเลยในการทำหน้าที่ของตนเองทำให้ครอบครัวเดือดร้อน รวมทั้ง กระทบต่อภาวะเศรษฐกิจเพราะเงินส่วนหนึ่งครอบครัวจะสูญเสียไปกับยาเสพติดอย่างไรประโยชน์ สร้างความเดือดร้อนต่อครอบครัวทำให้ครอบครัวถูกครหา ทำให้ครอบครัวเสียหายชื่อเสียงวงษ์ตระกูล (3) การป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชนมีความแตกกันในเรื่องดังต่อไปนี้ ขนาดของพื้นที่ชุมชน จำนวน ประชากรของชุมชน ชุมชนเมืองและชุมชนในชนบท สภาพแวดล้อมและครอบครัวของชุมชน และความเป็นชุมชนที่มีอยู่ในเขตพื้นที่กลุ่ม จังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ซึ่งเป็นชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ ที่มีความหลากหลาย ของวิถีชีวิตที่เป็นชุมชนในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย

1. ขั้นเตรียมการ ได้แก่ 1) ประชุมวางแผนแต่งตั้งชุดปฏิบัติการ สืบสภาพชุมชน 2) การจัดทำพิธีเปิดและการลงนาม MOU หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยมีประชาชนในชุมชนร่วมพิธีและเป็นสักขีพยานประกาศให้เป็นวาระของหมู่บ้าน 3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ชุดปฏิบัติการระดับชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืน 4) ประชุมชุดปฏิบัติการระดับอำเภอและพื้นที่มอบหมายหน้าที่และทบทวนรูปแบบการดำเนินงานให้ทีมเข้าใจในแนวทางเดียวกัน และร่วมกันเตรียมอุปกรณ์ เอกสาร ต่างๆในการดำเนินงาน

2. ขั้นปฏิบัติการ ได้แก่ 1) ชุดปฏิบัติการทุกระดับเข้าดำเนินการในพื้นที่ค้นหา โดยกำหนดวันในการ X ray 2) ดำเนินการ X-ray 100 % ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด 3) กระบวนการกลั่นกรองและรับรองบุคคลที่ผ่านการตรวจปัสสาวะ โดยคณะกรรมการคุ้ม 4) ดำเนินการคัดกรองผู้ที่มีผลปัสสาวะเป็นบวกโดยศูนย์คัดกรอง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 คือ รพ.สต./โรงพยาบาล 5) กำหนดกิจกรรมตรวจปัสสาวะในชุมชน ณ ศปก.ชุมชน ทุก 4 วัน รวมทั้งหมด 16 ครั้ง (กิจกรรมรอง) 6) กำหนดกิจกรรมบำบัดรักษารูปแบบ CBTx. ทุกสัปดาห์ทั้งหมด 9 ครั้ง และ 7) จัดประชุมประชาคมครั้งที่ 3

1. ขั้นส่งต่อความยั่งยืน ได้แก่ 1) การรักษาสภาพหมู่บ้าน/ชุมชน 2) เฝ้าระวังโดยชุดปฏิบัติการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การส่งมอบพื้นที่ และ 4) การติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ในระยะยาวและหลากหลายมิติ เพื่อใช้เกิดการพัฒนาแนวคิดในการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่หลากหลายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

.1สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.(2565). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ .2565. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

.2คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย.(2566). เปิด 4 ปัญหาใหญ่“ ยาเสพติดในชุมชน”. คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย สถานการณ์เด่น | พฤษภาคม 2566 https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=182

.3กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน) Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) พชอ.(. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข)สลบ.สธ(.

.4ฤทธิ์ศรี สุกัญญา วัฒนประไพจิตร ศุภลักษณ์ จันหาญ.(2565). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชุมเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.19(2). 50-62

.5สุกัญญา วัฒนประไพจิตร . การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วมกรณีศึกษา บ้านหนองแวง หมู่ 1ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 2567 .วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

.6ประพัทธ์ ธรรม วงศา .2567 .การ พัฒนา รูป แบบ การ บำบัด ฟื้นฟู ผู้ ป่วย ยา เสพ ติด โดย การ มี ส่วน ร่วม ของ ชุมชน อำเภอ กุมภวาปี จังหวัด อุดรธานี .วารสาร สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด ขอนแก่น

.7พุธันวา มหาทรัพย์สมบัติ, & มาลี จิรวัฒนานนท์. (2024). “ผู้นำ ชุมชน” กับกระบวนการทำงานแบบ มีส่วนร่วมกับชุมชนในการทำงานด้านยาเสพติดในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร.

.8ราศรี อาษาจิตร 2566 .เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร

.9มานะ น้อยดี (2567). การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดใน พื้นที่อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์.

.10ชนิสรา มณีรัตน์ 2567 .เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานโครงการชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด กรณีศึกษา ชุมชนบ้านโคกขามี ตำบลโคกขามี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

.11ราชกิจานุเบกษา .พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ .๒๕๖๔ .ราชกิจานุเบกษา .2564; เล่ม 138, ตอนที่ 52ง :1-10.

.12ปรัชญานี คำเหลือ 2566 . เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง)Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี2566

.13อาภรณ์ ภูมี 2567 . เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม

.14นิตยา ฤทธิ์ 2565 .เรื่อง รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชุมเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

.15นภธร ศิวารัตน 2566 .เรื่อง การเสริมสรางการมีสวนรวมของชุมชนในการแกไขปญหายาเสพติดในครอบครัวที่แตกแยกในกลุมจังหวัด รอยแกนสารสินธุ

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

Development of a Cervical Cancer Screening Model for Women in Khai Bok Wan Subdistrict, Mueang Nong Khai District, Nong Khai Province

(Received: December 5,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

ลกช พิริยะ[1]
Lakoch Piriya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ บริบท ปัจจัย เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 2) ศึกษาความรู้ และทัศนคติ ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3) พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ และ 4) ศึกษาผลของรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้น มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนเพศหญิงพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต. บ้านนาฮี ที่มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี และไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างปี 2564 – 2566 กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนเพศหญิง ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต. บ้านนาฮี จำนวน 9 หมู่บ้าน ที่มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าฐานนิยม (Mode) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ก่อน หลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงก่อนการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง และมีทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 หัวข้อ ได้แก่ ชื่อรูปแบบ วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ขอบเขต นิยามศัพท์เฉพาะ และรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเน้นการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน และใช้วิธีการให้กลุ่มเป้าหมายเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) หลังจากการนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และระดับทัศนคติเพิ่มสูงขึ้นแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ความรู้: Mean 5.975, SD. 2.258, p=0.00, ทัศนคติ: Mean 10.075, SD. 3.744, p=0.00)

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, การพัฒนาระบบ, การคัดกรอง

Abstract

This Action research aims to 1) Study the situation, context, and factors related to cervical cancer screening in Khai Bok Wan Subdistrict, Mueang Nong Khai District, Nong Khai Province; 2) Assess knowledge and attitudes toward cervical cancer screening 3) Develop an appropriate cervical cancer screening model for the area 4) Examine the effects of the developed cervical cancer screening model. The population for this research consists of women aged 30 – 60 years residing in Khai Bok Wan Subdistrict under the responsibility of Na Hi Subdistrict Health Promoting Hospital, who have not undergone cervical cancer screening between 2021 and 2023. The sample group consists of female are aged between 30 and 60 years, totaling 40 individuals. The research tools include a knowledge test, an attitude questionnaire, and the developed cervical cancer screening model. Statistical analysis includes mean, percentage, standard

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฮี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

deviation (SD), mode, and the Paired t-test to analyze the relationship before and after the implementation of the model.

The research finding Before the development of the model, the sample group had a moderate level of knowledge about cervical cancer and a low level of attitude toward screening. The results of the model development identified five key components: the model's name, objectives, scope, definitions of specific terms, and the screening process itself. The model emphasized proactive community engagement and incorporated the use of self-sampling for HPV testing (HPV Self-Sampling) by the target group. After implementing the model, the sample group showed significant improvements in both knowledge and attitude, with statistically significant differences at the .05 level (Knowledge: Mean = 5.975, SD = 2.258, p = 0.00 / Attitude: Mean = 10.075, SD = 3.744, p = 0.00)

Keywords: Cervical cancer, system development, screening

บทนำ

โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก องค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเฉลี่ยปีละประมาณ 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตราว 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก[1] จากสถิติพบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากเป็นลำดับที่ 2 หรือประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยและพบมาในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยในปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 604,000 ราย เสียชีวิต 342,000 ราย และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยรายใหม่ และเสียชีวิตอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และมีสถานทางเศรษฐกิจที่ต่ำ สอดคล้องกับสถิติของประเทศที่พบว่า มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม โดยคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 ราย เสียชีวิต 7,871 ราย[2] โดยระบบฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข[3] ได้รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย ในปี 2566 พบว่า มีผู้ป่วยทั้งหมด 13,433 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.06 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้ป่วยทั้งหมด 1,088 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.05 ราย และในพื้นที่จังหวัดหนองคายพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.03

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก และรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกก่อนการเกิดมะเร็งปากมดลูก (precancerous) หรือระยะก่อนลุกลาม (preinvasive) ซึ่งก็คือ การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก (cervical cytology) หรือ Pap smear [4] ผลการตรวจแม่นยำมีความไวสูงถึงร้อยละ 86.8 และความจำเพาะสูงร้อยละ 95[5] การตรวจ Pap smear สามารถยืนยันได้ว่าลดอุบัติการณ์เสียชีวิตมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในสตรีอายุน้อยกว่า 65 ปีได้ถึง ร้อยละ 20 - 60 และการตรวจทุก 1 ปี และทุก 3 ปีจะลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 93 และร้อย ละ 91 ตามลำดับ[6] และการคัดกรองด้วย Pap smear ทั้งที่มีอาการ และไม่มีอาการแสดงของโรคช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 80

จังหวัดหนองคายมีผลงานการคัดกรองทั้งหมด 49,830 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.28 เป็นผลงานของอำเภอเมืองหนองคายทั้งหมด 11,993 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.74 และอยู่ในพื้นที่ตำบลค่ายหวาน จำนวน 987 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.31 ซึ่งในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านนาฮี จำนวน 9 หมู่บ้านมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการคัดกรอง จำนวน 1,126 ราย ผลการคัดกรอง จำนวน 407 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.15 ซึ่งยังไม่

เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 70 ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีข้อมูลจากการศึกษามีสาเหตุมาจากมีความกลัว ความอายที่จะไปตรวจ กลัวเสียเวลา และรู้สึกว่าขั้นตอนการตรวจมีความซับซ้อน คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหา รวมถึงไม่รับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[7]

การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เป็นสิ่งที่จำเป็นในการนำมาดำเนินการในการแก้ไขปัญหาการไม่เข้าร่วมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเป้าหมาย จากการศึกษารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ รพ.สต.บ้านนาฮี ที่ผ่านมาพบว่ามีการสื่อสาร เชิญชวน และประชาสัมพันธ์ให้ประชากรเป้าหมายเข้ามารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านทางหอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน มีการส่งจดหมายไปยังกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มารับการคัดกรองที่ รพ.สต.บ้านนาฮี ในวันและเวลาราชการซึ่งวิธีการดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์แล้วยังขาดกระบวนการสำคัญที่จะทำให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อที่จะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง ผู้วิจัยในบทบาทหน้าที่ผู้ขับเคลื่อนการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคใน รพ.สต. บ้านนาฮี ได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้ดำเนินการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ในครั้งนี้ โดยเป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมและอาศัยแรงผลักดันจากชุมชน ภาคีเครือข่ายประชาชน แกนนำด้านสาธารณสุขในชุมชน และเน้นในเรื่องการสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้อง การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความสะดวกในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับข่าวสารอย่างทั่วถึง ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อมีรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง และมีการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หรือลดความรุนแรงจากอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท ปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อศึกษาความรู้ และทัศนคติ ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในประชาชนพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

3. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

4. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนเพศหญิง ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านนาฮี จำนวน 9 หมู่บ้านที่มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี ที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างปี 2564 – 2566 จำนวนรวม 599 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวนทั้งหมด 40

คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และใช้การคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม และใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นประชาชน เพศหญิง ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านนาฮี จำนวน 9 หมู่บ้าน ที่มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี ที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างปี 2564 – 2566

2. เป็นผู้ที่มีความสามารถในการอ่าน และเขียน รวมถึงแปลความหมายของประโยคจากการอ่านได้ด้วยตนเอง

3. เป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

4. มีความยินยอมที่จะเข้าเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2. อาสาสมัครเกิดการป่วย หรือการบาดเจ็บที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อได้ หรือเกิดความลำบากใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. อาสาสมัครมีความประสงค์ยุติบทบาทการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1.เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบไปด้วยแนวการรวบรวมข้อมูล ด้านการวิเคราะห์ปัญหา สภาพประชาชนที่ไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวางแนวทางในการแก้ไขปัญหา และการเลือกใช้ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และพัฒนารูปแบบ และการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในพื้นที่ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบฯ เป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประยุกต์จากการศึกษาของพุฒิตา พรมวิอินทร์ และคณะ[8] โดยมีลักษณะคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก และการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ลักษณะเป็นคำตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ รวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.91 สามารถนำไปใช้ได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประยุกต์จากการศึกษาของกานดา สีดา (2566) มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยแบ่งเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 สามารถนำไปใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

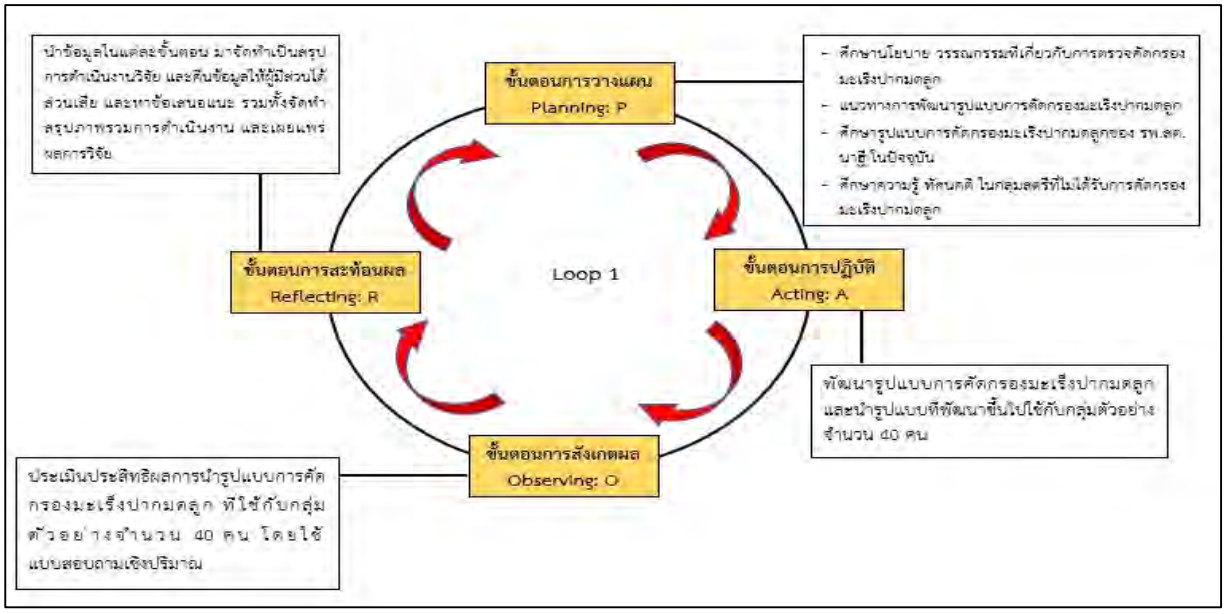
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (Planning) ดำเนินการศึกษา และทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย แนวทางการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันของ รพ.สต. บ้านนาฮี และแนวทางการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ในสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ รวมถึงความรู้ ทัศนคติ ในกลุ่มสตรีที่ไม่ได้รับการคัดกรอง

เพื่อนำข้อมูลสรุปเตรียมเข้าสู่กระบวนการในขั้นการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบ (Action) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประกอบไปด้วยกระบวนการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการอำนวยความสะดวกกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับการตรวจ และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ที่ได้มาจากวิธีการสุ่มอย่างง่าย

ขั้นตอนที่ 3 การติดตาม สังเกตการณ์และประเมินผลการใช้รูปแบบ (Observing) ดำเนินการประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณที่ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflecting) ดำเนินการนำข้อมูลในแต่ละขั้นตอน มาจัดทำเป็นสรุปการดำเนินงานวิจัย และคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหาข้อเสนอแนะ รวมทั้งจัดทำสรุปภาพรวมการดำเนินงาน และเผยแพร่ผลการวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถสรุปเป็นแผนภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการวางแผนวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ประกอบด้วย สถิติความถี่ และค่าร้อยละ สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ สถิติ Paired T-test

จริยธรรมงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายพิจารณา เลขที่โครงการวิจัย 105/2566 ลงวันที่ 28 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดำเนินการในปัจจุบัน (ก่อนใช้รูปแบบ) จากการศึกษารูปแบบการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านนาฮีในรูปแบบเดิม ก่อนการพัฒนารูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้ 1. ดำเนินการสำรวจกลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี และจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งตรวจสอบสิทธิ์การรักษา 2. ประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมายทางหอกระจายข่าว และจดหมายแจ้งกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตามวันเวลาที่ทาง รพ.สต. บ้านนาฮีกำหนด 3. ดำเนินการตรวจสอบสิทธิ์ยืนยันตัวตน 4. ให้บริการคัดกรองเก็บตัวอย่างด้วย HPV DNA test โดยเจ้าหน้าที่ดำเนินการตัดกรองที่ รพ.สต. บ้านนาฮี ในเวลาราชการ โดยเมื่อมีผลการคัดกรองเป็นผลลบ หรือผลบวก ดำเนินการ ดังนี้ 4.1) กรณีผลการทดสอบเป็นลบ (HPV Negative) ดำเนินการตรวจซ้ำทุก 5 ปี 4.2) กรณีผลการทดสอบเป็นบวก (HPV Positive) HPV type 16,18 ดำเนินการส่ง Colposcopy ทุกราย 4.3) กรณีผลการทดสอบเป็นบวก (HPV Positive) HPV type non 16,18 ดำเนินการส่งต่อโรงพยาบาลหนองคายเข้าระบบการนัดหมาย

2. สถานการณ์ด้านความรู้ และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (ก่อนใช้รูปแบบ) ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านนาฮี มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 42.67 รองลงมาคือมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 19.33 ตามลำดับ

ระดับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านนาฮี มีระดับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 64.67 รองลงมาคือมีระดับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 27.33 และมีระดับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาทัศนคติด้านลบที่ส่งผลต่อการไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีสาเหตุ 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) รู้สึกเขินอายต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จำนวน 74 คน 2) ไม่มีเวลามาตรวจ จำนวน 70 คน และ 3) ขาดความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (คิดว่าเป็นขั้นตอนที่ซับซ้อน) จำนวน 63 คน

3. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีตำบลค่ายบกหวาน รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคายที่เหมาะสม ประกอบไปด้วยหัวข้อทั้งหมด 5 หัวข้อ ได้แก่ 1) ชื่อรูปแบบ: รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ: เพื่อการให้ความรู่ และเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3) ขอบเขตของรูปแบบ: ครอบคลุมกิจกรรมการตรวจคัดกรอง การให้ความรู้ การสร้างทัศนคติที่ดี การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พื้นที่ รพ.สต. บ้านนาฮี 4) นิยามศัพท์เฉพาะ: โดยกำหนดคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองเพื่อให้บุคลากร และผู้รับบริการมีความเข้าใจที่ตรงกัน 5) ขั้นตอนการดำเนินงาน: ได้แก่ การเตรียมพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข และให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย การดำเนินการตรวจคัดกรอง และการสรุปผล และติดตามผลการดำเนินงานพร้อมติดตามการรักษา

4. ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีตำบลค่ายบกหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้น

จำนวน 40 คน กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือมีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และกลุ่มอายุ 30 – 40 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และอาศัยอยู่ร่วมกันกับสามี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 85.50 ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ระดับละ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 รองลงมาคืออาชีพ ค้าขาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 และอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 สถานะทางเศรษฐกิจโดยส่วนใหญ่พบว่ามีรายได้พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีบุตรแล้ว จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 ด้านการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารที่พบมากที่สุดได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และการได้รับข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ย 9.275 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.250 อยู่ในระดับสูง รายละเอียดดังตารางที่ 1 ระดับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ย 13.125 อยู่ในระดับต่ำ และหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 23.200 อยู่ในระดับสูง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติ Paired T - test (N=40)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	Mean	SD.	95% CI		T	Df	P-Value
			Lower	Upper			
หลังการใช้รูปแบบฯ และ ก่อนการใช้รูปแบบฯ	5.975	2.258	5.252	6.697	16.730	39	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติ Paired T - test (N=40)

ระดับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	Mean	SD.	95% CI		T	Df	P-Value
			Lower	Upper			
หลังการใช้รูปแบบฯ และ ก่อนการใช้รูปแบบฯ	10.075	3.744	8.877	11.272	17.018	39	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลและอภิปรายผล

ในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ในครั้งนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย หัวข้อทั้งหมด 5 หัวข้อ ได้แก่ ชื่อรูปแบบ วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ขอบเขต นิยามศัพท์เฉพาะ และรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใน

ครั้งนี้เน้นการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน โดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และเน้นการให้สุขศึกษา และให้ความรู้แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งใช้วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายทำการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจด้วยตนเองเป็นหลัก (HPV Self Sampling) เป็นไปตามแนวทางของการดำเนินงานเชิงรุกตามทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ โดยการดำเนินงานเชิงรุกในการให้ความรู้ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนนั้นส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวของประชากรเป้าหมายทำให้เกิดแนวความคิด และทัศนคติที่ดีต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งสิ่งนี้มีอิทธิผลอย่างมากที่จะเกิดการแสดงออกของพฤติกรรม จนส่งผลให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีการตัดสินใจเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี พรสินศิริรักษ์ และคณะ[9] ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ โดยผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายพฤติกรรมการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด คือ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และจากการพัฒนารูปแบบการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ได้ใช้รูปแบบการให้กลุ่มเป้าหมายได้ทำการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจด้วยตนเองเป็นหลัก (HPV Self Sampling) เป็นไปตามนโยบายการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้ประกาศให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ HPV Self Sampling เป็นชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผลจากการใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกฯ ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และระดับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มสูงขึ้นโดยมีความแตกต่างกับก่อนการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในเชิงเนื้อหา รูปแบบ การจัดกิจกรรม และการติดตามประเมินผล รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ความรู้ รวมถึงการสร้างทัศนติที่ดีแก่กลุ่มเป้าหมาย และเป็นรูปแบบที่กลุ่มเป้าหมายได้รับความสะดวก สบาย ในการเข้ารับบริการมากขึ้น จึงส่งผลให้ผลจากการใช้รูปแบบมีผลลัพธ์ที่ออกมาในแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น และคณะ[10] ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อระดับความรู้เรื่องโรค และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ กลุ่มสตรีมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น สามารถอภิปรายโดยสรุปได้ว่า การผลักดันให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นนั้น ต้องมีวิธีการ หรือรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะต้องมีองค์ประกอบทางด้านแผนการปฏิบัติงาน แผนการลงพื้นที่ การติดตาม สนับสนุน ส่งต่อ รวมถึงกระบวนการประเมินผลจากการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และมีวิธีการดำเนินงาน เชิงรุกในชุมชนอย่างทั่วถึง รวมถึงจำเป็นต้องมีปัจจัยที่สำคัญอีกหนึ่งประเด็นคือการที่มีสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข มาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา และนำรูปแบบไปใช้ จึงจะส่งผลให้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเป็นไปได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นพื้นฐานในการศึกษาครั้งต่อไป ในประเด็นกลยุทธ์

หรือกลวิธีในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคนวัตกรรมใหม่ๆ การใช้เทคนิคกระบวนการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น

2) ควรมีการศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อทราบถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ และเป็นการนำข้อมูลมาประกอบการประเมินผลจากการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้

3) ควรนำรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ในครั้งนี้ ไปพัฒนาและปรับใช้ในพื้นที่ รพ.สต. ข้างเคียงในพื้นที่ เพื่อเป็นการกระจายรูปแบบที่เหมาะสมให้พื้นที่ได้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแหงชาติ. (2556). แผนการปองกันและควบคุมโรคมะเร็งแหงชาติ พ.ศ. 2556 - 2560. กรุงเทพฯ. โรงพิมพชุมนุมสหกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. (2561). Public Health Statistics A.D. 2017. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2566. จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic60.pdf
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). Health Data Center [Internet]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. จรัสศรี อินทรสมหวัง, กาญจนา ศรีสวัสด์. (2562). สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสตรีมะเร็งปากมดลูก. วารสารเกษมบัณฑิต. 20(1), 146 – 154.
5. กีรติยา พิทยะปรีชากุล และคณะ. (2565). ปัจจัยเสี่ยงของ มะเร็งปากมดลูกและการเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย 2 วิธี. วารสาร วิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 4(2), 87 – 94.
6. วิชุดา จิรพรเจริญ และคณะ (2552). ความชุกของมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิงจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 5(2), 161 – 169.
7. ปฏิพิมพ์ อยู่คง. (มปป). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ในเทศบาลนครพิษณุโลก. [อินเทอร์เนต]. เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2566. จาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001026-0000001033.pdf
8. พุฒิตา พรหมวิอินทร์, โยทะกา ภคพงศ์ และ มยุรี นิรัตธราดร. (2558). การเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ. [อินเทอร์เนต]. เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จากhttps://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:50300.
9. สาวิตรี พรสินศิริรักษ์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี. (2554). ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่. วารสารสุขศึกษา. 34(118), 57 – 67.
10. สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น, ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย, และพรรวินทร์ ธนินธิติพงษ์ (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ ต่อระดับความรู้เรื่องโรคและการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30–60 ปี ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 17(2), 766 – 776.

ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

Effect of Social Support Program to Mental Health and Quality of Life among the Elderly, Sisatchanalai Municipality, Sisatchanalai District, Sukhothai Province

(Received: December 6,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

อัมพร พรชยากร[1]
Amporn Pornchayakorn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 46.828 และ 53.057 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองเท่ากับ 53.057 และ 47.942 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 68.085 และ 102.514 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองเท่ากับ 102.514 และ 63.971 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต

Abstract

A quasi-experimental two-group pretest-posttest study was conducted to examine the effects of a social support program to mental health and quality of life among the elderly, Si Satchanalai Municipality, Si Satchanalai District, Sukhothai Province. The sample consisted of 70 elderly participants, divided into an experimental group and a control group, with 35 participants in each group. The intervention lasted 12 weeks. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The experimental results showed that the mean mental health scores of the experimental group receiving the social support program before and after the intervention were 46.828 and 53.057, respectively, with a statistically significant difference (p<.001). The mean mental health scores of the experimental group and the control group, which received standard nursing care, after the intervention were 53.057 and 47.942 respectively, also showing a statistically significant difference (p<.001). The mean quality of life scores of the experimental group before and after the intervention were 68.085 and 102.514, respectively, with a statistically significant difference (p<.001). The mean quality of life scores of the experimental group and the control group after the intervention were 102.514 and 63.971, respectively, with a statistically significant difference (p<.001).

Key Words: Social Support Program, Mental Health, Quality of Life

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอายุที่ยืนยาวนานมากขึ้น ภายในปี 2573 ประชากรทั่วโลก 1 ใน 6 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี 2563 เป็น 1.4 พันล้านคน และพบว่าสองในสามของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง[1] สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมของผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 คือมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.2 การเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทยเป็นผลมาจากอัตราการเกิดของประชากรไทยลดลงอย่างมาก[2] สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เท่ากับร้อยละ 23.03, 24.25, 25.93, 25.84 และ 26.83 ตามลำดับ ตำบลศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย เท่ากับร้อยละ 26.04, 28.69, 30.42, 31.19 และ 32.65 ตามลำดับ[3] จะเห็นได้ว่าแนวโน้มผู้สูงอายุเขตอำเภอศรีสัชนาลัย และเขตตำบลศรีสัชนาลัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น[4] จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนานและมีความต้องการพึ่งพามากขึ้น

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่น มีการเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะระบบประสาทด้านการรับรู้ตำแหน่ง มีสายตาที่แย่ลงการเสื่อมของระบบอวัยวะในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวช้าลง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รักหรือใกล้ชิด การสูญเสียบทบาทในหน้าที่การงานหรือในครอบครัว เป็นต้น ผู้สูงอายุมักมีระดับการรับรู้ทางประสาทลดลงและมักมีความรู้สึกต่อสิ่งเร้าประสาทลดลง ระบบประสาทส่วนกลางยังได้รับผลกระทบจากอายุที่มากขึ้นโดยตรงจากการฝ่อของเนื้อเยื่อปกติ เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ความสามารถในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดลดลง และโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ผู้สูงอายุมักจะใช้ยาจำนวนมากซึ่งมักจะมีผลต่อระบบประสาทเช่นกัน ซึ่งอาจนำไปสู่อาการง่วงนอน สูญเสียพลังงาน ใช้ยาเกินขนาด สูญเสียการทรงตัว และความจำ ซึ่งอาจทำให้พวกเขามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการพลัดตกหกล้ม เกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือกลไกการบาดเจ็บอื่น ๆ[5]

ผลกระทบจากปัญหาทางกายและปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจหลายประการ เช่น มีภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า จากการวิจัย[6] พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มองโลกในแง่ดีพึงพอใจในชีวิต มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่เสมอ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง จะสามารถจัดการสถานการณ์ที่นำไปสู่อาการซึมเศร้าได้สำเร็จ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจะสามารถรับมือ ปรับตัวและตอบสนองเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และจะไม่ยอมแพ้ต่อสถานการณ์เลวร้ายที่ตนเองเผชิญ อันแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการสถานการณ์ด้วยตนเองและความสามารถในการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่ดี ซึ่งทัศนคติที่ยืดหยุ่นดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กิจกรรมสร้างสุขในผู้สูงอายุโดยความสุข 5 ด้าน ประกอบด้วย สุขสบายซึ่งเน้นเรื่องสุขภาพร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สุขสนุกเป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส สุขสง่าเน้นความเข้าใจในความเป็นไปในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง มีมุมมองและความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นอย่างเห็นอกเห็นใจ ไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้ สุขสว่างเป็นความสามารถด้านความจำ ความเข้าใจ ความคิดแบบนามธรรม การสื่อสาร การใช้เหตุผล

และการวางแผนแก้ไขปัญหา สุขสงบ เป็นการรับรู้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถในการควบคุมความต้องการจากแรงกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตัวเองได้[7]

การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[8] มีผลโดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีการแยกประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์เป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจการยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร แรงงาน เงิน เวลา และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้รับรอง ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดี ผู้วิจัยมีความสนใจในการนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนเพื่อการมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานอยู่ที่เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้เล็งเห็นความสำคัญสุขภาพของผู้สูงอายุ ในหลาย ๆ มิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ มีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมใช้เป็นแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มมากขึ้น โดยผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ได้นำแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The two groups, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมแรงสนุนทางสังคมและมีการติดตามสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในชุมชน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมให้บริการพยาบาลตามปกติและติดตามประเมินผลเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12

กลุ่มทดลอง มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ของการทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนดำเนินการทดลอง โดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ก่อนอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบ

ข้อตกลงและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามสุขภาพจิตและแบบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลองและผู้วิจัยกิจกรรมตามโปรแกรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) โดยการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยการให้กำลังใจ รับฟังปัญหา อุปสรรคที่ผ่านมาและเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง เป็นการประคับประคองด้านอารมณ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สึกและอารมณที่ดีขึ้น กระตุ้นและเปิดโอกาสให้บอกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา ร่วมกันค้นหาปัญหาที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support)

ผู้วิจัยให้ข้อมูลสถานการณ์ของผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ โรคและภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สุงอายุกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยให้กลุ่มทดลองได้ดูวีดีทัศน์เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลังจากดูวีดีทัศน์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ช่วยกันเสนอทางเลือกหรือวิธีการควบคุมป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความสุข 5 มิติ ซึ่งประกอบไปด้วยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 สุขสบายเป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกาย ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่วมีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ ไม่มีอุบัติภัยหรือ โดยผู้วิจัยและตัวแบบจัดกิจกรรมสาธิตการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และให้ผู้สูงอายุฝึกการออกกำลังกายและร่วมกันเสนอแนะว่ามีความชื่นชอบหรือสนใจออกกำลังกายแบบไหน โดยยึดผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นศูนย์กลางในการแสดงความคิดเห็น ด้านที่ 2 สุขสนุก เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกิจกรรมเข้าจังหวะ รำวงไทย พื้นบ้านให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมเพื่อความสุนทรียทางด้านจิตใจ การฝึกทำงานศิลปะ ได้แก่ การวาดรูปตามจินตนาการของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง การเสนอแนะของกลุ่มทดลองว่ามีความสนใจที่จะทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายด้านใดบ้างเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ทำเป็นกิจกรรมนเวลาว่าง และทำด้วยความสมัครใจ ด้านที่ 3 สุขสง่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความภาคภูมิใจและตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง ด้านที่ 4 สุขสว่าง เป็นความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความเข้าใจ การคิดแบบนามธรรม การสื่อสาร การใช้เหตุผล การเรียนรู้ การวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยจัดกิจกรรมฝึกความจำของผู้สูงอายุ โดยการจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม จัดกิจกรรมโดยให้บอกสิ่งของ 3 อย่าง และให้แต่ละกลุ่มพูดชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ทีละคนตั้งแต่คนแรกจนถึงคนสุดท้าย เพื่อฝึกกระตุ้นความจำของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ด้านที่ 5 สุขสงบ เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดกิจกรรมการสวดมนต์ การ

นั่งสมาธิ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีจิตใจที่สุขสงบ

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ผู้วิจัยให้ข้อมูลการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ การเข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิตเบื้องต้นโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย การรับการตรวจสุขภาพและคัดกรองภาวะสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย เอกสารความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ช่องทางการติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทศบาลศรีสัชนาลัย เพื่อสอบถามหรือปรึกษาข้อมูลทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเมื่อพบปัญหากิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดความสุข 5 มิติ การให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดความสุข 5 มิติ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้สึกมั่นใจเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป ก่อนกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้พูดคุย ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแก่กลุ่มทดลองเพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค เป็นที่ปรึกษาตลอดการวิจัย และจัดกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตและรับฟังปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมาของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 10

สัปดาห์ที่ 5 และ 10 ใช้เวลา 1 วัน กิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตและรับฟังปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมาของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 1 วัน เป็นการประเมินผลการทดลอง โดยดำเนินการที่กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามสุขภาพจิตและแบบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง แจ้งผลการสำรวจข้อมูลจากแบบสอบถามให้กับกลุ่มทดลองได้ทราบผล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามสุขภาพจิตและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และให้ความรู้ตามปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมครั้งที่ 1) ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สถานการณ์และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยและจังหวัดสุโขทัย พร้อมทั้งให้กลุ่มควบคุมได้พูดคุยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสกับผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นนัดหมายในการพบกันในสัปดาห์ที่ 12 หลังสิ้นสุดการทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 (กิจกรรมครั้งที่ 2) หลังสิ้นสุดการวิจัยสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามมีค่าความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.93 และ 0.95 ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ

จริยธรรมงานวิจัย

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับการพิจารณาและรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัย เลขที่ COA No. 30/2024 IRB.No. 31/2024 ลงวันที่ 17 เมษายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.51 ปี (S.D.= 5.16) และ 68.00 ปี (S.D.= 7.31) ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,802.86 บาท (S.D.= 1,894.42) และ 2,582.85 บาท (S.D.= 2,005.46) ตามลำดับ เพศส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 68.60 และ 71.40 ตามลำดับ สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 48.60 และ 60.00 ตามลำดับ บทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่หัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 65.70 และ ตามลำดับ 57.10 ตามลำดับ การอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 45.70 และอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 60.00 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.60 และ 51.40 ตามลำดับ อาชีพหลัก ส่วนใหญ่อาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 54.20 เกษตรกร ร้อยละ 45.70 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาร้อยละ 94.20 และ 82.90 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

	$\bar{x}$	S.D.	ระดับสุขภาพจิต	t	p-value
สุขภาพจิต กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	46.828	1.653	เท่ากับคนทั่วไป	-17.772	.001
หลังการทดลอง	53.057	1.679	ดีกว่าคนทั่วไป		
สุขภาพจิต ระหว่างกลุ่ม					
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	46.828	1.653	เท่ากับคนทั่วไป	-2.264	.271
ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม	47.685	1.510	เท่ากับคนทั่วไป		
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	53.057	1.679	ดีกว่าคนทั่วไป	13.232	.001
หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม	47.942	1.551	เท่ากับคนทั่วไป		

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 46.828 (S.D.=1.653) ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 53.057 (S.D.=1.679) ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 46.828 (S.D.=1.653) ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 47.685 (S.D.=1.510) ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกัน (p<.271) คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองเท่ากับ 53.057 (S.D.=1.679) ระดับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และ 47.942 (S.D.=1.551) ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	$\bar{x}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต	t	p-value
คุณภาพชีวิต กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	68.085	3.311	ปานกลาง	-46.707	.001
หลังการทดลอง	102.514	4.182	ดี		
คุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่ม					
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	68.085	3.311	ปานกลาง	-.107	.915
ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม	68.171	3.373	ปานกลาง		
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	102.514	4.182	ดี	40.389	.001
หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม	63.971	3.792	ปานกลาง		

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 68.085 (S.D.=3.311) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 102.514 (S.D.=4.182) ระดับคุณภาพชีวิตดี ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 68.085 (S.D.=3.311) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 68.085 (S.D.=3.311) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกัน (p<.915) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองเท่ากับ 102.514 (S.D.=4.182) ระดับคุณภาพชีวิตดี และ 63.971 (S.D.=3.792) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแรงสนับสนุนทางสังคมจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาสอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ จึงสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมภายใต้ชุดของกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support โดยการแสดงความรู้สึกซึ่งแสดงออกด้วยการเอาใจใส การให้กำลังใจ การแสดงความรักความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา อุปสรรคที่ผ่านมาและเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการประคับประคองด้านอารมณ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สึกและ อารมณที่ดีขึ้น การพูดคุย การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความหวงใย ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพันตอกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง กระตุ้นและเปิดโอกาสให้บอกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา ร่วมกันค้นหาปัญหาที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) โดยการให้ข้อมูลสถานการณ์ของผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ โรคและภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สุงอายุกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยให้กลุ่มทดลองได้ดูวีดีทัศน์เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ[8] หลังจากดูวีดีทัศน์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้กลุ่มทดลองพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ช่วยกันเสนอทางเลือกหรือวิธีการควบคุมป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับ

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เรียนรู้เกี่ยวกับความสุข 5 มิติ ซึ่งประกอบไปด้วยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 สุขสบาย โดยผู้วิจัยและตัวแบบจัดกิจกรรมสาธิตการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองฝึกการออกกำลังกายและร่วมกันเสนอแนะว่ามีความชื่นชอบหรือสนใจออกกำลังกายแบบไหน โดยยึดผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นศูนย์กลางในการแสดงความคิดเห็น ด้านที่ 2 สุขสนุก โดยจัดกิจกรรมกิจกรรมเข้าจังหวะ รำวงไทยพื้นบ้านให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมเพื่อความสุนทรียทางด้านจิตใจ การฝึกทำงานศิลปะ ได้แก่ การวาดรูปตามจินตนาการของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง การเสนอแนะของกลุ่มทดลองว่ามีความสนใจที่จะทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายด้านใดบ้างเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ทำเป็นกิจกรรมนเวลาว่าง และทำด้วยความสมัครใจ ด้านที่ 3 สุขสง่า โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทุกคนได้ร่วมกันนำเสนอพูดคุยแลกเปลี่ยนแสดงความภาคภูมิใจของแต่ละคนที่ผ่านมาว่ามีอย่างไรบ้าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความภาคภูมิใจและตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง ด้านที่ 4 สุขสว่าง โดยจัดกิจกรรมฝึกความจำของผู้สูงอายุ โดยการจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม จัดกิจกรรมโดยให้บอกสิ่งของ 3 อย่าง และให้แต่ละกลุ่มพูดชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ทีละคนตั้งแต่คนแรกจนถึงคนสุดท้าย เพื่อฝึกกระตุ้นความจำของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ด้านที่ 5 สุขสงบ โดยจัดกิจกรรมสวดมนต์ การนั่งสมาธิ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีจิตใจที่สุขสงบ[7] กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) โดยการให้ข้อมูลการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ การเข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิตเบื้องต้นโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย การรับการตรวจสุขภาพและคัดกรองภาวะสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย เอกสารความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ช่องทางการติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทศบาลศรีสัชนาลัย เพื่อสอบถามหรือปรึกษาข้อมูลทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเมื่อพบปัญหา กิจกรรมที่ 4 โดยการสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support)[8] โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดความสุข 5 มิติ การให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดความสุข 5 มิติ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้สึกมั่นใจเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป[7] ก่อนกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้พูดคุย ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแก่กลุ่มทดลองเพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค เป็นที่ปรึกษาตลอดการวิจัย และจัดกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตและรับฟังปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมาของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 10

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Ageing and health Fact sheet 2022 Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

2.กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. [อินเตอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567] สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/know/1

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี ระหว่างปี 2561 – 2565. [อินเตอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ22 มกราคม 2567] เข้าถึงจาก https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

4.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเตอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2567] เข้าถึงจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322_0.pdf

5.Southern, A. P., Lopez, R. A., & Jwayyed, S. Geriatric Trauma. In StatPearls. StatPearls Publishing [Internet] 2022 [Cited 2023 February 21] Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723049

6.Huisman, M., Klokgieters, S. S., & Beekman, A. T. F. Successful ageing, depression and resilience research; a call for a priori approaches to investigations of resilience. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2017; 26(6), 574-578

7.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. นนทบุรี; 2566

8.House, J. S., & Kahn, R. L. Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), Social support and health 1985; 83-108 San Diego, CA: Academic Press.

การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Competency Development Among Village Health Volunteers in Caring of Patients with Diabetes in Community, Thangew Subdistrict, Meung District, Nakhonsithammarat Province.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์[1] สรรปกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์[2]
Thanyarat Suphakanaraseth[1], Sanpakorn Suphakanaraseth[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน และเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเยี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หลังการได้รับโปรแกรมฯ มีสมรรถนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม หลังการได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะสูงกว่าก่อนการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร และด้านจัดการความเครียด พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการได้รับคำแนะนำสูงกว่าหลังได้รับคำแนะนำ ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการใช้ยา พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการได้รับการแนะนำสูงกว่าก่อนการได้รับการแนะนำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้ป่วยเบาหวาน, สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ

Abstract

This research was quasi-experimental research one group to develop skills in caring for diabetic patients. food exercise and proper stress management of the village health volunteers, Tha Ngio Sub-district, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province. before and after the performance development including comparing the performance of eating exercise and proper stress management for diabetics of the leader of the village health volunteers, Tha Ngio Sub-district, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province before and after the performance development Number of people 30 people Determine the sample size by defining criteria for consideration. It is a person who is willing to participate and cooperate in conducting research voluntarily and is able to communicate, speak, read and understand Thai and local languages and can attend training throughout all activities not less than 80% of the activity time The instrument used in

[1] อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

the experiment was the Village Health Volunteer Leadership Competency Development Program was considered by experts with an IOC value of 0.98. The knowledge test had a value of KR 20 = 0.62 and in the satisfaction section Reliability was obtained at 0.70. General data were analyzed with statistical values, percentage, mean and standard deviation. Paired t-test statistic.

The results from the study revealed that the Village Health Volunteer Leader Competency Development Program on Diabetes Care The sample after receiving the program was higher than before receiving the program. At the level of 0.5. Diabetes Care Skills food exercise and the appropriate stress management of the subjects after the program was higher than before the program. Statistically significant at the 0.5 level. in the knowledge about diabetes of diabetic patients After receiving the improvement, the performance was significantly higher than before the treatment at the 0.05 level. In terms of stress management, it was found that the self-care behavior scores of diabetic patients before receiving the program were higher than after receiving the program. with statistical significance at 0.05 level. leisure In terms of drug use, it was found that the self-care behavior scores of diabetic patients after receiving the program were higher than before receiving the program. There was no statistically significant relationship at the 0.05 level.

Keywords: village health volunteers, patients with diabetes, competency in diabetes care, competency development program

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าค่ามาตรฐาน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1.5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.5 หรือเมื่อเปรียบเทียบแล้ว พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนในประเทศไทย จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ.2556–2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ[1] จากข้อมูลระบบรายงาน HDC (Health Data Center) ในปีงบประมาณ 2560 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในระดับประเทศยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 40) และในจังหวัดนครศรีธรรมราชก็ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดจึงนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น หลอดเลือดจะมีความยืดหยุ่นลดลง มีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่ตามมาซึ่ง 3 อวัยวะหลักที่มักเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ตา (Retinopathy), ไต (Nephropathy) และระบบประสาท (Neuropathy) พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของตาบอดมากที่สุด และเป็นสาเหตุหลักของโรคไตระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยัง เป็นสาเหตุ ของโรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งจะมีผลต่อหัวใจ สมอง และอวัยวะสำคัญอื่น ๆ ที่ต้องมีเส้นหลอดเลือดใหญ่ไปเลี้ยง เช่น แขน-ขา ทำให้พบภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) โรคสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และการตัด

แขนขา และมีผลต่ออวัยวะของร่างกายแทบทุกระบบ จากที่กล่าวมาพบว่ามีผู้ป่วย เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นจำนวน 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คน ในทุกๆ 1 นาที ทั้งนี้สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การขาดความรู้ การรับรู้ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ[2]

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ความชุกอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยคน ในชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่จะสามารถดูแลได้ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ กลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานดังกล่าวได้เป็นอย่างดี อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงาน ปัจจุบันมี อสม. ทั่วประเทศมากกว่า 1,056,463 คน เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อประชาชน 10-15 หลังคาเรือน การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน เป็นบทบาทหนึ่งของ อสม. อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานสำหรับ อสม. เป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจาก โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เนื่องจากสถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ทั้งภาวะวิกฤติ และภาวะปกติ ในหลากหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทของพื้นที่ รวมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์ภายหลังการอบรมในปี 2552 ซึ่งกำลังจะก้าวสู่ทศวรรษใหม่ของงานสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ.2552-2562) อันเป็นทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพชุมชนโดยชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการดำเนินการ อบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. โดยมุ่งหวังว่าหาก อสม. ได้ รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นกลไกหลัก สำหรับสร้างสังคมใหม่ที่มีคุณภาพ โดยเบนเข็มการพัฒนาอาสาสมัครจากวิถีการให้บริการที่ใช้อยู่ในช่วง 30 ปี ที่ผ่านมา ไปเป็นวิถีการพัฒนาโดยการเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนสังคมไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดย อสม.จะได้รับความรู้ผ่านกระบวนการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ประมาณ 1,00,000 คน ทั่วประเทศ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2556) ที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุขเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขไทย จนถึงจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้ หากอาศัยลำพังแต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น[3]

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้ายกระจายข่าวดี ชี้บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี อสม. มีหน้าที่หลัก คือ เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม. และเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพ

ประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

ปัจจุบันประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีจำนวนประชากรเกินกำลังอัตรากับจำนวนบุคคลากรทางด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงจำเป็นต้องนำงานสาธารณสุขมูลให้ อสม.เข้ามาช่วยตามบทบาทหน้าที่ในด้านการป้องกันและควบคุมโรค โดยจะให้ อสม.ลงไปเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อสม.ต้องมีความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติการให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ให้ได้รับการเรียนรู้ดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ พบว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. มีพัฒนาทางด้านความคิด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจเนื้อหาความรู้มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และ สามารถนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปปฏิบัติในการทำงานได้จริง อีกทั้งรูปแบบการเรียนรู้มีลำดับองค์ประกอบที่ชัดเจนทั้ง 4 องค์ประกอบคือประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและการอภิปรายความคิดรวบยอดและประยุกต์แนวคิด ทดลองปฏิบัติ แต่ละองค์ประกอบ อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมไม่ว่าจะเป็นการแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ สรุปเนื้อหา และการลงมือปฏิบัติจริง ไม่ใช่การฟังบรรยายเพียงอย่างเดียวอีกทั้งวิทยากรจะคอยกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา เกิดการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการเรียนรู้[4]

จากสถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบัน อสม. ที่ต้องการเพิ่มขึ้นคือ อสม. ที่มีทักษะขั้นสูงหรือที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องหากตัดปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ออกไปมุ่งไปที่ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ถือได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะจัดทำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยวิธีการบรรยาย การอภิปราย และการสาธิตฝึกปฏิบัติจริง เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีความเชื่อมั่นในการดำเนินงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมของแกนนำ อสม. ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ

1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำ อสม. ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัด

นครศรีธรรมราช ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (quasi experimental design) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Study population) ครั้งนี้ คือ แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานที่ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานที่ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) = 0.80[5] ขนาดของกลุมตัวอย่างคำนวณจากคาอิทธิพล (Effect Size) ประมาณคาของขนาดอิทธิพลจากคาเฉลี่ย 2 กลุม และคำนวณขนาดของกลุมตัวอย่างจากสูตรของกลาส[6]

สำหรับการคำนวณขนาดกลุมตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัย เรื่อง ผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน[7] และได้นำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหลังการได้รับโปรแกรมฯ ที่เกิดจากการทดลองมาคำนวณขนาดอิทธิพล ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.9 หลังจากนั้นนำค่าที่ได้มาประมาณขนาดตัวอย่างจากตารางประมาณขนาดกลุมตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียว (Table 6-3 Estimated sample requirements as a function of effect size for α = .05 and power Analysis = .80)[5] ดังนั้นจึงได้ขนาดของ กลุมตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

2. แบบประเมินทักษะในการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

3. แบบประเมินการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ทางผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาโดยการหาค่า (IOC : Index of item objective congruence) หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะข้อผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือเป็นประชากรในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แล้วนำเครื่องมือมาหา ความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficirnt)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะวิทยาศาสตร์

และเทคโนโลยี มหาวิทยาราชภัฏนครศรีธรรมราช เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 หลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุขผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง เพื่อขอข้อมูลรายชื่อ ที่อยู่ อสม. เพื่อดำเนินการตามแผนการปฏิบัติการวิจัย โดยจะทำการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

1.4 ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนดำเนินการจัดกิจกรรมและเก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจในโครงการ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และทดสอบผู้ร่วมวิจัยในการใช้แบบสอบถามเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และได้คำตอบที่ตรงกันกับผู้ศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 ทำการชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการแจ้งประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อการนัดหมายในการเก็บข้อมูล และขอความมือในการแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบล่วงหน้า ตามแผนดำเนินการเก็บข้อมูล อย่างน้อย 3 วัน

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตัวเองและผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างและอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินการปฏิบัติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบตามข้อคำถามของแบบสอบถาม โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม 25 นาที

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาลงรหัสให้น้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คะแนนประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คะแนนประเมินสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ใบรับรองเลขที่ WUEC-21-107-01 เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.1 พบว่า อสม. เป็นเพศหญิงที่นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมาอายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 20.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 รองลงมามีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.0 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 11 –

20 ปีมากที่สุด ร้อยละ 70.0 รองลงมา 21 – 30 ปี ร้อยละ 13.3 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ รับจ้าง และค้าขาย ร้อยละ 13.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ 0 – 5,000 บาทบาทมากที่สุด ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 26.7 และตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีตำแหน่ง อสม. เป็นตำแหน่งเดียวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมา คือ กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/แพทย์/พยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ ได้รับข่าวสารจากเพื่อนบ้าน/คนในครอบครัว ร้อยละ 20.0 และส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวไม่เคยเป็นโรคเบาหวาน

ผลการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด พบว่า สมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีความแตกต่างกัน คือก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านความรู้อยู่ที่ระดับปานกลางจำนวน 16 คน (ร้อยละ 46.7) แต่หลังจาก การได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านความรู้ อยู่ในระดับสูง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำ อสม. พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.96 (S.D. = 1.82) และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะแกนนำ อสม. มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.53 (S.D. =1.40) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอสม. ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	8.96	1.82	-8.848	.000*
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	12.53	1.40		

ผลการประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการประเมินสมรรถนะด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะมากกว่าคะแนนทักษะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ แกนนำ อสม.มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.56 (S.D. = 6.31) และหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม. คะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย 37.10 (S.D. = 4.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะฯ

คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	33.56	6.31	-3.510	.001*
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	37.10	4.05		

ผลการประเมินสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (ตามหลัก 3อ.2ส.)

1. ผลการประเมินสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหารก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะฯ

คะแนนสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหารของแกนนำอสม.ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีความแตกต่างกัน คือก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อสม.มีคะแนนสมรรถนะการให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหารในระดับสูง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.67) แต่หลังจากการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อสม. มีคะแนนสมรรถนะการให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหารในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม 7 คน (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยการประเมินสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหารก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

คะแนนประเมินการให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหาร	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	7.79	1.47	-4.482	.000
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	9.06	.593		

เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหารของ อสม.พบว่า หลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะมากกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหาเฉลี่ย 7.79 (S.D. = 1.47) และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะอสม.มีคะแนนสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหารเฉลี่ยเฉลี่ย 9.06 (S.D. =.593) ดังตารางที่ 3

2. สมรรถนะการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการออกกำลังกายก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

สมรรถนะการให้คำแนะนำในด้านการออกกำลังกายของ อสม. ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ มีความแตกต่างกัน คือก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ คะแนนการให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกาย อยู่ที่ระดับสูง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) แต่หลังจากการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ แกนนำ อสม. มีคะแนนสมรรถนะ อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม จำนวน 10 คน (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการออกกำลังกายก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ

คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้คำแนะนำในด้านการออกกำลังกาย	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	6.89	1.39	-8.529	.000*
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	9.31	.603		

เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะมากกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกกำลังกายเฉลี่ย 6.89 (S.D. = 1.39) และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการออกกำลังกายเฉลี่ยเฉลี่ย 9.31 (S.D. =.603) ดังตารางที่ 4

3. สมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการจัดการความเครียดก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ ระดับสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ มีความแตกต่างกัน คือก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะในการให้คำแนะนำด้านการจัดการความเครียด อยู่ที่ระดับสูง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) แต่หลังจากการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมจำนวน 10 คน (ร้อยละ 100) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการจัดการความเครียดของ อสม. พบว่าหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะให้คำแนะนำด้านการจัดการความเครียดเฉลี่ย 6.72 (S.D. = 1.79) และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อสม.มีสมรรถนะด้านการให้คำแนะนำด้านการจัดการความเครียดเฉลี่ย เฉลี่ย 9.34 (S.D. =.669) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะฯ

คะแนนสมรรถนะการให้คำแนะนำด้านการจัดการความเครียด	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	6.72	1.79	-7.836	.000*
หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ	9.34	.669		

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้นำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโคล์บมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาบุคคลตาม 4 องค์ประกอบ คือ 1. ประสบการณ์ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้มีประสบการณ์เดิมในการทำงาน การนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนใน กลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่อาจจะเหมือนกันหรือต่างกัน ทำให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เพิ่มขึ้น 2.การสะท้อนคิดและอภิปราย โดยมีการแบ่งกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมตามใบงาน สมาชิกในกลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดของคนอื่น ซึ่งเป็นการเรียนรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด ความคิดของคนอื่น ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำความรู้จักกันมากขึ้น เกิดการเปรียบเทียบความรู้ของตนเองกับผู้อื่น เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดการแสวงหาความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการ เรียนรู้ร่วมกัน

ทำให้เกิดความรักความสามัคคี และมีการทำงานเป็นทีม 3. ความคิดรวบยอด สมาชิกในกลุ่มร่วมกันคิด และอภิปราย จนกลุ่มสรุปเป็นความคิดรวบยอด เพื่อเตรียมนำเสนอในกลุ่มใหญ่ ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมในแต่ละกลุ่มที่ได้นำเสนอโดยการให้ข้อมูลที่สำคัญ มีสาระครบถ้วน สั้นกระชับ จำได้ง่าย 4. การทดลอง หรือการประยุกต์แนวคิด[7]ซึ่งกลุ่มได้เรียนรู้ 4 องค์ประกอบที่ผ่านมา แล้วมามาประยุกต์ใช้ในรูปแบบ ต่าง ๆ เช่น การสนทนา ซึ่งเป็นการนำแนวทางเรียนรู้ที่ เกิดขึ้นใหม่ไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ จนเป็นแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการให้สมาชิกภายในกลุ่มใหญ่ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ การใช้กระบวนการกลุ่ม[3,4]ส่งผลให้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ควรมีการนำเอาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแก่สถานบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่บ้านอื่น ๆ ทั้งด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน (ราย) ปี พ.ศ. 2554-2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php
2. เวธกา กลุ่นวิชิต, พิสิษฐ์พิริยาพรรณ, พวงทอง อินใจ. การศึกษาภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตะบอลิคการรับรู้พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2553;3(2):86-89.
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสิทธิ์. อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;1(3-4):268-279.
4. นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสาร 2559;43(ฉบับพิเศษ):104-115.
5. เสาวลักษณ์ ภารชาตรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551. doi:10.14457/CMU.the.2008.934
6. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
7. กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, ประจวบ แหลมหลัก. ผลโปรแกรมการพัฒนาสมถรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2561;12(1):275-291.

การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง

Scoping of Health Impact Assessment for Assessing Food Security in Para Rubber Plot.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

อิสรา มิตรช่วยรอด[1] ,เพ็ญ สุขมาก[2]
Aitsara Mitchuayrod[1] ,Phen Sukmag[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกรต้นแบบที่คัดเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดนราธิวาส วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 49 เรื่อง สรุปวิเคราะห์จัดทำเป็นร่างขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดการประเมินฉบับที่ 1 เพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 คือการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) เก็บข้อมูลจากการระดมความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านความเพียงพอของอาหาร มิติด้านการเข้าถึงอาหาร มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร และมิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร โดยมีรายละเอียดตัวชี้วัดแต่ละมิติ ดังต่อไปนี้ 1) มิติด้านความเพียงพอของอาหาร ได้แก่ การถือครองที่ดิน การใช้ประโยชน์ที่ดิน การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ การมีปัจจัยการผลิตอาหาร การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิ่มทุกมื้อ และการมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน 2) มิติด้านการเข้าถึงอาหาร ได้แก่ ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน การมีรายได้ที่เพียงพอ การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารอาหารปลอดภัย และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า 3) มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร ได้แก่ ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ และความสามารถในการแปรรูปผลผลิต และ 4) มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร ได้แก่ มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร และการเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต ตัวชี้วัดถูกนำไปจัดทำเครื่องมือเพื่อทำการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง

คำสำคัญ: การกำหนดขอบเขต, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, ความมั่นคงทางอาหาร, พืชร่วมยาง

Abstract

This study aimed to establish the content scope and indicators for health impact assessment for food security assessment in rubber co-cropping plots of selected model farmers from 4 provinces: Ranong, Chumphon, Nakhon Si Thammarat and Narathiwat. The research methodology consisted of 1) Expert scoping, in which the researcher and experts reviewed 49 related research documents, summarized and analyzed them into a draft of the content scope and indicators for assessment version 1 to be entered into the second step 2) Expert and community scoping. Data was collected from brainstorming through focus groups with 16

[1] นักศึกษาปริญญาโท, หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการจัดการระบบสุขภาพ) สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[2] ผู้อำนวยการ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

specifically selected informants. The tool was the focus group discussion. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study 4 content scope and indicators for food security assessment in para rubber plot consisted of 4 dimensions: food availability, food access and food utilization and food stability with details of the indicators for each dimension as follows: 1) Food availability dimension, including land ownership, land use, having sufficient safe food production areas, having food production factors, having quality food to consume at every meal, and having enough food for all household members. 2) Food access dimension, including the ability to find food from natural sources near home, having sufficient income, having secondary occupations that generate sufficient income, the number of sources of safe food products, and the ability to access sources of products. 3) Food utilization dimension, including the variety of products obtained, consuming a variety of foods from all 5 food groups, consuming sufficient safe vegetables, and the ability to process products. 4) Food stability dimension, including having an agricultural production management planning system, an agricultural product planting calendar, and collecting plant and animal species for future propagation. The indicators were used to develop a tool to assess food security in para rubber plot.

Keywords: Scoping, Health Impact Assessment (HIA), Food security, Para rubber plot.

บทนำ

ภาคใต้มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 44 ล้านไร่ ถูกใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร 23 ล้านไร่ มีการทำเกษตรเชิงเดี่ยว คือ ปลูกยางพาราและปาล์มน้ำมันกว่า 19 ล้านไร่ คิดเป็นร้อยละ 88 ของพื้นที่เกษตรทั้งหมด และจากสถิติการเกษตรของประเทศไทย[1] ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 – 2565 พบว่า พื้นที่เกษตรที่เป็นพื้นที่ผลิตอาหาร เช่น นาข้าวมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องทุกปี จากการเปลี่ยนพื้นที่นาข้าวไปปลูกพืชเชิงเดี่ยวมากขึ้น ด้วยได้รับอิทธิพลจากนโยบายภาครัฐและแผนพัฒนาเศรษฐกิจส่งเสริมการปลูกพืชเชิงเดี่ยว[2] เกษตรกรจึงหันมาปลูกพืชเชิงเดี่ยวเพื่อสร้างกระแสเงินสดให้กับครัวเรือนเกษตรกรมากขึ้น ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตหลายได้ จากต้นทุนการผลิตที่สูงกว่ารายได้เกิดภาวะหนี้สิน รายได้ที่ไม่แน่นอนจากสภาวะเศรษฐกิจของโลกส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน โดยเฉพาะรายจ่ายการอุปโภคบริโภค ภูมิคุ้มกันทางอาหารลดลง[3] ระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลงจากการใช้สารเคมี[4] และเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว เกษตรกรชาวสวนยางจะต้องมีการประกอบอาชีพเสริมในแปลงยางของตัวเอง[5] เพื่อสร้างรายได้เพิ่ม[6] และลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยการทำเกษตรผสมผสาน[7] เกษตรทฤษฎีใหม่[8] การปลูกพืชร่วมยางหรือพืชแซมยาง[9] วนเกษตร[9] ภายใต้ความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่และวัตถุประสงค์ของการทำเกษตรที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างรายได้เสริมก่อนหรือระหว่างการกรีดยาง และนำผลผลิตที่ได้ เช่น พืชผักสวนครัว พืชท้องถิ่น หรือไม้ผล ผลผลิตจากการทำปศุสัตว์ สำหรับการบริโภคในครัวเรือน เพิ่มการเข้าถึงอาหาร และสามารถลดค่าอาหารของครัวเรือน โดยใช้พื้นที่ขนาดเท่าเดิมจากแปลงยางปลูกพืชอาหารเพิ่ม[6] สามารถสร้างความมั่นคงทางอาหารให้เกิดในแปลงพืชร่วมยาง[10] อีกทั้งยังมีความมั่นใจต่อผลผลิต[7] เนื่องจากผลิตเองโดยไม่ใช้สารเคมีบริโภคได้อย่างมั่นใจ คงไว้ซึ่งความหลากหลายทางชีวภาพและช่วยรักษาระบบนิเวศน์ให้สมดุล องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) ได้ให้ความหมายของ ความมั่นคงทางอาหารหมายถึง การที่ทุกคนมีความสามารถทางกายภาพและเศรษฐกิจ[11] เพื่อการเข้าถึงอาหารได้ทุกเวลามีอาหารกินอย่าง

เพียงพอ อาหารที่บริโภคเป็นอาหารที่ปลอดภัย[12] มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายมนุษย์ เพื่อการสร้างพลังงานและสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) มิติด้านความเพียงพอ (Availability) คือ การมีอาหารที่มีคุณภาพในปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งการมีอาหารอาจได้มาจากการผลิตทั้งภายในและภายนอกประเทศและการได้รับบริจาคหรือช่วยเหลือทางสังคมในด้านอาหาร[13] 2) มิติด้านการเข้าถึง (Access) คือ การที่บุคคลมีสิทธิในการเข้าถึงทรัพยากรส่วนรวมและมีความสามารถ รวมถึงการมีรายได้เพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารที่เหมาะสมและมีโภชนาการ[14] ภายใต้บริบทสังคมนั้น ๆ 3) มิติด้านการใช้ประโยชน์ (Utilization) คือ การที่ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน[14] จากการบริโภคอาหารที่เพียงพอ ร่วมกับการมีน้ำสะอาดไว้บริโภค[15] การดูแลรักษาสุขภาพ และการมีสุขอนามัยที่ดี 4) มิติด้านการมีเสถียรภาพ (Stability) คือ การที่ทุกคนสามารถเข้าถึงอาหารได้ทุกเวลา แม้ในภาวะที่ไม่ปกติ โดยไม่ต้องเสี่ยงกับการขาดแคลนอาหารไว้บริโภค[16] ซึ่งการมีเสถียรภาพครอบคลุมมิติความเพียงพอและการเข้าถึงอาหารด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบตามนิยามความหมายความมั่นคงทางอาหารของ FAO มาจัดทำขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ จัดทำขอบเขตเนื้อหา ตัวชี้วัดและเครื่องมือในการประเมินแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกร เป้าหมายของโครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ศวนส.) ภายใต้การดูแลของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับการยางแห่งประเทศไทยและหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ สนับสนุนเกษตรกรในการเพิ่มพื้นที่อาหารในแปลงพืชร่วมยาง โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มพื้นที่ผลิตอาหารปลอดภัยในสวนยางและสร้างความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน โดยดำเนินงานในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดนราธิวาส ซึ่งการดำเนินงานโครงการดังกล่าว ยังไม่มีการประเมินระดับความมั่นคงทางอาหารจากการทำพืชร่วมยาง ของเกษตรกรเป้าหมายว่าการทำพืชร่วมยาง ทำให้เกษตรกรมีความมั่นคงทางอาหารหรือไม่ และระดับความมั่นคงทางอาหารอยู่ระดับใด

การประเมินความมั่นคงทางอาหารที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินในภาพกว้างจากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ เน้นการศึกษาในมิติด้านการมีและการเข้าถึงอาหารในแง่ของการมีเงินที่เพียงพอหรือสถานะทางเศษฐกิจครัวเรือน เพื่อการซื้ออาหารมาบริโภค แต่ขอบเขตเนื้อหาและตัวชี้วัดด้านการใช้ประโยชน์ และเสถียรภาพทางอาหารยังมีน้อย และเป็นการประเมินโดยนักวิจัยเป็นคนกำหนดกรอบและเครื่องมือการประเมิน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาและตัวชี้วัดน้อย สำหรับการประเมินครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการให้เป็นการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาระหว่างเกษตรกร หน่วยงานสนับสนุนคือการยางแห่งประเทศไทย และนักวิชาการในสถาบันการศึกษา จึงเลือกใช้ประบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพหรือ เอช ไอ เอ (Health Impact Assessment: HIA) เป็นกรอบการประเมิน

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หรือ เอช ไอ เอ เป็นเครื่องมือทางนโยบาย ที่สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม และสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เอช ไอ เอ ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ คือ การกลั่นกรองโดยสาธารณะ (Public Screening) การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบโดยสาธารณะ (Public Scoping) การประเมินผลกระทบ (Assessing) การทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะ (Public review) การผลักดันสู่การตัดสินใจ (Influencing) และการ

ติดตามและประเมินผลโดยสาธารณะ (Public Monitoring and Evaluation) ซึ่งขั้นตอนการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เป็นขั้นตอนเพื่อการออกแบบเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ในการประเมิน[17] เสมือนการจัดทำกรอบแนวคิด กำหนดตัวแปร เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำไปดำเนินการต่อในขั้นตอนของการประเมิน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะได้ร่วมเรียนรู้ ร่วมคิดวิเคราะห์ กำหนดประเด็นขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินอย่างมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อจัดทำขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารจากแปลงพืชร่วมยาง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบการพัฒนาขอบเขตเชิงเนื้อหาตามกรอบนิยามความหมาย ความมั่นคงทางอาหารของ FAO โดยมีการดำเนินงานทั้งการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) ดำเนินการตามขั้นตอนการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยขั้นตอนนี้สามารถดำเนินการดังนี้ คือ 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Scoping) ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนเอกสาร (Documentary review) ด้วยการรวบรวมเอกสาร งานวิชาการ งานวิจัย รายงาน ที่เกี่ยวข้อง และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และการกำหนดขอบเขตโดยชุมชน (Community scoping) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Scoping)** โดยการศึกษาจากเอกสาร (Documentary review) เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสาร งานวิชาการ งานวิจัย รายงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหลักของหัวข้อที่ศึกษา ค้นหาในฐานข้อมูลออนไลน์เป็นหลัก คือ เว็บไซต์ Google และ Google Scholar โดยใช้คำหลักในการค้นหา คือ “ความมั่นคงทางอาหาร” “พืชร่วมยาง” หรือ “การทำเกษตรในสวนยาง” และ “การประเมินความมั่นคงทางอาหาร” ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งมีจำนวนงานวิจัยที่ค้นหาทั้งหมดจำนวน 69 บทความ คัดออกเหลือจำนวน 48 บทความ โดยมีเกณฑ์ในการคัดออกของบทความ คือ เนื้อความจากการพาดหัวข่าวหน้าเว็บไซต์ เป็นงานวิชาการ งานวิจัย หรือรายงาน ไม่อยู่ระหว่างปี พ.ศ.2560 – 2565 (ค.ศ.2017-2022) และไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ ความมั่นคงทางอาหารในแต่ละมิติตาม นิยามความหมายของ FAO สืบค้นและรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องนำมาบันทึกลงตารางสกัดข้อมูล เพื่อวิเคราะห์และจัดทำเป็นขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1

2. การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping)

ในขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดขอบเขตร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยในการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) ได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ ต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพืชร่วมยาง และมีความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 4 คน ประกอบด้วย อาจารย์จากสถาบันการศึกษามหาวิทยาลัยภาคใต้ จำนวน 3 คน และนักวิชาการอิสระด้านพืชร่วมยางจำนวน 1 คน

การกำหนดขอบเขตโดยชุมชน (Community scoping) โดยคัดเลือกตัวแทนชุมชนแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มประชาชนเป็นตัวแทนเกษตรกรที่ทำพืชร่วมยางหรือมีประสบการณ์การทำพืชร่วมยาง โดยการคัดเลือกจากการยางแห่งประเทศไทยระดับจังหวัด และมีความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 คน ประกอบด้วย เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดระนอง 2 คน เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดชุมพร 2 คน เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดนครศรีธรรมราช 2 คน และเกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดนราธิวาส 2 คน 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นตัวแทนระดับจังหวัดมีบทบาทหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเกษตรกรชาวสวนยางโดยตรง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ตัวแทนการยางแห่งประเทศไทยจังหวัดระนอง 1 คน การยางแห่งประเทศไทยจังหวัดชุมพร 1 คน การยางแห่งประเทศไทยจังหวัดนครศรีธรรมราช 1 คน และการยางแห่งประเทศไทยจังหวัดนราธิวาส 1 คน

นำเสนอข้อมูลขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1 ที่ได้จากการศึกษาจากเอกสาร จัดทำเป็นเอกสารนำเข้าในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มชุมชน ร่วมทบทวน พิจารณา ความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือในการดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1. ตารางสกัดข้อมูล (Data Extraction Sheet) จากการศึกษาข้อมูลเชิงเอกสาร (Document Review) ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยองค์ประกอบ และตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหาร ประกอบด้วยชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ องค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมินที่สำคัญ
2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม ด้วยคำถามปลายเปิด (Open-ended Question) เพื่อให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มชุมชนร่วมพิจารณา ระดมความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เกี่ยวกับประเด็นมิติและตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ของกลุ่มเกษตรกรต้นแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามการสนทนากลุ่มผ่านการพิจารณาและตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำพืชร่วมยาง ด้านเศรษฐศาสตร์หรือผลตอบรับเชิงเศรษฐศาสตร์จากการทำพืชร่วมยาง และด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.75 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการขอจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ จากสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ EC 010/65 ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดงานวิจัยโดยสังเขปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หรือสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาของการดำเนินงานวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ร่วมกับการขออนุญาตบันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการติดต่อประสานงานโดยตรงกับยางแห่งประเทศไทย ร่วมกับการขอความอนุเคราะห์ในการประสานตัวแทนเกษตร และติดต่อประสานงานนักวิชาการโดยตรง นัดวันและเวลาในการสนทนากลุ่มที่ทุกคนพร้อมเพียงกัน ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากการเอกสาร และผลการทบทวนรายงานการดำเนินงานของโครงการให้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน และตัวแทนกลุ่มชุมชน

จำนวน 12 คน ร่วมระดมความคิดเห็น ประเด็นข้อเสนอแนะ สรุปข้อมูล และทวนข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมฟังอีกครั้งก่อนถามข้อคำถามถัดไป และทำการบันทึกเสียงร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยดำเนินการดังนี้ นำประเด็นเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนเอกสาร กำหนดประเด็นหลัก (Domain) ตามมิติความมั่นคงทางอาหารของ FAO จัดหมวดหมู่ที่เชื่อมโยงกับแต่ละมิติหรือองค์ประกอบ (Categorize) และกลุ่มคำหรือคำอธิบาย (Explain) การถอดเทปเสียงจากการสนทนากลุ่ม อ่านทำความเข้าใจเนื้อหาของข้อมูล แสดงสัญลักษณ์สีเป็นตัวแทนประเด็นหลัก ใส่รหัส (Coding) เป็นตัวแทนผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาตีความและสรุปความ จัดกลุ่มในหัวข้อตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี

ผลการศึกษา

ขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง

มิติการประเมิน	ประเด็น	ตัวชี้วัดในการประเมินความมั่นคงทางอาหาร
		ขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1
1. มิติด้านความเพียงพอของอาหาร	1.1 พื้นที่ผลิตอาหาร	- การถือครองที่ดิน - การใช้ประโยชน์ที่ดิน - การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ
	1.2 ผลผลิตเพียงพอ	- การมีปัจจัยการผลิตอาหาร - การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิ่มทุกมื้อ - การมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน
2. มิติด้านการเข้าถึงอาหาร	2.1 แหล่งอาหารจากธรรมชาติ	- ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน
	2.2 การซื้ออาหารบริโภค	- การมีรายได้ที่เพียงพอ - การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ
	2.3 แหล่งกระจายสินค้า	- จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารอาหารปลอดภัย - ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า
3. มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร	3.1 อาหารหลากหลายและปลอดภัย	- ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ - การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ - การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ
	3.2 การแปรรูป	- ความสามารถในการแปรรูปผลผลิต
4. มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร	4.1 การวางแผนการผลิต	- มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร - มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร
	4.2 จัดการพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์	- การเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต

จากตารางที่ 1 มิติด้านความเพียงพอ ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) การมีพื้นที่ผลิตอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย การถือครองที่ดิน การใช้ประโยชน์ที่ดิน และการมีพื้นที่ผลิตอาหารที่เพียงพอ และ 2) การมีผลผลิตที่เพียงพอ มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย การมีปัจจัยการผลิตอาหาร การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิ่มทุกมื้อ และการมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน

มิติด้านการเข้าถึงประเมิน 3 ประเด็น คือ 1) แหล่งอาหารจากธรรมชาติ ตัวชี้วัดการประเมิน คือ

ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน 2) การซื้ออาหารบริโภค มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย การมีรายได้ที่เพียงพอ และการมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ และ 3) แหล่งกระจายสินค้า มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารอาหารปลอดภัย และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า

มิติด้านการใช้ประโยชน์ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) อาหารหลากหลายและปลอดภัย มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ และการบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ และ 2) การแปรรูป ตัวชี้วัดการประเมิน คือ ความสามารถในการแปรรูปผลผลิต

มิติด้านการมีเสถียรภาพ ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) การวางแผนการผลิต มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร และมีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร และ 2) จัดการพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ ตัวชี้วัดการประเมิน คือ การเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยสาธารณะ (Public scoping) ด้วยวิธีการกำหนดขอบเขต 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) เพื่อกำหนดประเด็นและตัวชี้วัดสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรต้นแบบตามบริบทของชุมชน ที่มีความครบถ้วนและครอบคลุมในประเด็นการประเมิน ภายใต้ความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชน[18] มีรายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินดังต่อไปนี้

มิติด้านความเพียงพอของอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมิน 6 รายการ คือ 1) การถือครองที่ดิน 2) การใช้ประโยชน์ที่ดิน 3) การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ 4) การมีปัจจัยการผลิตอาหาร 5) การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิ่มทุกมื้อ และ 6) การมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ คณน ไตรจันทร์ และคณะ[19] ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนภาคใต้ชายแดน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 6 ปัจจัย คือ 1) ความเพียงพอปัจจัยการผลิตและผลผลิต มีที่ดิน มีแรงงาน มีการผลิตหลากหลาย 2) แหล่งน้ำและสาธารณูปโภค 3) การมีเสถียรภาพด้านอาหารจากการผลิต เพียงพอและหลากหลาย 4) การเข้าถึงอาหารแหล่งธรรมชาติและตลาด 5) อาหารปลอดภัย และ 6) การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนเห็นด้วยกับประเด็นพิจารณา

มิติด้านการเข้าถึงอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมิน 5 รายการ คือ 1) ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษรา ทองอุปการ[20] ปัจจัยเอื้อต่อวัฒนธรรมอาหารและความมั่นคงทางอาหารชุมชนบ้านตลิ่งแดง คือ การที่สมาชิกทุกคนมีสิทธิเข้าถึงแหล่งอาหารธรรมชาติได้อย่างเสรี ตามฤดูกาล ได้หลากหลาย 2) การมีรายได้ที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Inna Irtyshcheva et al.[21] พบว่าปัญหาสำคัญของการรองรับความมั่นคงทางอาหารของยูเครน คือ การมีรายได้ที่ต่ำของประชากรประสบปัญหากับความขาดแคลนอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัชราวดี อรรถวิวัฒนากุล[22] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุบ้านหินผุด ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คือ รายได้ และการศึกษาของสุพรรณี ไชยอำพร[12] การมีรายได้ที่

เพียงพอเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของความมั่นคงทางอาหาร 3) การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศจีรัตน์ แรมลี[5] การปลูกพืชเสริมและทำกิจกรรมเกษตรในสวนยางสร้างอาชีพและรายได้เสริมจากผลผลิตยาง โดยไม่มีผลกระทบต่อการเติบโตยาง 4) จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารอาหารปลอดภัย และ 5) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้าสอดคล้องกับการศึกษาของ อัยลดา มุสลีมาณุกุล[23] ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ด้านการเข้าถึงอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากจำนวนร้านค้ามีน้อยและห่างไกลจากบ้าน ผู้สูงอายุเข้าถึงยากและจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนมีข้อเสนอแนะ ภาระหนี้สินเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงอาหาร

มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร พบว่า มีตัวชี้วัดการประเมิน 4 รายการ คือ 1) ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ 2) การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ 3) การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณี ไชยอำพร[12] สิ่งบ่งชี้ความมั่นคงทางอาหารในมิติสังคมและวัฒธรรมมี 3 ตัวบ่งชี้ จาก 19 ตัวบ่งชี้ การใช้ประโยชน์ด้านอาหาร คือ ความหลากหลายของประเภทอาหารในแต่ละมื้อ อาหารที่บริโภคมีคุณภาพ ปลอดสารพิษ และการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และ 4) ความสามารถในการแปรรูปผลผลิตสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์ และคณะ[24] พบว่า การนำอาหารมาแปรรูปหรือถนอมอาหารเป็นการสร้างคุณค่าทางอาหารรูปแบบหนึ่งและเพื่อการมีกินในครัวเรือนตลอดเวลา และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนมีข้อเสนอแนะ เรื่องการนำผลิตที่ได้มาแปรรูปเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม เป็นการใช้ประโยชน์ด้านอาหารอีกวิธีหนึ่ง

มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร พบว่า มีตัวชี้วัดการประเมิน 3 รายการ คือ 1) มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร และ2) มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์ และคณะ[24] แนวทางด้านการบริหารจัดการครัวเรือนเป็นหนึ่งแนวทางในการสร้างความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนเกษตรกร จังหวัดน่าน ประกอบด้วย การมีอาหารผลิตเองได้ตลอดปี มีการวางแผนการการจัดการการซื้อ การผลิต และการสำรองอาหารไว้ยามฉุกเฉิน มีกินตลอดเวลา และ 3) การเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ ธันยชนก ปะวะละ[25] การดำรงชีพโดยพึ่งพิงแหล่งอาหารจากป่าหรือธรรมชาติ เป็นการสร้างความมั่นคงทางอาหารเพื่อการพึ่งตนเอง และการอนุรักษ์พันธุ์พืชป่าหรือพันธุ์พืชท้องถิ่น โดยการเก็บเมล็ดพันธุ์ไว้ปลูกเองในฤดูถัดไปเป็นการสร้างความมั่นคงและยั่งยืนด้านอาหารในอนาคต และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนเห็นด้วยกับประเด็นพิจารณา

จากการศึกษาความมั่นคงทางอาหารทั้ง 4 มิติ พบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของ Carlo Cafiero et al.[26] ที่ศึกษาความมั่นคงทางอาหารระดับโลกโดยใช้เกณฑ์ความไม่มั่นคงทางอาหาร ให้ความสำคัญกับการมีกระแสเงินสดหรือการมีรายได้เพื่อการเข้าถึงอาหารและมีอาหารที่เพียงพอ และการศึกษาของ Charles F et al.[27] ประเมินความมั่นคงทางอาหารระดับครัวเรือนและภูมิภาคของเกษตรกร เน้นการมีอาหารจากการผลิตเป็นสำคัญจากการเป็นแหล่งผลิตหลัก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lotsmart N Fonjong and Adwoa Y Gyapong[28] ให้ความสำคัญกับการมีพื้นที่ทำกินและสิทธิเสรีภาพในการผลิตจากภาครัฐ เพื่อความมั่นคงทางอาหารที่ยั่งยืน

ขอบเขตและตัวชี้วัดความมั่นคงทางอาหารของเกษตรกรแปลงต้นแบบการทำพืชร่วมยางในจังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และ

จังหวัดนราธิวาส ครอบคลุมความมั่นคงทางอาหารทั้ง 4 มิติของ FAO สามารถนำไปจัดทำเป็นเครื่องมือในการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกรต้นแบบในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแต่ละบริบทพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน ด้วยปัจจัยหลายๆ ด้าน เช่น สภาพเศรษฐกิจสังคม สภาพแวดล้อมและความสมบูรณ์ของพื้นที่ การเมืองการปกครอง ประเพณีวัฒนธรรม เป็นต้น อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมแต่ละกรณีไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นการยางแห่งประเทศไทย เกษตรจังหวัด เกษตรและสหกรณ์จังหวัด สามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการทำเครื่องมือเพื่อการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ในพื้นที่เพื่อนำมาทำแผนขับเคลื่อน และขยายผลการทำพืชร่วมยางในพื้นที่อื่นๆ ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ภาคใต้ จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยขอขอบคุณเกษตรกรต้นแบบพืชร่วมยาง การยางแห่งประเทศไทย อาจารย์ นักวิชาการจังหวัดชุมพร จังหวัดระนอง จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดนราธิวาส ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2565. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร.
2. คณะกรรมการบูรณาการนโยบายพัฒนาภาค (ก.บ.ภ.). แผนพัฒนาภาคใต้ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564).
3. ปราโมทย์ แก้ววงศรี. แนวทางสร้างความหลากหลายในสวนยางพารา. พิมพ์ครั้งแรก. พงค์เทพ สุธีรวุฒิ, เพ็ญ สุขมาก, วรรณา สุวรรณชาตรี, บรรณาธิการ. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2561.
4. ภัทรพงศ์ วงศ์สุวัฒน์, วันชัย รัตนวงษ์, วัชรวี จันทรประกายกุล. ความยั่งยืนของเกษตรกรชาวสวนยางในประเทศไทย. วารสารสุทธิปริทัศน์. กรกฎาคม – กันยายน 2564;35(3):174-193.
5. ศจีรัตน์ แรมลี. การเสริมรายได้ในสวนยาง. ศูนย์วิจัยยางหนองคาย สถาบันวิจัยยาง การยางแห่งประเทศไทย; 2562.
6. นัดดา รัศมีแพทย์, สุพัตรา ศรีสุวรรณ. การปลูกพืชเสริมรายได้ในสวนยางพาราของเกษตรกร อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า. 2560;35(1):117-124.
7. เพ็ญ สุขมาก, วรรณา สุวรรณชาตรี, บรรณาธิการ. รูปธรรมความสำเร็จการทำพืชร่วมยาง ทางเลือก ทางรอดของเกษตรกร. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2564.
8. รักพงษ์ รติคุณูปกร. บทบาทของการยางแห่งประเทศไทยในการพัฒนายางพาราทั้งระบบ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. กรกฎาคม-ธันวาคม 2562;10(2):259-269.
9. ระวี เจียรวิภา. พืชร่วมในสวนยางพาราทางภาคใต้ของประเทศไทย: ผลกระทบและรูปแบบการปลูกอย่างยั่งยืน. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า 2562;37(1):179-189.
10. สมบูรณ์ เจริญจิระตระกูล, อริศรา ร่มเย็น, พลากร สัตย์ซื่อ. พัฒนาการระบบการปลูกพืชร่วมยางในภาคใต้ ปัญหาและอุปสรรคในการขับเคลื่อน. KASETSART JOURNAL OF SOCIALSCIENCES. 2017; 38:588–599.
11. ธนรัฐ สะอาดเอี่ยม, พระครูปริยัติวิสุทธิคุณ, พระมหายุทธพิชาญ ทองจันทร์, พระครูศรีปรีชากร. หลักมัตตัญญุตากับการประกันความมั่นคงทางอาหารในมุมมองพระพุทธศาสนา. วารสารมหาจุฬาคชสาร.มกราคม-มิถุนายน 2565;13(1): 23-34.

12. สุพรรณี ไชยอำพร. ความมั่นคงทางอาหาร: สิ่งบ่งชี้ต่างวัฒนธรรมในสังคมไทย. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์. 2560;57(1):200-223.
13. เพ็ญ สุขมาก. แนวทางการจัดทำแผนและโครงการระบบอาหารในระดับชุมชนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งแรก. วรรณา สุวรรณชาตรี, บรรณาธิการ. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2564.
14. สุพรรณี ไชยวรรณ. การส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารของชุมชนตำบลเกาะรัง อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี [ปริญญานิพนธ์ปริญญาเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
15. Meital Izraelov, Jacques Silber. An assessment of the global food security index. Food Security. 2019;11:1135–1152.
16. เพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์. ผลกระทบและการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ต่อความมั่นคงทางอาหารของประเทศไทย. วารสารธรรมวัตร. มกราคม - มิถุนายน 2564;2(1):13-22.
17. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัทสำนักพิมพ์สุภา.
18. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ.2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนที่ 289 ง ตอนพิเศษ (ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2564).
19. คณน ไตรจันทร์, ธีรศักดิ์ จินดาบถ, อนุวัต สงสม. องค์ประกอบความมั่นคงทางอาหารระดับครัวเรือนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. KASETSART JOURNAL OF SOCIALSCIENCES. 2017; 38:577–587.
20. บุษบา ทองอุปการ. อาหารท้องถิ่น: ความมั่นคงทางอาหารในมิติวัฒนธรรมกรณีศึกษาชุมชนบ้านตลิ่งแดง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. สิงหาคม 2561;5(ฉบับพิเศษ):107-119.
21. Inna Irtyshcheva, Maryna Ponomarova, Iryna Dolzhykova. CONCEPTUAL FUNDAMENTALS OF DEVELOPMENT OF THE FOOD SECURITY SYSTEM. Baltic Journal of Economic Studies. 2019;5(2):57-64.
22. พัชราวดี อรรถวิวัฒนากุล. การศึกษาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหินผุด อาเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. กรกฎาคม – ธันวาคม 2561;1(2):ISSN 2651-1312.
23. อัยลดา มุสลีมาณุกูล, เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. มกราคม – มีนาคม 2565;8(1):45-59.
24. เพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์, เมตตา ตาละลักษณ์. แนวทางการเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนเกษตรกรในจังหวัดน่าน. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11. 440-453.
25. ธันยชนก ปะวะละ, ภณิตา สุนทรไชย. รูปแบบการสร้างความมั่นคงทางอาหารบนฐานทรัพยากรทางธรรมชาติและทุนทางสังคมเพื่อความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัด มหาสารคาม. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. มกราคม-มิถุนายน 2561;5(1):143-154.
26. Carlo Cafiero, Sara Viviani, Mark Nord. Food security measurement in a global context: The food insecurity experience scale. Measurement. 2018;116:146–152.
27. Charles F. Nicholson, Emma C. Stephens, Birgit Kopainsky, Andrew D. Jones, David Parsons, James Garrett. Food security outcomes in agricultural systems models: Current status and recommended improvements. Agricultural Systems. 2021:188:103028
28. Lotsmart N Fonjong and Adwoa Y Gyapong. Plantations, women, and food security in Africa: Interrogating the investment pathway towards zero hunger in Cameroon and Ghana. World Development. 2021;138: 105293.

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Development Model of Nursing Practice Guidelines for the Care of Patients with Bloodstream Infections Tha Khantho Hospital, Kalasin Province.

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

รังสินี วันยาว[1]
Rangsini wanyao[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์ . เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน จำนวน 4 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ราย และ D/C ร้อยละ 100.0 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปี 2567 ไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดทั้ง 2 ข้อ ผ่าน 2 ข้อ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

The study of the development model of nursing practice guidelines for the care of patients with sepsis at Tha Khantho Hospital, Kalasin Province aimed to study the situation of patients with sepsis and study nursing practice guidelines for the care of patients with sepsis at Tha Khantho Hospital, Kalasin Province. This was an action research. The sample group included 4 patients with sepsis at Tha Khantho Hospital, Kalasin Province, between November and December 2024, a total of 2 months. Data were collected from medical records and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study found that after the development of nursing practice guidelines for the care of patients with sepsis at Tha Khantho Hospital, Kalasin Province, it was found that the number of patients with sepsis at Tha Khantho Hospital, Kalasin Province, found that there were 4 patients with sepsis and D/C 100.0 percent. The indicators related to patients with sepsis at Tha Khantho Hospital, Kalasin Province, found that in 2024, it did not pass the criteria for both indicators. Passed 2 indicators.

Keywords: Nursing practice guidelines, patients with sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่เกิดจากการติดเชื้อที่เข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งสามารถเกิดจากจุลชีพหลายชนิด เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา โดยมักเริ่มจากการติดเชื้อที่อวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ หรือระบบทางเดินอาหาร เมื่อเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด จะกระตุ้นให้ร่างกาย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอบสนองด้วยการอักเสบทั่วร่างกาย อาจส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ภาวะนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต โดยเฉพาะในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยในโรงพยาบาล การตรวจสอบและรักษาอย่างรวดเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2560 พบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากถึง 48.9 ล้านราย และพบว่าเป็นสาเหตุการตายเกือบร้อยละ 20 ของการตายทั้งหมด[1]

ประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ประมาณ 175,000 รายต่อปี โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 45,000 ราย คิดเป็นอัตราเสียชีวิตประมาณ 32% ซึ่งหมายความว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 1 รายเกิดขึ้นทุก 3 นาที และมีผู้เสียชีวิต 5 รายในทุก 1 ชั่วโมง[5] ในการจัดการปัญหาดังกล่าว สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกาได้กำหนดแนวทางการดูแลที่เรียกว่า Surviving Sepsis Campaign (SSC) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะนี้ แนวทางการรักษาที่สำคัญคือ Early Goal Directed Therapy (EGDT) ซึ่งรวมถึงการให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนโลหิต และการควบคุมความดันในหลอดเลือดดำ[2] สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงให้ต่ำกว่าร้อยละ 30 และต้องมีการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะมากกว่าร้อยละ 90 แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย แต่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทาย เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงกว่าที่ตั้งเป้าไว้ ทำให้ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง[3]

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นแนวทางเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และผู้รับบริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสม แนวปฏิบัติเหล่านี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ โดยเน้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมักจะประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญหลายประการ เช่น การระบุปัญหาทางคลินิก การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้แนวปฏิบัติต้องสามารถปรับใช้ได้ในหลายบริบทและมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ของผู้ป่วย การใช้งานแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤติหรือกรณีฉุกเฉิน เช่น การเตรียมผ่าตัดหรือการจัดการกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งต้องการความรวดเร็วและแม่นยำในการดูแล[4] แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต โดยเริ่มจากการ ประเมินและตรวจสอบผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลควรทำการซักประวัติและตรวจสอบสัญญาณชีพ รวมถึงอาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุความรุนแรงของการติดเชื้อและพิจารณาความจำเป็นในการรักษาอย่างเร่งด่วน ต่อมาในการ ให้ยาปฏิชีวนะ ควรให้ยาภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากการวินิจฉัย เพื่อควบคุมการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว โดยต้องทำการเพาะเชื้อเพื่อระบุชนิดของเชื้อโรคก่อนหรือพร้อมกับการให้ยา นอกจากนี้ การ ฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือด โดยการให้สารน้ำทดแทนและยาเพิ่มความดันโลหิตตามแผนการรักษาก็เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การ เฝ้าระวังและติดตามอาการ ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และปริมาณปัสสาวะ จะช่วยประเมินการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การ ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญในการจัดทำแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และสุดท้าย การ ให้ข้อมูลและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จะช่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการรักษาและความสำคัญของการดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาล[5]

โรงพยาบาลท่าคันโทเป็นรพ.ขนาด 60 เตียง ห่างจากรพ.จังหวัด 109 กม.มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 5 ท่านรวมผู้อำนวยการไม่มีแพทย์เฉพาะทางรับผิดชอบให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอท่าคันโทจำนวน 37,846 คน จากการทบทวน พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยวินิจฉัย SEPSIS ตั้งแต่ปี 63-67 มีจำนวนทั้งสิ้น 68,70,144,189,89รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย SEPSIS ตั้งแต่ปี 63-67มีจำนวนทั้งสิ้น 1,6,1,2,1 รายตามลำดับ[6] การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปแบบเดิมพบปัญหาในการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็น การประเมินผู้ป่วยที่ล่าช้า บุคลากรขาดความเข้าใจและการตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การบริหารสารน้ำทดแทนไม่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงไม่ได้รับการส่งต่อทันเวลาส่งผลให้เกิดอวัยวะสำคัญล้มเหลวและมีอัตราการเสียชีวิตสูงและการบันทึกการพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง และครอบคลุม

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในพื้นที่ และเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพซึ่งตอบสนองต่อความซับซ้อนและความเร่งด่วนในการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรวม 87 คน และพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทุกเดือน ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปี 2566 ไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดทั้ง 4 ข้อ ปัญหาของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การเข้าถึงการรับบริการ การประเมิน/การประเมินซ้ำที่ล่าช้า ผิดพลาด การรักษาพยาบาลตามมาตรฐานล่าช้า ขาดเครื่องมือในการเจาะ Serum Lactate ขาดระบบและช่องทางการติดตามผล H/C จากรพ.กาฬสินธุ์และ ข้อมูลในเวชระเบียนไม่เพียงพอในการวินิจฉัย SEPSIS

2. รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ การคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้ qSOFA หรือ SOS score ตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ดำเนินการรักษาตาม 6 Bundle of care ตั้งแต่ห้องฉุกฉิน ประเมินผลการรักษาภายใน 1-2 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน ส่งต่อการรักษาหรือรักษาต่อในโรงพยาบาลตามความรุนแรงของโรค เฝ้าระวังอาการโดยประเมินสัญญาณชีพและSOS score อย่างน้อยแรกรับที่หอผู้ป่วย, 2 ชั่วโมง, 6 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง หากอาการแย่ลงได้แก่ MAP < 65 mmHg หรือ SOS score เพิ่มขึ้น ให้แจ้งแพทย์รับทราบและพยาบาลเฝ้าระวังใกล้ชิด พิจารณาส่งต่อผู้ป่วย และ

จำหน่ายการรักษาเมื่อผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่และ SOS score < 4 หลังเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

3. ผลของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

เดือน	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
พฤศจิกายน 2567	2	0.37
ธันวาคม 2567	2	0.52
รวม	4	0.43

จากตารางที่ 1 พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ราย

3.2 ผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 2 ผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

เดือน	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	ผลการดูแล	ร้อยละ
พฤศจิกายน 2567	2	0.37	D/C	100.0
ธันวาคม 2567	2	0.52	D/C	100.0
รวม	4	0.43	D/C	100.0

จากตารางที่ 2 ผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วย D/C ร้อยละ 100.0

3.3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2567
1.อัตราการผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตใน รพ.	<3	1.12
2.อัตราการทำ H/C ก่อนให้ Antibiotic	100	97.53
3.อัตราการได้รับAntibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย	100	82.31
4.อัตราการคัดกรองผู้ป่วยด้วย NEWS Score	100	100

จากตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในปี 2567 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดจำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตใน รพ. และ อัตราการคัดกรองผู้ป่วยด้วย NEWS Score

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 พบว่า มีผู้ป่วยติด

เชื้อในกระแสเลือด รวม 87 คน และพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทุกเดือน ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปี 2566 ไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดทั้ง 4 ข้อ ปัญหาของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การเข้าถึงการรับบริการ การประเมิน/การประเมินซ้ำที่ล่าช้า ผิดพลาด การรักษาพยาบาลตามมาตรฐานล่าช้า ขาดเครื่องมือในการเจาะ Serum Lactate ขาดระบบและช่องทางการติดตามผล H/C จากรพ. กาฬสินธุ์และ ข้อมูลในเวชระเบียนไม่เพียงพอในการวินิจฉัย SEPSIS สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ชลธิดา จินดากุล, ชญาภา เยยโพธิ์[7] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าก่อนดำเนินการพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขาดการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติ Sepsis fast track ตามแนว ทางที่มีอยู่เดิมการประเมินความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน กระบวนการดูแลตามแนวทางที่กำหนดเป็นภาพกว้างไม่จำเพาะเจาะจง ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย ขาดการประเมินซ้ำในระหว่างการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูล่าช้า และเข้าสู่ภาวะช็อก ดังนั้นจึงได้จัดทำ รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ การคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้ qSOFA หรือ SOS score ตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ดำเนินการรักษาตาม 6 Bundle of care ตั้งแต่ห้องฉุกฉิน ประเมินผลการรักษาภายใน 1-2 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน ส่งต่อการรักษาหรือรักษาต่อในโรงพยาบาลตามความรุนแรงของโรค เฝ้าระวังอาการโดยประเมินสัญญาณชีพและSOS score อย่างน้อยแรกรับที่หอผู้ป่วย, 2 ชั่วโมง, 6 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง หากอาการแย่ลงได้แก่ MAP < 65 mmHg หรือ SOS score เพิ่มขึ้น ให้แจ้งแพทย์รับทราบและพยาบาลเฝ้าระวังใกล้ชิด พิจารณาส่งต่อผู้ป่วย และจำหน่ายการรักษาเมื่อผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่และ SOS score < 4 หลังเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก[4] ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด[3,8] ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ราย และ D/C ร้อยละ 100.0 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปี 2566 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่อัตราการผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตใน รพ. และ อัตราการคัดกรองผู้ป่วยด้วย NEWS Score สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นันทรัตน์ โกษาแสง[9] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและบันทึกด้วยโปรแกรม IPD Paperless หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) กลไกการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ส่วนผลลัพธ์ พบว่า คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ด้านการประเมินและเฝ้าระวัง ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดพบว่า หลังการใช้รูปแบบการบันทึกคะแนน SOS Score ในบันทึกทางการพยาบาลและการทำกิจกรรมตามคะแนน SOS Score เพิ่มขึ้นโดยพบว่า การบันทึกคะแนน SOS Score ในบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 96.67 (χ^2=5.172, p-value = 0.023) และการทำกิจกรรมตามคะแนน SOS Score เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็นร้อยละ 96.67 (χ^2=4.137, p-value = 0.04) และการประเมินความรุนแรงแรกรับโดย SOS Score เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.33 เป็นร้อยละ 96.67 (χ^2=6.724, p-value =0.01) การรักษาตาม Sepsis Bundles มีแนวโน้มดีขึ้น ระยะเวลาตั้งแต่ เริ่มคัด

กรองถึงวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยลดลง โดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยลดลงจาก 90.8 นาที (S.D. = 60.58) เป็น 60.73 นาที (S.D. = 36.90) (Z=2.167 , p-value = 0.030) การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกระแสเลือด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.00 เป็นร้อยละ 93.00 จำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ ลดลงจากร้อยละ 26.00 เป็นร้อยละ 10.00 จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ลดลงจากร้อยละ 6.60 เป็นร้อยละ 0.00 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาการคัดกรองถึงวินิจฉัย และสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ควรนำรูปแบบไปปรับใช้และพัฒนาขยายผลในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นในระบบ paperless และพัฒนาร่วมกับผู้ออกแบบระบบให้มีการใช้งานสะดวกมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร นนทภา[10] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ระยะ คือ การพยาบาลระยะแรกรับ การพยาบาลเบื้องต้น การพยาบาลระยะต่อเนื่องและการพยาบาลระยะจาหน่าย ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติฯ ด้านผู้รับบริการ ดังนี้ (1) ระยะเวลาที่ได้รับคัดกรองเข้า Sepsis fast track เฉลี่ย 8 นาที (Mean = 7.02) ระยะเวลาการเจาะเลือดเพาะเชื้อเฉลี่ย 22 นาที (Mean =21.11) และระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 37 นาที (Mean = 36.56) หลังการนาแนวปฏิบัติไปใช้ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านผู้รับบริการดีขึ้น โดยระยะเวลาการเจาะเลือดเพาะเชื้อหลังการพัฒนาแตกต่างจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) (2) การได้รับสารน้ำเพียงพอภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100 มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านผู้ให้บริการ พบว่า (3) แนวปฏิบัติฯ สามารถปฏิบัติตามได้ทุกกิจกรรมของการพยาบาลทุกระยะอยู่ในระดับมากที่สุด (4) ความพึงพอใจของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.67, S.D. = 0.48) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิดา จินดากุล, ชญาภา เยยโพธิ์[7] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ หลังนำไปใช้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 27.50 เป็น 36.62 ผู้ป่วยเข้า Sepsis fast track เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.50 เป็น 94.12 เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.83 เป็น 100.00 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.66 เป็น 100.00 และการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml./kg./hr เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 41.66 เป็น 98.03 และไม่พบเสียชีวิต การปฏิบัติตามระบบ ร้อยละ 100.00 ความพึงพอใจบุคลากรอยู่ในระดับมาก ซึ่งค่าคะแนนความรู้ และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ควรประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้ qSOFA หรือ SOS score ตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ดำเนินการรักษาตาม 6 Bundle of care ตั้งแต่ห้องฉุกฉิน ประเมินผลการรักษาภายใน 1-2 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน ส่งต่อการรักษาหรือรักษาต่อในโรงพยาบาลตามความรุนแรงของโรค เฝ้าระวังอาการโดยประเมินสัญญาณชีพและSOS score อย่างน้อยแรกรับที่หอผู้ป่วย, 2 ชั่วโมง, 6 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง หากอาการแย่ลงได้แก่ MAP < 65 mmHg หรือ SOS

score เพิ่มขึ้น ให้แจ้งแพทย์รับทราบและพยาบาลเฝ้าระวังใกล้ชิด พิจารณาส่งต่อผู้ป่วย และจำหน่ายการรักษาเมื่อผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่และ SOS score < 4 หลังเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในระยะยาวเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการดำเนินการแก้ไขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). WHO calls for global action on sepsis - cause of
1 in 5 deaths worldwide. https://www.who.int/news/item/08-09-2020-whocallsfor-global-action-on-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide
2. Jason HM, David FG and Mark EM.(2015). Early Recognition: The real-limiting step to quality care for severesepsis patients in the emergency department. Journal of Clinical Outcomes Management 2015; 22(5): 21-211.
3. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.(2558). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย SEVERE SEPSIS และ SEPTIC SHOCK (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/miniconf/5.pdf
4. ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 63-74.
5. วราภรณ์ ศิริราช.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิดสิน
6. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลท่าคันโท. (2566). สถิติและตัวชี้วัดโรงพยาบาลท่าคันโท. กาฬสินธุ์ : โรงพยาบาลท่าคันโท.
7. ชลธิดา จินดากุล, ชญาภา เยยโพธิ์.(2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 8(15) 92-107
8. Levy MM, Delinger RP and Townsend SR. The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guidelinebased perfoemance improvement program targeting severe sepsis. Intensive Care Medecine 2010; 36: 3-222.
9. นนทรัตน์ จาเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์.(2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มกราคม-เมษายน 2563; 7(1): 319–30.
10. ศศิธร นนทภา.(2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธรเวชสาร. 25(2). 69-85

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of the program to promote knowledge on safe drug distribution for grocery store operators in the area of Ban Hua Na Kham Subdistrict Health Promotion Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province

(Received: December 8,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง[1]
Mayures Ritthisonmuang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ประกอบการร้านชำที่จำหน่ายยา จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีเลือกแบบจับคู่อย่างมีระบบ กลุ่มละ 18 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการเฝ้าระวังและสุ่มตรวจร้านตามปกติ ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2567 ถึง กันยายน 2567 รวม 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ, สื่อ/อุปกรณ์การอบรม, แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย, แบบสอบถามความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย และแบบทดสอบการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Independent t – test และสถิติ Repeated Measure ANOVA ด้วยเทคนิค LSD

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ ($p < 0.001$) ความคาดหวัง ($p < 0.001$) และการตัดสินใจเลือกซื้อยา ($p < 0.001$) โดยด้านการตัดสินใจยังมากกว่าระยะหลังการทดลองทันทีอีกด้วย ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้, การจำหน่ายยา, ผู้ประกอบการร้านชำ

Abstract

This research was a quasi-experimental study employing a two-group design with pre-test, post-test, and one-month follow-up measurements. The study aimed to examine the effectiveness of a knowledge promotion program on safe drug distribution for grocery store operators in the Ban Hua Na Kham Subdistrict Health Promoting Hospital area, Yang Talat District, Kalasin Province. The sample consisted of 36 grocery store operators who sold drugs, randomly paired and equally divided into experimental and control groups (18 participants each). The experimental group received the intervention program, while the control group underwent routine monitoring and store inspections. The study was conducted over four months from June to September 2024. Research instruments included a knowledge promotion program, training materials, personal data questionnaires, a safe drug distribution knowledge test, an expectations questionnaire, and a

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ

decision-making assessment for drug procurement. Data analysis employed descriptive statistics, Independent t-tests, and Repeated Measure ANOVA with LSD technique at a .05 significance level.

Results revealed that the experimental group demonstrated significantly higher scores than the control group in knowledge of safe drug distribution, distribution expectations, and decision-making for drug procurement (all $p < 0.001$). At one-month follow-up, the experimental group maintained significantly improved scores in all aspects compared to baseline ($p < 0.001$), with decision-making scores showing further improvement from immediate post-intervention levels ($p < 0.001$).

Keywords: Knowledge Promotion Program, Drug Distribution, Grocery Store Operators

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยเป็นปัญหาสำคัญคือ การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ "การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)" ไว้ว่า "ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด[1] และมีการศึกษาที่ผ่านมาพบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในอัตราที่สูงอาจถึงครึ่งหนึ่งของการใช้ยาทั้งหมด โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา[2] ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ใช้ยาโดยตรง เช่น ประสิทธิผลของการรักษาลดลง, การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา, การเกิดแนวคิดว่าเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องกินยา, ความต้องการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็น เป็นต้น และยังส่งผลกระทบในระยะยาวเกี่ยวกับปัญหาเชื้อโรคดื้อยาที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นหรือมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงระดับประเทศที่ต้องจัดสรรงบประมาณด้านการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยภาพรวม[3]

การจำหน่ายยาในร้านชำมีอยู่ทั่วไปและอยู่คู่กับสังคมไทยมาช้านาน เนื่องจากร้านชำมีที่ตั้งอยู่ในชุมชน ผู้ซื้อมีความสะดวก ราคาไม่แพงมาก และไม่ต้องเสียเวลาคอยนาน ทำให้ประชาชนนิยมซื้อยาจากร้านชำมาใช้เบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในสังคมชนบท กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พิจารณาและกำหนดให้ยาสามัญประจำบ้านเป็นยาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่ได้มีความรุนแรงหรือเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถหาซื้อตามร้านขายยาทั่วไปมาใช้ได้เองโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ แต่จากการศึกษาในหลายพื้นที่พบว่าร้านชำมีการจำหน่ายยาอื่นนอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านเช่น ยาอันตราย, ยาควบคุมพิเศษ, ยาชุดที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์, ยาปฏิชีวนะ, ยาแผนโบราณที่มีสารสเตอรอยด์เจือปน, ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรแปรรูป และยาหมดอายุ เป็นต้น[4,5] ซึ่งยาเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้ประชาชนเสี่ยงใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่อประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้แก่ การดื้อยา, การแพ้ยา และทำให้ประชาชนเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์ รวมถึงเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายอีกด้วย[6] จากการศึกษาของ อัญชลีน ณ พัทลุง พบว่า ระดับการศึกษา การมีบริการหลังการขาย การคืนยาที่หมดอายุได้ ความต้องการของเจ้าของร้าน ความต้องการของคนในชุมชนหรือมีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย การได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา การโฆษณาจากสื่อ การมีบริการส่งยาถึงร้าน การมีโปรโมชั่นสินค้าอื่นแถม ระยะทางระหว่างร้านชำกับร้านขายยา และผู้ซื้อสามารถหยิบยาที่ต้องการได้เอง มีความสัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมาะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$)[7]

การควบคุมการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยในร้านชำ นอกจากการตรวจสอบเฝ้า

ระวัง การตรวจจับ หรือบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่องแล้ว การส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับมาตรการอื่นๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ประกอบการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจำหน่ายยาที่ถูกต้อง ได้แก่ กฎหมาย และประกาศที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยาในร้านชำ, องค์ประกอบและการพิจารณาฉลากยา, การเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำ, การจัดเก็บยาในร้านชำอย่างเหมาะสม และการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลแก่ลูกค้า เพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจจำหน่าย ยาที่มีความปลอดภัยและคุ้มค่าแก่คนในชุมชน จะทำให้ผู้ประกอบการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นพมาศ จันทร์ลออ พบว่า ผู้ประกอบการที่มีความรู้มากจะลดโอกาสการขายยาอันตรายลง[8] และการศึกษาของ ธนพงศ์ ภูผาลี ได้เสนอแนะให้การจัดการปัญหาร้านชำจำหน่ายยาอันตราย โรงพยาบาลต้องให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการร้านชำ เพื่อให้ตระหนักถึงโทษภัยของการใช้ยาชุด ยาสเตียรอยด์ และยาอันตรายความผิดตามกฎหมาย โดยเน้นความร่วมมือ ของร้านชำมากกว่าการบังคับใช้กฎหมาย[9] ซึ่งจะทำให้ผู้ประกอบการร้านชำได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่ไม่เอาเปรียบสังคม ไม่ทำผิดกฎหมาย ไม่จำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่รู้จักมาจำหน่ายให้กับคนในชุมชน

จากข้อมูลการสำรวจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำในปี พ.ศ. 2566 มีร้านชำจำนวนทั้งหมด 80 ร้าน พบร้านที่มีการจำหน่ายยาจำนวน 70 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 87.50 ซึ่งร้านชำเหล่านี้มีการจำหน่ายยาที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ ยาอันตราย ยาแผนโบราณ ยาไม่มีทะเบียน ยาชุด และยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ยังพบยาหมดอายุและยาเสื่อมสภาพจากการจัดเก็บยาไม่ถูกต้อง ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงใช้ยาไม่สมเหตุสมผล และอาจได้รับอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย ที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังรณรงค์ให้ผู้ประกอบการลดการจำหน่ายยาที่ไม่ปลอดภัยผ่านหลากหลายช่องทาง และสุ่มตรวจร้านชำ ร่วมกับเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทำให้พบว่าผู้ประกอบการร้านชำยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาที่เพียงพอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำยังไม่มีโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำอย่างมีประสิทธิภาพ

จากสภาพปัญหา รายงานการวิจัย และข้อเสนอแนะที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ ตำบลหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ โดยทำการวิจัยและเปรียบเทียบความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยระหว่างกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำตามบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย ความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย และการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายระหว่างผู้ประกอบการร้านชำกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย ความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย และการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายของผู้ประกอบการร้านชำกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังติดตาม 1 เดือน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย ความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย และการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายของผู้ประกอบการที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยมากกว่ากลุ่มผู้ประกอบการที่มีการเฝ้าระวังและสุ่มตรวจร้านตามปกติ

2. ความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย ความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย และการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายของผู้ประกอบการที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยหลังการทดลองทันทีและหลังติดตาม 1 เดือนมากกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (Two group Pre-Post test Design) และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ประกอบการร้านชำที่จำหน่ายยาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 39 ราย

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านชำที่จำหน่ายยาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 36 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 18 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 18 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)[10] โดยกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 35.49 ราย จึงปรับเป็น 36 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการจับคู่อย่างมีระบบ (Systematic Matching Sampling) โดยเลือกตามบัญชีรายชื่อของผู้ประกอบการร้านชำ โดยคำนวณช่วงของการสุ่มจากสูตร N/n และติดต่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมฝึกอบรม หากผู้ที่ถูกสุ่มปฏิเสธการเข้าร่วม จะทำการสุ่มเพิ่มจนได้จำนวนตามที่กำหนด สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ต้องเป็นเจ้าของร้านชำหรือผู้ดูแลหลัก มีอายุ 18-65 ปีขึ้นไป สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการทดลอง ไม่ทำแบบทดสอบหรือแบบสอบถามทั้งหมด และปิดหรือยกเลิกกิจการระหว่างการศึกษา นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การถอนตัว (Discontinuation criteria) คือ การขอถอนตัวจากโปรแกรมระหว่างการศึกษา และการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตระหว่างการศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำได้จัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและประกาศที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยาในร้านชำ, การทำความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบและการพิจารณาฉลากยา, แนวทางการเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำ, วิธีการจัดเก็บยาในร้านชำอย่างเหมาะสม และการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลแก่ลูกค้า ทั้งนี้ โปรแกรมได้จัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ประกอบการเรียนรู้ที่หลากหลาย ประกอบด้วย สไลด์นำเสนอในรูปแบบพาวเวอร์พอยต์, วีดิทัศน์ที่แสดงให้เห็นถึงการจำหน่ายยาปลอมหรือยาผิดมาตรฐาน, โปสเตอร์แสดงรายการยาที่อนุญาตและ

ห้ามจำหน่ายในร้านชำ รวมถึงภาพตัวอย่างของร้านชำที่มีการจัดเก็บยาทั้งในรูปแบบที่ดีและไม่ดี

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประกอบการ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ความพอเพียงของรายได้, ระยะเวลาในการจำหน่ายยา และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา โดยแบบสอบถามมีลักษณะคำถามทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด,

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy of Learning)[11] จำนวน 25 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบแบบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยในร้านชำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม (Vroom)[12] จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำของผู้ประกอบการ จำนวน 20 ข้อ โดยมีรายการยาให้ผู้ประกอบการร้านชำตัดสินใจว่าสามารถนำมาจำหน่ายในร้านชำของตนเองได้ หรือไม่ได้ 3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ ผู้วิจัยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เพื่อตรวจสอบแผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของการจัดกิจกรรมฯ โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความสอดคล้องต้องมากกว่า 0.50 ขึ้นไป

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละส่วนและแต่ละข้อผู้วิจัยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสม โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความสอดคล้องต้องมากกว่า 0.50 ขึ้นไป

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ และแบบทดสอบการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายของผู้ประกอบการร้านชำผู้วิจัยทดสอบหาค่าความเที่ยงด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.80 และอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง 0.20-0.80

แบบสอบถามความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยในร้านชำ ผู้วิจัยทดสอบหาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงรายข้อและทั้งชุดมากกว่า 0.70

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตดำเนินกิจกรรมการวิจัยไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยนัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย รวมถึงขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทดสอบและประเมินความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย ความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย และการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่าย เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มการทดลอง

4. กลุ่มทดลองได้รับการอบรมตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการเฝ้าระวังและสุ่มตรวจร้านตามปกติ

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทดสอบและประเมินความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย ความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย และการตัดสินใจเลือก

ซื้อยามาจำหน่าย เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลองทันทีอีกครั้ง

6. ผู้วิจัยติดตามทดสอบและประเมินความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย ความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย และการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่าย ของกลุ่มทดลองอีกครั้งภายหลังการทดลอง 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงพรรณนา ด้วยสถิติ Independent t – test และ Repeated Measure ANOVA ด้วยเทคนิค LSD โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 69/2567 ลงวันที่ 28 เดือนมีนาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันทั้งในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เพียงพอต่อภาระค่าใช้จ่าย ระยะเวลาจำหน่ายยา และการเคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยา

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับ 17.50 คะแนน (S.D. = 1.91) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับ 17.50 คะแนน (S.D. = 2.64) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับกลุ่มควบคุม (95% CI = -1.56 to 1.56, P-value = 1.00) สำหรับหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับ 24.67 คะแนน (S.D. = 0.59) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับ 18.11 คะแนน (S.D. = 2.98) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุม 6.55 คะแนน (95% CI = 5.04-8.06, P-value < 0.001)

3. การเปรียบเทียบคะแนนความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับ 3.11 คะแนน (S.D. = 0.38) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D. = 0.32) ซึ่งความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.06 คะแนน (95% CI = -0.30 to 0.17, P-value = 0.57) สำหรับหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับ 4.34 คะแนน (S.D. = 0.28) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยเท่ากับ 3.30 คะแนน (S.D. = 0.46) ซึ่งความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยมากกว่ากลุ่ม

ควบคุม 1.04 คะแนน (95% CI = 0.78-1.30, P-value < 0.001)

4. การเปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำของผู้ประกอบการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำเท่ากับ 15.61 คะแนน (S.D. = 2.52) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำเท่ากับ 15.44 คะแนน (S.D. = 2.68) ซึ่งการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.16 คะแนน (95% CI = -1.59 to 1.93, P-value = 0.84) สำหรับหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำเท่ากับ 17.44 คะแนน (S.D. = 0.51) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำเท่ากับ 16.11 คะแนน (S.D. = 1.13) ซึ่งการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.33 คะแนน (95% CI = 0.73-1.92, P-value < 0.001)

5. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 7.167; p-value < 0.001; 95% CI = 6.198-8.135) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในระยะติดตามผล 1 เดือนยังมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 6.722; p-value < 0.001; 95% CI = 5.328-8.116) โดยไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.444; p-value = 0.470; 95% CI = -0.823-1.712)

6. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยโดยวิธีการทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลองทันทีมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 1.233; p-value < 0.001; 95% CI = 1.046-1.421) นอกจากนี้ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในระยะติดตามผล 1 เดือนยังมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 1.278; p-value < 0.001; 95% CI = 1.046-1.509) แต่ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.044; p-value = 0.689; 95% CI = -0.186-0.275)

7. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำโดยวิธีการทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลองทันที มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 1.833; p-value = 0.004; 95% CI = 0.661-3.006) นอกจากนี้ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำในระยะติดตามผล 1 เดือนยังมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 4.000; p-value < 0.001; 95% CI = 2.701-5.299) และมากกว่าหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 2.167; p-value < 0.001; 95% CI = 1.815-2.518)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับ

ผู้ประกอบการร้านชำในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกซื้อยามาจำหน่ายในร้านชำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy of Learning)[11] ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม (Vroom)[12] และแนวคิดการตัดสินใจซื้อของศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ[13] มาเป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรมฯ โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ได้แก่ กฎหมายและประกาศที่เกี่ยวข้อง การพิจารณาฉลากยา การเลือกซื้อยา การจัดเก็บยา และการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล นอกจากนี้ยังมีการใช้สื่อและอุปกรณ์การสอนที่หลากหลาย ได้แก่ สไลด์นำเสนอ วีดิทัศน์ โปสเตอร์ และภาพประกอบ เพื่อให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งเน้นกิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้ฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เสียงใส, ลีลาวดี ศรีสอน และนริศรา พรมบุตร ที่พบว่า การอบรมความรู้เรื่องยาและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การสร้างสื่อรู้ทันยา การประเมินติดตามชี้แนะแบบพี่เลี้ยง และการเสริมพลังให้ร้านชำส่งผลให้ความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้มาตรการที่พัฒนาขึ้น[14] และการศึกษาของนพมาศ จันทร์ละออ ที่พบว่าผู้ประกอบการร้านชำที่มีความรู้เกี่ยวกับการขายยาในร้านชำเพิ่มขึ้น อาจส่งผลทำให้ลดการขายยาอันตรายลงร้อยละ 86.2 เมื่อเทียบกับร้านชำที่มีความรู้น้อยกว่า โดยมี ROC Curve = 0.84[15] นอกจากนี้การศึกษาของจักรี แก้วคำบง และคณะพบว่า การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชนให้กับร้านชำขนาดใหญ่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายโดยเน้นเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง การตรวจสอบทะเบียนยา การไม่จำหน่ายยาอันตราย และการไม่โฆษณายาที่ผิดกฎหมาย รวมถึงบทลงโทษและค่าปรับสำหรับการขายยาอันตรายและยาห้ามจำหน่ายโดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจมาเป็นวิทยากรให้ความรู้ซึ่งผลการประเมินหลังการอบรมพบว่าร้านชำผ่านการทดสอบความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.85 เป็นร้อยละ 93.94[16] เมื่อติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ ($p < 0.001$; 95% CI = 5.328-8.116) ความคาดหวัง ($p < 0.001$; 95% CI = 1.046-1.509) และการตัดสินใจเลือกซื้อยา ($p < 0.001$; 95% CI = 2.701-5.299) โดยด้านการตัดสินใจยังมากกว่าระยะหลังการทดลองทันทีอีกด้วย ($p < 0.001$; 95% CI = 1.815-2.518) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯมีประสิทธิผลในการพัฒนาผู้ประกอบการร้านชำทั้งด้านความรู้ ความคาดหวัง และการตัดสินใจเลือกซื้อยา อย่างไรก็ตามเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมฯ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวและในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมถึงควรมีการประเมินผลกระทบต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชนในชุมชนด้วย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้:

1. หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำขั้นตอนหรือกิจกรรมในโปรแกรมฯ ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้, ความคาดหวัง และการตัดสินใจเลือกซื้อยาของผู้ประกอบการร้านชำ ทั้งนี้ควรมีการปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ผู้บริหารระดับอำเภอหรือจังหวัดสามารถนำไปพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านชำในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นในการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป:

1. การพัฒนาโปรแกรมควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลให้ยาวนานขึ้นเป็น 3-6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พร้อมทั้งพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางที่หลากหลาย

2. การศึกษาวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(; 1985) The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts Nairobi 25-29 November 1985. Geneva: WHO.
2. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: WHO; 2002.
3. Kongnakorn T, et al.(2023;) Economic burden of antimicrobial resistance and inappropriate empiric treatment in Thailand. Antimicrobial Stewardship & Health Care Epidemiology; 31. doi:10.1017/ash.2023.169.
4. สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข); 2560[เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2567]เข้าถึงได้จาก: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABIN FOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF.
5. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(;2563) แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสม เหตุผลในชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
6. จันทร์จรีย์ ดอกบัว, รัตนาภรณ์ ขันติมัง, หทัยรัตน์ พุกสะอาด และณัฐพร สู่หนองบัว. (2564) สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขาย ของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ.;1(1):37-44.
7. อัญชลีน ณ พัทลุง.(2567) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำยาที่ไม่เหมะสมเข้ามาจำหน่ายในร้านชำในจังหวัดภูเก็ต. วารสารการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ.;4(1):95-114.
8. นพมาศ จันทร์ลออ.2566 ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัด ลำปาง. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ.;3(2):147-160.
9. ธนพงศ์ ภูผาลี, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล, วิษณุ ยิ่งยอด, ตฤณ แสงสุวรรณ, ลัดดา อำมาตร.2557 รูปแบบการพัฒนาร้านชำแบบ ชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโพนสูง จังหวัดสกลนคร. วารสารอาหารและยา.;21(3):57-63.
10. Krejcie, Robert V., & Morgan, Daryle W. 1970;Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 30(3): 607-610.
11. Bloom, B.S. (Ed.). Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., Krathwohl, D.R. ; 1956 Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain. New York: David McKay Co Inc.
12. Vroom, H Victor. ; 1964 Work and Motivation. Now York : Wiley and Sons Inc.
13. ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ.; 2546 การบริหารการตลาดยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
14. กาญจนา เสียงใส, ลีลาวดี ศรีสอน และนริศรา พรมบุตร.2565 การพัฒนาแนวทางเพื่อลดการจำหน่าย ยาผิดกฎหมายของร้าน ชำในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารเภสัชกรรมไทย. ;14(1): 62-69.
15. นพมาศ จันทร์ละออ .2566 ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online).;3(2):147-160
16. จักรี แก้วคำบง และคณะ.2567; การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย ในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 4(1): 227-248.

ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567

Predictive Performance of Mortality in Postoperative Patients with Gastric Ulcer at Kuchinarai Crown Prince Hospital, 2020-2024

(Received: December 10,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

จุฑามาศ ปัททุม[1]
Chuthamas Patum[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะ จำนวน 480 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และ และ การหาขนาดของความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 30 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคเบาหวาน (OR = 30.74, 95%CI = 12.86 – 73.52, p-value < 0.001), ผู้ป่วยที่มีโรคตับมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคตับ (OR = 35.769, 95%CI = 20.929 – 61.132, p-value < 0.001), ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 38 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคมะเร็ง (OR = 38.667, 95%CI = 22.121 – 67.586, p-value < 0.001) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่าโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 23 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ (OR = 23.600, 95%CI = 15.369 – 36.239, p-value < 0.001)

คำสำคัญ: การพยากรณ์การเสียชีวิต, หลังการผ่าตัด, แผลในกระเพาะอาหาร

Abstract

This study was survey research by retrospective aimed to assess the predictive effectiveness of mortality among postoperative gastric ulcer patients at Kuchinarai Crown Prince Hospital, Kalasin Province, during the years 2020–2024. The study included a sample of 480 patients who underwent surgery for gastric ulcers at Kuchinarai Crown Prince Hospital between 2020 and 2024. Data were collected using structured questionnaires and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistical methods such as the Chi-square test and odds ratio (OR) with a 95% confidence interval (95% CI) were used to determine relationships, with a significance level set at 0.05.

Results: Factors significantly associated with mortality in postoperative gastric ulcer patients at Kuchinarai Crown Prince Hospital, at a statistical significance level of 0.05, include: Diabetic patients were found to have over 30 times the odds of mortality compared to non-diabetic individuals (OR = 30.74, 95% CI = 12.86–73.52, p-value < 0.001). Patients with liver disease exhibited over 35 times higher odds of mortality (OR = 35.769, 95% CI = 20.929–61.132, p-value < 0.001), while those with cancer had over 38 times greater odds (OR = 38.667, 95% CI = 22.121–67.586, p-value < 0.001).

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Additionally, urinary tract infections were associated with a 23-fold increase in mortality risk compared to uninfected patients (OR = 23.600, 95% CI = 15.369–36.239, p-value < 0.001).

Keywords: Mortality Prediction, Postoperative Care, Gastric Ulcer

บทนำ

แผลในกระเพาะอาหารที่ทะลุ (Perforated peptic ulcer, PPU) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในด้านการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉิน ภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในอัตราสูง แม้ในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย PPU ยังคงอยู่ในช่วง 6-30% ขณะที่อัตราภาวะแทรกซ้อนพบได้ใน 21-43% โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา สาเหตุของ PPU เกิดจากการทะลุของเยื่อบุในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น ทำให้กรดในกระเพาะอาหารและเอนไซม์ย่อยอาหารรั่วเข้าสู่ช่องท้อง ส่งผลให้เกิดการอักเสบในช่องท้อง (*peritonitis*) และในกรณีที่รุนแรงอาจนำไปสู่การติดเชื้อทั่วร่างกาย (*sepsis*) ภาวะดังกล่าวมีศักยภาพทำให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญและภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอัตราสูง ถึงจะได้รับการรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารจะได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะการใช้ยาต้านกรด การกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* และการใช้ยาป้องกัน *proton pump inhibitors (PPIs)* อย่างไรก็ตาม การป้องกันไม่สามารถลดอัตราการเกิด PPU ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่ใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (*NSAIDs*) ในระยะยาว ภาวะดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก[1,2]

ปัญหาและอันตรายที่เกี่ยวข้องPPU เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดของแผลในกระเพาะอาหาร โดยมีลักษณะปัญหา เช่น มีอัตราการเสียชีวิตสูง พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย PPU อยู่ในช่วง 6-30% แม้จะได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินแล้วก็ตาม ความล่าช้าในการวินิจฉัยหรือรักษา รวมถึงภาวะช็อกก่อนการผ่าตัดและโรคร่วม เช่น โรคหัวใจหรือเบาหวาน เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Bas et al., 2008) รวมถึงการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การรั่วของกรดในกระเพาะอาหารนำไปสู่การติดเชื้อในช่องท้องอย่างรุนแรง (severe peritonitis) และการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ที่อาจลุกลามจนทำให้อวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ และปอดล้มเหลว ในบางกรณีเกิดภาวะล้มเหลวของหลายระบบในร่างกาย (multi-organ failure) มีความซับซ้อนในการรักษา เช่น การเย็บปิดแผล (simple closure) จะเป็นวิธีมาตรฐานในการรักษา แต่การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังคงเผชิญกับความท้าทาย เช่น การติดเชื้อในแผลผ่าตัด การเกิดฝีในช่องท้อง และการกลับมาเป็นซ้ำ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาวจากภาวะแทรกซ้อนที่เหลืออยู่[3] รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ยากของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและโรคปอด เผชิญกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน การล่าช้าในการเข้ารับการรักษาเกินกว่า 24 ชั่วโมงเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาซับซ้อนยิ่งขึ้น[4]

ผลกระทบของปัญหาผู้ป่วยที่รอดชีวิตจาก PPU มักต้องเผชิญกับผลกระทบในระยะยาว เช่น การเกิดพังผืดในช่องท้อง การทำงานของระบบย่อยอาหารที่ผิดปกติ และความเสี่ยงต่อการเกิดแผลซ้ำ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังลดลงเนื่องจากความอ่อนแอจากภาวะแทรกซ้อน[5] เช่นผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การจัดการผู้ป่วย PPU ต้องใช้ทรัพยากรอย่างมาก ตั้งแต่การดูแลในห้องไอซียู การผ่าตัดฉุกเฉิน ไปจนถึงการใช้ยาปฏิชีวนะขนาดสูง ทำให้เกิดต้นทุนที่สูงต่อ

ระบบสาธารณสุข การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดยังเพิ่มภาระในการจัดการทรัพยากรอีกด้วย[3]

ข้อมูลประชากรของผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารที่ทะลุ (จากตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 480 ราย) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (77.5%) โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 61 ปี (ค่ามัธยฐาน Q1 และ Q3 คือ 51 และ 72 ปี ตามลำดับ) ภาวะร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (26.45%) เบาหวาน (8.95%) โรคตับ (3.12%) และโรคมะเร็ง (3.33%) ผู้ป่วยบางราย (18.75%) มีประวัติการใช้สเตียรอยด์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะล้มเหลวของปอด (16.87%) การติดเชื้อในกระแสเลือด (15.00%) ภาวะไตวาย (13.75%) และปอดอักเสบ (10.62%) นอกจากนี้ อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) อยู่ที่ 15.41% โดยมีอัตราการเสียชีวิตรวมอยู่ที่ 5.83% ในด้านตำแหน่งและขนาดของแผล พบว่า แผลในกระเพาะอาหารที่ทะลุส่วนใหญ่อยู่ในบริเวณ Pre-pyloric (36.66%) และลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) (33.54%) โดยขนาดแผลเฉลี่ยอยู่ที่ 5 มม. (ช่วง Q1 และ Q3 อยู่ระหว่าง 3-10 มม.)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการมีระบบการพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้แพทย์วางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินความแม่นยำของเครื่องมือพยากรณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วย PPU หลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาการดูแลรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อหาประสิทธิภาพการพยากรณ์การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

1.3.2 เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยและหาขนาดของโอกาสการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1. **ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 จำนวน 480 คน

2. ด้านเวลา ระยะเวลาในการทำการวิจัยคือ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นเวลา 2 เดือน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดย

ใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 480 คน โดยมีเพศชาย 372 คน คิดเป็นร้อยละ 77.50 และเพศหญิง 108 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61 ปี โดยค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 51 ปี (Q1) และ 72 ปี (Q3) สำหรับการใช้สเตียรอยด์ พบว่าผู้ป่วย 90 คน (ร้อยละ 18.75) มีประวัติการใช้สเตียรอยด์ ในขณะที่ผู้ป่วย 386 คน (ร้อยละ 80.41) ไม่มีประวัติการใช้ และผู้ป่วยอีก 4 คน (ร้อยละ 0.83) ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สเตียรอยด์

ภาวะร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง โดยพบในผู้ป่วย 127 คน คิดเป็นร้อยละ 26.45 รองลงมาคือเบาหวานในผู้ป่วย 43 คน (ร้อยละ 8.95) โรคตับในผู้ป่วย 15 คน (ร้อยละ 3.12) และโรคมะเร็งในผู้ป่วย 16 คน (ร้อยละ 3.33) เวลาที่เกิดแผลทะลุเฉลี่ยอยู่ที่ 10 ชั่วโมง โดยค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 6 ชั่วโมง (Q1) ถึง 24 ชั่วโมง (Q3)

2. ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Complications and Death)

จากการวิจัย พบว่า **ภาวะล้มเหลวของปอด (Pulmonary failure)** เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย โดยพบใน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 16.87 รองลงมาคือ **ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)** ซึ่งพบใน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 และ **ภาวะไตวาย (Renal failure)** พบใน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 13.75

ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบ ได้แก่ **ปอดอักเสบ (Pneumonia)** ในผู้ป่วย 51 คน (ร้อยละ 10.62) การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดในผู้ป่วย 17 คน (ร้อยละ 3.54) และแผลปริในผู้ป่วย 25 คน (ร้อยละ 5.20) นอกจากนี้มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย 8 คน (ร้อยละ 1.66) สำหรับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) มีผู้ป่วยถูกส่งต่อทั้งหมด 74 คน คิดเป็นร้อยละ 15.41 โดยมีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ที่ 28 คน หรือร้อยละ 5.83 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Complications and Death) จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต (Complications/Death)	จำนวน (N)	ร้อยละ
ภาวะล้มเหลวของปอด (Pulmonary failure)	81	16.87
ปอดอักเสบ (Pneumonia)	51	10.62
โรคหัวใจ เช่น CHF, arrhythmia	26	5.41
การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (Surgical site infection)	17	3.54
แผลปริ (Wound dehiscence)	25	5.20
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	72	15.00
ภาวะไตวาย (Renal failure)	66	13.75

ตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Complications and Death) จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต (Complications/Death)	จำนวน (N)	ร้อยละ
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)	8	1.66
ส่งต่อ ICU (Transfer ICU)	74	15.41
การเสียชีวิต (Dead)	28	5.83

3. ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Complications and Death) จากการวิจัย พบว่า พบว่าแผลที่เกิดบริเวณ Pre-pyloric เป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย โดยมีจำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 36.66 รองลงมาคือแผลที่เกิดบริเวณ ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) ในผู้ป่วย 161 คน คิดเป็นร้อยละ 33.54 และแผลใน กระเพาะอาหาร (Stomach) ในผู้ป่วย 141 คน คิดเป็นร้อยละ 29.37 ขณะที่มีผู้ป่วย 2 คน (ร้อยละ 0.41) ที่ไม่มีข้อมูลตำแหน่งของแผล และในด้านขนาดของแผลทะลุ พบว่าขนาดแผลเฉลี่ยอยู่ที่ 5 มม. โดยค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ในช่วง 3 มม. (Q1) ถึง 10 มม. (Q3) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตำแหน่งและขนาดของแผลทะลุ (Perforated Site and Size) จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ตำแหน่งแผลทะลุ (Perforated Site)	จำนวน (N)	ร้อยละ
Pre-pyloric	176	36.66
กระเพาะอาหาร (Stomach)	141	29.37
ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum)	161	33.54
ไม่มีข้อมูล (No data)	2	0.41

ขนาดของแผลทะลุ (Size of perforation):

Median: 5 มม.

Q1: 3 มม.

Q3: 10 มม.

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

จากการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่:

โรคเบาหวาน: ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 30 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคเบาหวาน (OR = 30.74, 95%CI = 12.86 – 73.52, p-value < 0.001)

โรคตับ: ผู้ป่วยที่มีโรคตับมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคตับ (OR = 35.769, 95%CI = 20.929 – 61.132, p-value < 0.001)

โรคมะเร็ง: ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 38 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคมะเร็ง (OR = 38.667, 95%CI = 22.121 – 67.586, p-value < 0.001)

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ: การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่าโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 23 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ (OR = 23.600, 95%CI = 15.369 – 36.239, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร

ตัวแปร	เสียชีวิต		OR	95%CI		χ^2	p-value
	เสีย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เสีย จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
โรคเบาหวาน							
ป่วย	18(64.30)	25(5.50)	30.74	12.86	73.52	111.60	<0.001
ไม่ป่วย	10(35.70)	427(94.50)					
โรคตับ							
ป่วย	15(53.60)	0(0.00)	35.769	20.929	61.132	249.95	<0.001
ไม่ป่วย	13(46.40)	452(100)					
โรคมะเร็ง							
ป่วย	16(57.10)	0(0.00)	38.667	0.724	22.121	67.586	<0.001
ไม่ป่วย	12(42.90)	452(100)					
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ							
พบ	8(28.6%)	0(0.00)	23.600	15.369	36.239	131.332	<0.001
ไม่พบ	20(71.4%)	452(100)					

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

โรคเบาหวาน: ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 30 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคเบาหวาน (OR = 30.74, 95%CI = 12.86 – 73.52, p-value < 0.001) สอดคล้องกับงานวิจัย Shen et al.[8] ได้ทำการศึกษาเรื่อง "The association between glycemic variability and all-cause mortality in diabetic patients receiving hemodialysis" โดยผลการวิจัยพบว่า Glycemic Variability (GV) ในกลุ่มที่มีค่า CV quartile สูงสุด เพิ่มโอกาสเสียชีวิตจากทุกสาเหตุถึง 1.9 เท่า (Hazard Ratio = 1.887, 95% CI: 1.407–2.531, p < 0.001) และสอดคล้องกับ Zhang et al.[6] ได้ทำการศึกษาเรื่อง "Association of Diabetes Mellitus With Postoperative Complications and Mortality After Non-Cardiac Surgery: A Meta-Analysis and Systematic Review" โดยผลการวิจัยพบว่า โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทุกประเภท (Odds Ratio = 1.653, 95% CI: 1.487–1.839) และความเสี่ยงการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด (Odds Ratio = 1.606, 95% CI: 1.178–2.191) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, IDDM) และสอดคล้องกับ Curran et al.[7] ได้ทำการศึกษาเรื่อง "The impact of hypoalbuminemia on postoperative outcomes after outpatient surgery: a national analysis of the NSQIP database" โดยผลการวิจัยพบว่า hypoalbuminemia (albumin < 3.5 $g \cdot dL^{-1}$) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการผ่าตัด (Adjusted Odds Ratio [aOR] = 1.92, 95% CI: 1.44–2.57, P < 0.001) การเสียชีวิต (aOR = 3.03, 95% CI: 1.72–5.34, P < 0.001) และการติดเชื้อ (aOR = 1.49, 95% CI: 1.23–1.82, P < 0.001) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก

โรคตับ: ผู้ป่วยที่มีโรคตับมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคตับ (OR = 35.769, 95%CI = 20.929 – 61.132, p-value < 0.001) สอดคล้องกับงานวิจัย ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ, และคณะฯ [9] ได้ศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและปัจจัยที่มีผลหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ผลรวมของระยะเวลาของประชากรในแต่ละรายตั้งแต่เข้ามาในการศึกษาจนเสียชีวิตเท่ากับ 1,127 คน-เดือน ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับมีอัตราตายเท่ากับ 62 ต่อ 100 คน-ปี ส่วนภายนอกตับมีอัตราตายเท่ากับ 43 ต่อ 100 คน-ปี อัตราการรอดชีวิตใน 1 และ 3 ปี เท่ากับร้อยละ 46.75 และ 13.48 สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ และอัตราการรอดชีวิตใน 1 และ 2 ปีเท่ากับร้อยละ 57.14 และ 21.43 สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการรอดชีวิตหลังการผ่าตัดเท่ากับ 11 เดือนสำหรับมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ และเท่ากับ 16 เดือนในมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอายุ เพศ lymph node metastasis resection margin histological type และ histological grading พบว่า resection margin และ lymph nodes ยังเป็นปัจจัยสำคัญทางสถิติ หลักการผ่าตัด resection margin ที่มีผลบวกมีอัตราการตาย 2.46 เท่ามากกว่าที่มีผลลบ และในกรณีที่มี lymph node metastasis มีอัตราการตาย 2.98 เท่ามากกว่าที่ไม่มี metastasis และสอดคล้องกับ Elabd NS et al.[10]ได้ศึกษา Risk of surgery in patients with liver cirrhosis ในกลุ่มผู้ป่วยตับแข็ง พบว่าสาเหตุหลักของการไม่ได้รับการผ่าตัดมาจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนน Child-Pugh อยู่ในระดับ A หรือ B (42.7% และ 44.5% ตามลำดับ) ขณะที่ระดับ C พบเพียง 12.8% ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสมองเสื่อมจากตับ การเสื่อมสภาพของตับ และการติดเชื้อในช่องท้อง พบมากในผู้ป่วยที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C มากกว่าระดับ A การเสียชีวิตหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาวและครีเอตินีนที่สูงขึ้น คะแนน MELD สูง และระดับอัลบูมินในเลือดที่ลดลง ซึ่งสรุปได้ว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดพบได้บ่อยในผู้ป่วยตับแข็งที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C มากกว่าระดับ A การเสียชีวิตหลังผ่าตัดมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ระดับเม็ดเลือดขาวและครีเอตินีนที่สูงขึ้น คะแนน MELD สูง และระดับอัลบูมินในเลือดที่ลดลง การดูแลที่เหมาะสมก่อนและหลังการผ่าตัดสามารถลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคมะเร็ง: ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 38 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคมะเร็ง (OR = 38.667, 95%CI = 22.121 – 67.586, p-value < 0.001) สอดคล้องกับงานวิจัย สอดคล้องกับ Elabd NS et al.[10]ได้ศึกษา Risk of surgery in patients with liver cirrhosis ในกลุ่มผู้ป่วยตับแข็ง พบว่าสาเหตุหลักของการไม่ได้รับการผ่าตัดมาจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนน Child-Pugh อยู่ในระดับ A หรือ B (42.7% และ 44.5% ตามลำดับ) ขณะที่ระดับ C พบเพียง 12.8% ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสมองเสื่อมจากตับ การเสื่อมสภาพของตับ และการติดเชื้อในช่องท้อง พบมากในผู้ป่วยที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C มากกว่าระดับ A การเสียชีวิตหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาวและครีเอตินีนที่สูงขึ้น คะแนน MELD สูง และระดับอัลบูมินในเลือดที่ลดลง ซึ่งสรุปได้ว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดพบได้บ่อยในผู้ป่วยตับแข็งที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C มากกว่าระดับ A การเสียชีวิตหลังผ่าตัดมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ระดับเม็ดเลือดขาวและครีเอตินีนที่สูงขึ้น คะแนน MELD สูง และระดับอัลบูมินในเลือดที่ลดลง การดูแลที่เหมาะสมก่อนและหลังการผ่าตัดสามารถลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Kosuge และคณะ[11] ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีผล resection margin (R1)เป็นบวก มีอัตราตายสูง 2.88 เท่า

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ: การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่าโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 23 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ (OR = 23.600, 95%CI = 15.369 – 36.239, p-value < 0.001) สอดคล้องกับงานวิจัย วรรณา ตาลเพชร [12] ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง พบว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ไตวายเฉียบพลัน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ปวดแน่นท้อง ภาวะซีด วิตกกังวล ภาวะน้ำท่วมปอด ปวดแผลผ่าตัด ซึ่งผลการดูแลรักษาทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ส่วนปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดได้แก่ เสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง เสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดออกง่าย หยุดยาก เสี่ยงต่อการหายของแผลช้า เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เสี่ยงต่อแผลติดเชื้อและเกิดแผลที่เท้าซ้ำ เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งได้รับการป้องกันติดตาม และเฝ้าระวัง ทำให้ทุกปัญหาไม่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) การพัฒนาโมเดลพยากรณ์ความเสี่ยงสำหรับการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้ตัวแปรสำคัญเช่น โรคประจำตัว (เบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง) และการติดเชื้อ (เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ) เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างเหมาะสม

2) ควรมีการประเมินผลของการจัดการโรคเบาหวาน ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการควบคุมค่ากลูโคสในเลือดและ Glycemic Variability (GV) ต่ออัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการออกแบบการจัดการที่เหมาะสม เช่น การปรับใช้ระบบติดตามระดับน้ำตาลในเลือดแบบเรียลไทม์ หรือการปรับยาอินซูลินก่อนและหลังผ่าตัด

3) ควรมีการจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ การวิจัยควรเน้นการพัฒนามาตรการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับ โดยเฉพาะในผู้ที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C เช่น การเพิ่มระดับอัลบูมินในเลือดก่อนการผ่าตัด หรือการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับตับอย่างใกล้ชิด

4) ควรมีการจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบของ resection margin และ lymph node metastasis ต่ออัตราการเสียชีวิตและการศึกษาในเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อพัฒนาวิธีการผ่าตัดที่ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในกลุ่มโรคนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Testini M, Portincasa P, Piccinni G, Lissidini G, Pellegrini F, Greco L. Significant factors associated with fatal outcome in emergency open surgery for perforated peptic ulcer. *World J Gastroenterol.* 2003;9(10):2338-2340. doi:10.3748/WJG.V9.I10.2338
2. Bas G, Eryılmaz R, Okan I, Şahin M. Risk factors of morbidity and mortality in patients with perforated peptic ulcer. *Acta Chir Belg.* 2008;108(4):424-427. doi:10.1080/00015458.2008.11680254
2. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015;386(10000):1288-1298. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7
3. Arveen S, Jagdish S, Kadambari D. Perforated peptic ulcer in South India: An institutional perspective. *World J Surg.* 2009;33(9):1600-1604. doi:10.1007/s00268-009-0056-9
4. Møller MH, Adamsen S, Wøjdemann M, Møller AM. Perforated peptic ulcer: How to improve outcome? *Scand J Gastroenterol.* 2009;44(1):15-22. doi:10.1080/00365520802307997

5. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. Long-term mortality in patients operated for perforated peptic ulcer: Factors limiting longevity are dominated by older age, comorbidity burden and severe postoperative complications. *World J Surg.* 2017;41(2):410-418. doi:10.1007/s00268-016-3747-z
6. Zhang X, Hou A, Cao J, Liu Y, Lou J, Li H, et al. Association of Diabetes Mellitus with Postoperative Complications and Mortality After Non-Cardiac Surgery: A Meta-Analysis and Systematic Review. Front Endocrinol (Lausanne). 2022;13:841256. doi: 10.3389/fendo.2022.841256. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2022.841256/full.
7. Curran S, Apruzzese P, Kendall MC, De Oliveira G. The impact of hypoalbuminemia on postoperative outcomes after outpatient surgery: a national analysis of the NSQIP database. *Can J Anaesth.* 2022;69(9):1099-1106. doi: 10.1007/s12630-022-02280-7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35761062/.
8. Shen R, Wu Y, Cheng Y. The impact of corporate social responsibility on firm value: The role of customer awareness. *J Financ Econ.* 2021;142:675-690. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056872719312334?via%3Dihub
9. ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ, ภาสกร โสดารัตน์, ยุทธพงษ์ ชำนาญเอื้อ, พุฒิพงษ์ ศักดิ์แสน, อรทัย สืบเมืองซ้าย. อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและปัจจัยที่มีผลหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559;25(1):137-46. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/234/226
10. Elabd NS, Mohammed HI, Abd Alrahman AI, Eid MA, Seleem HEM. Risk of surgery in patients with liver cirrhosis. Afro-Egyptian Journal of Infectious and Endemic Diseases. 2022;12(4):367-82. Available from: https://aeji.journals.ekb.eg/
11. Kosuge T, Yamamoto J, Shimada K, Yamasaki S,Makuuchi M. Improved surgical results for hilarcholangiocarcinoma with procedures including major he-patic resection. Ann Surg 1999;230:66.
12. วรรณา ตาลเพชร. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง: กรณีศึกษา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์ และสุขภาพ. 2024 Sep 30;9(3):444-454.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังด้วยบริการการแพทย์แผนไทยในผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน

Factors Associated to Health-Promoting Behavior and Prevention of Recurrence of Chronic Neck and Shoulder Pain Syndrome by Thai Traditional Medicine Services Among Working Age.

(Received: December 10,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

จุฑารัตน์ ว่องกิดาการ[1] เกษร สำเภาทอง[2] กิตรวี จิรรัตน์สถิต[2]
Chutharat Wongkittakarn[1] Kesorn Sampaotong[2] Kittrawee Chiraratstat[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องกลุ่มอาการปวด ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรัง ที่รับบริการการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการวัยทำงาน จำนวน 179 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ศูนย์ราชการฯ กรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.10) มีอายุเฉลี่ย 37.72 ± 10.28 ปี ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ โดยมีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้ท่าทางซ้ำๆ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการปวด การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยกระตุ้นพบว่าปัจจัยภายในอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ปัจจัยภายนอกอยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า มีสองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ลักษณะงานที่ต้องเอื้อมหยิบของ (AOR: 2.62, 95%CI: 1.37-4.50) และปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก (AOR: 16.14, 95%CI: 1.98-131.40)

คำสำคัญ: กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอบ่าไหล่เรื้อรัง, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย

Abstract

This survey research by cross-sectional study examined the relationships between personal factors, pain syndrome knowledge, perception factors, and practice-triggering factors with health-promoting behaviors and recurrence prevention in patients with chronic neck and shoulder pain syndrome receiving Thai traditional medicine services. The sample consisted of 179 working-age patients, selected through simple random sampling from the Hospital of Thai Traditional and Alternative Medicine at the Government Complex, Bangkok. The research instrument was a questionnaire that underwent content validity and reliability testing. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results showed that the majority of participants were female (53.10%) with a mean age of 37.72 ± 10.28 years, working in government service or state enterprises, with repetitive work postures. The sample group demonstrated high levels of pain syndrome knowledge, perceived susceptibility, and perceived benefits, while perceived severity and perceived barriers were at moderate levels. Regarding triggering factors, internal factors were at moderate levels, while external factors were at high levels. Health-promoting and recurrence-prevention behaviors were predominantly at high levels. Multivariate analysis revealed two

[1] นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
[2] ผู้ช่วยศาตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ corresponding author

factors significantly associated with health-promoting and recurrence-prevention behaviors (p < 0.05): reaching movements at work (AOR: 2.62, 95%CI: 1.37-4.50) and external triggering factors (AOR: 16.14, 95%CI: 1.98-131.40)

Keywords: Chronic Neck and Shoulder Pain Syndrome, Health-Promoting Behavior, Thai Traditional Medicine

บทนำ

โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้ทั่วไปในประชาชนไทย[1] โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี[2] จากการศึกษาในผู้ที่ทำงานในสำนักงานมีรายงานตนเองเกี่ยวกับอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อถึงร้อยละ 63 ในรอบ 12 เดือน โดยบริเวณที่พบความชุกของการเกิดโรคสูงสุด ได้แก่ กล้ามเนื้อคอ หลังส่วนล่าง และหลังส่วนบน[3] และหากไม่ได้รับการรักษาหรือการจัดการกับความปวดที่เหมาะสม จะทำให้เกิดกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง (Chronic Neck and Shoulder pain Syndrome) ตามมา จนอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง[4] องค์กร หรือภาครัฐได้ในระยะยาว เช่น การเกษียณก่อนอายุ การขาดผู้มีทักษะชำนาญงาน หรือการจ่ายค่าชดเชยทดแทนในปริมาณสูงตามมาได้[5]

สาเหตุของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังนั้น คือ อิริยาบถในการทำงาน เช่น ท่าทางในการทำงานที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน ๆ จนทำให้เกิดการอักเสบ และความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นต้น[6] ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีในทางการแพทย์แผนไทยที่อธิบายสาเหตุของเจ็บป่วยของร่างกายมนุษย์ไว้ว่านอกจากจะเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุแล้ว พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก็เป็นมูลเหตุที่ก่อโรคได้ เช่น อิริยาบถไม่เหมาะสม หรือการทำการเกินกำลังกาย เป็นต้น[7] ฉะนั้นการดูแลสุขภาพแรงงานของคนวัยทำงานให้เหมาะสมนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรและเศรษฐกิจของประเทศไทยต่อไป[8]

ช่วงที่ผ่านมาภาครัฐเองได้มีการส่งเสริมให้ประชาชนหันมาใช้การรักษาแบบแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพตนเอง[9] จึงพบว่าแนวโน้มการรับบริการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นทางเลือกในการบรรเทาอาการปวดเรื้อรังเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการแก้ไขอาการปวดที่เกิดขึ้นในระยะยาวยังจำเป็นที่จะต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพร่วมด้วย[10] นอกเหนือจากการรักษาแล้วการใช้แพทย์แผนไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้มารับบริการในสถานพยาบาลจึงถือเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่มีสำคัญเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังได้

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่นี้ จะเทียบเคียงกับการวินิจฉัยกลุ่มโรคทางหัตถเวชกรรมแผนไทย คือ โรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 4 หลัง[11] ซึ่งจากการสำรวจความชุก 10 อันดับโรคของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 จังหวัดกรุงเทพมหานครย้อนหลังในช่วงระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนการเข้ารับบริการด้วยโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 4 หลัง สูงอย่างต่อเนื่องและผู้รับบริการส่วนหนึ่งเป็นผู้รับบริการที่มารับบริการด้วยอาการเดิมหรือการป่วยกลับซ้ำ[12] ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่จะส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ด้วยบริการการแพทย์แผนไทยนี้จึงมีความจำเป็น โดยการวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นฐานแนวคิดในการศึกษา เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการกำหนดนโยบาย แผนงานโครงการการส่งเสริมและสนับสนุนจัดอบรมให้ความรู้ให้เหมาะสมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพวัยทำงานให้ดียิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาของแพทย์แผนไทยในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะกลุ่มประชากรใกล้เคียงกันในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงานที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ณ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ด้วยบริการการแพทย์แผนไทยในผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ด้วยบริการการแพทย์แผนไทยในผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (survey research by cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังด้วยโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 4 หลัง ณ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ศูนย์ราชการฯ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 377 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงานที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง และมารับการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป หรือมารับการรักษาตามนัด จำนวน 178 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงได้เพิ่มร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 196 คน

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย คือ การสุ่มเลขคู่-คี่ในแต่ละวันของผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์จนกว่าจะครบ

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้รับบริการทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 60 ปี

2. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคลมปลายปตฆาตสัญญาณ 4 หลัง

3. มีการปวดดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

4. เคยมารับบริการแพทย์แผนไทยด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่แล้ว อย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี

5. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และยินยอมในการให้ข้อมูลเพื่อตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้รับบริการที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย / ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ

2. มีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างถาวร

3. มีโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดอาการปวดหรือความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรครูมาตอยด์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ชนิดเลือกตอบและเติมคำ และแบบมาตรประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งประยุกต์แนวทางมาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมของรัตติกาล เหมือนสุทธิวงศ์[13] สุวัฒน์ ชำนาญ[14] กัลยาพร เติมนาค[15] และอัญชลี สามงามมี[16]

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ และเติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ท่าทางในชีวิตประจำวันและการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องกลุ่มอาการปวด จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 2 ระดับ คือ ถูก ผิด

ส่วนที่ 3-9 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เกี่ยวกับเรื่อง การบริหารร่างกาย การปรับเปลี่ยนอิริยาบถในชีวิตประจำวันและการทำงาน และการจัดการความเครียด โดยแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามระดับความปวด จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกให้เกิดการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.60-1.00 ตามเกณฑ์ที่ยอมรับ การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามหลังตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดสอบค่าความเที่ยงกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้มีการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuter-Richardson มีค่าเท่ากับ 0.61 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า 0.7 ขึ้นไป ตามเกณฑ์ที่ยอมรับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ดำเนินการหลังจากรับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย โดย

1.ขั้นเตรียมการ จัดทำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อขออนุญาตในการดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับผู้ช่วยนักวิจัย เป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะมีการติดตามและตรวจสอบข้อมูลโดยผู้วิจัยเอง

2.ขั้นดำเนินการ ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในระหว่างรอพบแพทย์ โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จนเป็นที่พอใจและสามารถตัดสินใจตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับ และให้อาสาสมัครแสดงความยินยอมใช้วิธีให้ความยินยอมโดยการร่วมมือ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

3.ตรวจสอบความเรียบร้อย ความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงรวบรวมแบบสอบถามไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ อาชีพ นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอ้างอิง ใช้การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ด้วยบริการการแพทย์แผนไทยในผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 (*p*-value<0.05)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการศึกษาจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 3 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการวิจัยที่ 66PU072 เมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกข้อมูลตามคุณลักษณะประชากร จำนวนทั้งหมด 179 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.10 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.72 ± 10.28 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 35.20 อาชีพส่วนใหญ่คือรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 45.30 รองลงมาคืออาชีพพนักงาน/ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 25.70

ท่าทางที่เกิดขึ้นในแต่ละวันเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ท่านั่ง ท่ายืน และท่าเดิน ตามลำดับ ส่วนลักษณะงานที่ทำในชีวิตประจำวันและการทำงานส่วนใหญ่ คือ การทำงานในท่าทางแบบเดิมซ้ำ ๆ หรือนานกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 91.60, มีการก้ม ๆ เงย ๆ บ่อย ร้อยละ 74.90, เป็นการทำงานที่กล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ อยู่ในภาวะสถิต หรือนิ่งนานเกินกว่า 4 นาที ร้อยละ 64.20

2. ความรู้เรื่องกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง

ความรู้เรื่องการเกิดกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 7.69±1.78 คะแนน

3. ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 22.24±2.51 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 16.58±2.57 คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 20.56±1.99 คะแนน การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 15.97±4.25 คะแนน

ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายใน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 5.49±1.84 คะแนน ปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 20.49±3.43 คะแนน

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง

มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.02±4.23 คะแนน โดยคะแนนระดับพฤติกรรมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.40 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง พบว่า การทำงานในลักษณะที่ต้องเอื้อมหยิบของ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัย

กระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05

6. ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ที่ทำงานในลักษณะที่ต้องเอื้อมหยิบของ มีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง มากกว่า 2.62 เท่าของผู้ที่ไม่ทำงานในลักษณะที่ต้องเอื้อมหยิบของ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR: 2.62, 9 5 % CI: 1.37-4.50, *p*-value= 0.003) และผู้ที่มีปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกให้เกิดการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง เช่น การรับข่าวสารผ่านช่องทางสื่อสารมวลชน คำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด แพทย์แผนไทย เป็นต้น ในระดับสูง มีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง มากกว่า 16.14 เท่าของผู้ที่มีปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกให้เกิดการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR: 16.14, 95%CI: 1.98-131.40, *p*-value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ผลศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณภารินทร์ ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของพนักงานบริษัทในเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของพนักงานบริษัทในเขต กรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก นอกจากการรับรู้ท่านั่งในการทำงานที่เหมาะสมแล้ว การมีประสบการณ์การบาดเจ็บเกี่ยวกับโรคก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่แตกต่างกันด้วย[17]

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 ได้แก่

ลักษณะการทำงานที่ต้องเอื้อมหยิบของความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง มีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง มากกว่า 2.19 เท่าของผู้ที่ไม่ทำทำงานในลักษณะที่ต้องเอื้อมหยิบของ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value= 0.023) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของกนกวรรณ และคณะ ที่พบว่า ลักษณะงานที่ทำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งมีอาการปวดกล้ามเนื้อมานาน แม้จะมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมจากการทำงานแต่ก็เป็นความเคยชินที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้[18] และจากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมานั้นพบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนว่ากลุ่มที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องเอื้อมหยิบของนั้นจะมีผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังได้มากขึ้น แต่อาจจะอธิบายได้ว่า ลักษณะงานที่ต้องมีการใช้งานของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นจากเดิมของท่าทางการทำงานในลักษณะปกติ อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บกล้ามเนื้อได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการปวดเพิ่มขึ้น

ปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกให้เกิดการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง เช่น การรับข่าวสารผ่านช่องทางสื่อสารมวลชน คำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด แพทย์แผนไทย เป็นต้น ในระดับสูง มีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังมากกว่า 16.14 เท่าของผู้ที่มีปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกให้เกิดการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ เมอร์ดอจ และพาร์สันส์ คือ เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและสังคม โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้ซึ่งกันและกัน การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการช่วยเหลือให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข จะช่วยให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพได้[19] เช่นเดียวกับการศึกษาของกนกวรรณ และคณะ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รับบริการที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง[18] ดังนั้นเพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง การส่งเสริมและสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องหรือการแนะนำในการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลรอบตัวผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้การดูแล เอาใจใส่ ไม่ต้องเผชิญกับการจัดการอาการปวดเพียงลำพัง จะช่วยให้บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้และส่งเสริมการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันของเพื่อนร่วมงานในกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกัน จะช่วยให้ลักษณะประชากรวัยทำงานดังกล่าวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรังได้ดีขึ้น

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงควรพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหลักสำคัญ เช่น การจัดกิจกรรม/โครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ ร่วมกันเป็นกลุ่ม เป็นต้น

3. การศึกษาครั้งนี้นำบริการการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง ดังนั้นแพทย์แผนไทยที่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากมีสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการที่มาใช้บริการต่อเนื่อง สามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ โดยอาจใช้วิธีการสอดแทรกลงในขั้นตอนการตรวจรักษา เช่น การตั้งเป้าหมายในระดับย่อยร่วมกันกับผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายหลักที่เป็นการลดอาการปวดและการกลับเป็นซ้ำ จะช่วยให้ผู้รับบริการเริ่มมีแนวทางในการปรับพฤติกรรมได้อย่างค่อยเป็นค่อยไปมากยิ่งขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ทุกท่านที่ได้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคน ผู้ช่วยวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ร่วมทั้งผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความสนับสนุนช่วยเหลือในทุกด้าน ผู้วิจัยขอขอบคุณพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ประวิตร เจนวรรธนะกุล, ปราณีต เพ็ญศรี, ธเนศ สินส่งสุข, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ. ความชุก ปัจจัยส่งเสริม และความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงานในผู้ที่ทำงานในสำนักงานในสถานประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการกองวิจัยและพัฒนา; 2548; สำนักงานประกันสังคม.
2. กรมควบคุมโรค, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ก.ย. 2564]. จาก:
http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/01_envocc_situation_60.pdf.
3.Prawit Janwantanakul, Praneet Pensri, Viroj Jiamjarasrangsri, Thanes Sinsongsook. Prevalence of self-reported musculoskeletal symptoms among office workers. Occupational Medicine (Lond). 2008;58(6):436-8.
4. ไกรวัชร ธีรเนตร. Concept in pain management. ใน: ภัทราวุธ อินทรกำแหง, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2552.
5.International Labour Organization. International Labour Standards on Occupational Safety and Health [Internet]. Switzerland: International Labour Organization; 2018 [cited 2020 Dec 22]. Available from: https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--en/index.htm.
6. ธวัชชัย รักษานนท์, ชไมพร ชารี, พิษากานต์ วารีขจรเกียรติ, ภูษณิศา ฉลาดเลิศ, บรรณาธิการ. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กลุ่มอาชีวอนามัย; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พ.ค. 2564]. จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/5b9b2251268a2835083c9230468c070f.pdf.
7. พระยาวิศณุประสาทเวช. เวชศึกษา เล่มเดียวจบ. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช; 2496.
8. อนามัย เทศกะทึก. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2551.
9. ประทีป ธนกิจเจริญ. การแพทย์แผนไทย ความยั่งยืนแห่งภูมิปัญญาไทย. ก้าวใหม่. ก.ย.-ต.ค. 2558;8(41):1.
10. นิรุติ ผึ่งผล, อัจฉราวรรณ ยิ้มยัง, นงนุช นามวงษ์, ภควรรณ เหล่าบัวดี, จันทร์จีรา บุญมา, เครือวัลย์ แพทนัทธ์, และคณะ. ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของประชาชนในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ก.ค.-ก.ย. 2560;10(3):32-42.
11. พีรดา จันทร์วิบูลย์, ศุภะลักษณ์ ฟักคำ. ประสิทธิผลของการนวดแบบราชสำนักในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2553. สนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
12. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. ฐานข้อมูลผู้รับบริการในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. 2564.
13. รัตติกาล เหมือนสุทธิวงศ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
14. สุวัฒน์ ชำนาญ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
15. กัลยาพร เติมนาค. ผลของการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการบริหารร่างแบบฤาษีดัดตนในกลุ่มปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนเรื้อรัง เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [นครปฐม]: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
16. อัญชลี สามงามมี, เกษร สำเภาทอง, นนท์ธิยา หอมขำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุน ในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. มี.ค.-เม.ย. 2562;64(2):97-108.

17. ณภารินทร์ ภัสราธร. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของพนักงานบริษัทในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
18. กนกวรรณ แสนสุภา, เพ็ญศิริ จันทร์แอ, หนึ่งฤทัย ศรีละคร, ทัณฑิกา แก้วสูงเนิน, อภิวัตร กาญบุตร, นฤวัตร ภักดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ณ โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน. วารสารหมอยาไทยวิจัย. ก.ค.–ธ.ค. 2562;5(2):69-83.
19.Nola Pender, Carolyn Murdaugh, Mary-Ann Parsons. Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. NJ, USA.: Pearson– Prentice Hall; 2006.

การศึกษาการวางแผนตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดและลักษณะทางสังคมแม่วัยรุ่น โรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2564

Family planning with contraceptive methods and social character of adolescent mothers in Si Sa Ket hospital, 2021

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

กุสุมา มีศิลป์[1] พงศ์ศิริ ชิดชม[2] อนัญญาลักษณ์ สุดชารี[3] สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์[1]
Kusuma Meesin[1] Phongsiri Chidchom[2] Ananyalak Sudcharee[3] Supaporn thasanapong[4]

บทคัดย่อ

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) อัตราการคลอดในวัยรุ่นของไทยยังคงจัดอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาน้อย (Less developed regions) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจและการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง การถูกล่วงละเมิดทางเพศรวมถึงการข่มขืนและถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ส่งผลกระทบในหลายมิติ งานคลินิกวัยรุ่นโรงพยาบาลศรีสะเกษจึงทำการศึกษาแม่วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวางแผนการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด และลักษณะทางสังคมของแม่วัยรุ่น ประชากรคือแม่วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 412 คน รูปแบบการศึกษา เชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Serial Cross Sectional Study) โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ผลการวิจัยพบว่า แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้วางแผน ไม่ได้ตั้งใจ ไม่คุมกำเนิดและคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ เพื่อนชาย (พ่อของเด็ก) คุมกำเนิดต่ำ แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่จบการศึกษาและออกกลางคัน เพื่อนชาย (พ่อของเด็ก) อาชีพไม่มั่นคงและตกงาน ยังมีสถานะเป็นนักเรียน นักศึกษา ครอบครัวแม่วัยรุ่นพึ่งพิงรายได้จากพ่อแม่ผู้ปกครอง

คำสำคัญ: แม่วัยรุ่น, วัยรุ่นตั้งครรภ์, คุมกำเนิดในวัยรุ่น, เด็กออกกลางคัน

Abstract

The United Nations has designated a reduction in the birth rate among adolescents aged 15 - 19. One of the indicators of the Millennium Development Goals (MDGs). The maternal ratio in Thailand adolescent pregnancy is still classified in less developed countries. The factors are related to unwanted pregnancy, including sexuality resulting from a lack of knowledge about contraception and misunderstanding. Unplanned pregnancy and Sexual abuse include rape and forced sex. The studied adolescent pregnancy clinic that gave birth at Si Sa Ket Hospital. This purpose was to plan pregnancy, contraception, and social characteristics of teenage pregnancy. Participants were 412 in and retrospective study. Data were collected by descriptive research. Selected by purposive sampling. Data were serial cross-sectional study

The result showed Adolescent pregnancy is an Unplanned pregnancy due to a lack of knowledge about contraception and misunderstanding. Adolescents' pregnancy gets pregnant while they are not yet graduated and drop out of unstable careers. Adolescent pregnancy still has student status and relies on family

Keywords: Adolescent pregnancy, pregnant teenager, contraception, Dropout

[1] คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ Correspondence author: kusumameesin@gmail.com

[2] โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

[3] งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals (MDGs)) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals (SDGs)) [1] องค์การสหประชาชาติได้ประมาณว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่น 15 - 19 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2553 เฉลี่ยอยู่ที่ 48.9 ต่อประชากรหญิง อายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน [2] ในขณะที่ภาพรวมการเกิดของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง การคลอดที่เกิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี กลับเพิ่มขึ้น [(3)] จากรายงานสถิติสาธารณสุขไทย พบว่า อัตราการคลอดของมารดาอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2543 เท่ากับ 31.1 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน และเพิ่มสูงถึง 53.8 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 [(2)] เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขการคลอดของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศใกล้เคียง ประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปี อยู่ในระดับสูง ขณะที่ประเทศญี่ปุ่น เกาหลี จีน สิงคโปร์ มีเพียง 2 - 6 ราย ต่อ 1,000 คน อัตราการคลอดในวัยรุ่นของประเทศไทยยังคงจัดอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาน้อย (Less developed regions) [3] การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิด [4] การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน การถูกล่วงละเมิดทางเพศ รวมถึงการข่มขืน และถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดปัญหาการมีบุตรที่ไม่ต้องการ [5] และนำไปสู่การลักลอบทำแท้ง เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี เป็นภาระทางเศรษฐกิจ เรื่องค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตร [2] จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2558 - 2560 มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นอัตราต่อประชากรหญิง 1,000 คน 32.26, 33.33 และ 28.31 ตามลำดับ [6] ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ส่งผลกระทบในหลาย ๆ มิติ งานคลินิกวัยรุ่นโรงพยาบาลศรีสะเกษจึงเห็นความสำคัญ การศึกษาแม่วัยรุ่นที่มาคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวางแผนการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด และลักษณะทางสังคมของแม่วัยรุ่น เพื่อนำผลการศึกษามาใช้กำหนดมาตรการ ในการลดอุบัติการณ์ และกำหนดนโยบายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในจังหวัดศรีสะเกษ ในลำดับต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Serial Cross Sectional Study)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แม่วัยรุ่น หอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษ คำนวณตัวอย่างประชากรจากสัดส่วนการคุมกำเนิด โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของการคุมกำเนิดของวัยรุ่น[7] โดยมีการคุมกำเนิด ร้อยละ 55.7 ซึ่งมาใช้ในการคำนวณสูตรประชากรตัวอย่าง (infinite population proportion)[(8)] ดังนี้

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{d^2}$$

Proportion = .557

Error = 0.1 α = 0.05

ดังนั้น ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อย่างต่ำ 380 คน

กลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ แม่วัยรุ่นหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 412 คน โดยมีการเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะ (Purposive selection)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน (Case Recode Form)

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในแม่วัยรุ่นที่หอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในช่วงเดือนมกราคมถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)กรณีข้อมูลเชิงคุณภาพจะรายงานด้วยจำนวน ความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณรายงานด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5. จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะมีคำชี้แจง และขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บ มีเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ หมายเลขโครงการ 073/65E

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลการวางแผนการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด

แม่วัยรุ่นที่มาคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 74.03 ก่อนตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุมกำเนิด เนื่องจากไม่รู้จักการคุมกำเนิด ร้อยละ 51.76 แม่วัยรุ่นใช้วิธีคุมกำเนิดแบบรับประทานร้อยละ 60.67 แม่วัยรุ่นไม่เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร เช่น ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย เพื่อนชาย (พ่อของเด็ก) มีส่วนร่วมในการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 14.23 แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 88.11 ครรภ์ที่สองขึ้นไป ร้อยละ 11.89 แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 13.11 และแม่วัยรุ่นเคยแท้งบุตร ร้อยละ 3.88 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ (n=412)

ลักษณะทางประชากรจำแนกตามข้อมูลก่อนการตั้งครรภ์	รวม (n=412)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ท่านตั้งใจให้เกิดขึ้นหรือไม่		
ตั้งใจ(วางแผนการตั้งครรภ์)	103	25.00
ไม่ตั้งใจ(ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์)	305	74.03
ไม่ยินดีให้ข้อมูล	4	0.97
2. ก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดใด ๆ หรือไม่		
2.1 ไม่ได้คุมกำเนิด	170	41.26
2.2 คุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง	239	58.02
2.2.1 คุมกำเนิดชั่วคราว		
ถุงยางอนามัย	34	14.23
ยาเม็ดคุมกำเนิด	145	60.67
ยาฉีดคุมกำเนิด	4	1.67
ยาคุมฉุกเฉิน	36	15.06
นับระยะปลอดภัย	1	0.42
หลั่งภายนอก	19	7.95
2.3 ไม่ยินดีให้ข้อมูล	3	0.72
3. ประวัติการครั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	363	88.11
ครรภ์ที่สองขึ้นไป	49	11.89

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ (n=412)

ลักษณะทางประชากรจำแนกตามข้อมูลก่อนการตั้งครรภ์	รวม (n=412)	
	จำนวน	ร้อยละ
4. ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ		
ต่ำกว่า 15 ปี	54	13.11
16 ปี	52	12.62
17 ปี	64	15.53
18 ปี	80	19.42
19 ปี	162	39.32
5. ประวัติการคลอด		
คลอดครั้งแรก	378	91.75
คลอดครั้งที่สอง	34	8.25
6. ประวัติการแท้งบุตร		
เคยแท้งบุตร	16	3.88
ไม่เคยแท้งบุตร	396	96.12

2. ลักษณะทางสังคมแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นที่มาคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปี ($\bar{x}$= 17.85, S.D.= 1.46) ก่อนตั้งครรภ์มีสถานะเป็น นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 60.68 ช่วงตั้งครรภ์ หยุดเรียน/ลาออก ร้อยละ 51.15 แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.33 ต้องพึ่งพิงรายได้จากพ่อแม่/ผู้ปกครองและสามี ร้อยละ 99.76 อาชีพหลักของเพื่อนชาย (พ่อของเด็ก) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 54.36 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 18.93 และมีสถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 12.38 เพื่อนชาย (พ่อของเด็ก) มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 1.94 แม่วัยรุ่นมีสถานะครอบครัว หย่า/แยกกันอยู่/เลิกกัน ร้อยละ 7.77 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของแม่วัยรุ่น (n=412)

ลักษณะทางประชากร จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของแม่วัยรุ่น	รวม (n=412)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 15 ปี	41	9.95
16 ปี	35	8.50
17 ปี	56	13.59
18 ปี	76	18.45
19 ปี	204	49.51
รวม	412	100
Mean (SD)	17.85 (1.46)	
Min : Max	13:19	
2. สถานภาพ		
คู่ (ปัจจุบันอยู่กินด้วยกัน)	367	89.08
หย่า/แยกกันอยู่/เลิกกัน	32	7.77
หม้าย	1	0.24

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของแม่วัยรุ่น (n=412)

ลักษณะทางประชากร จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของแม่วัยรุ่น	**รวม (n=412)**	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ยินดีให้ข้อมูล	12	2.91
3. อาชีพของท่านก่อนตั้งครรภ์		
นักเรียน/นักศึกษา	261	63.34
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	51	12.38
รับจ้างทั่วไป	82	19.90
ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	17	4.13
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ/พนักงานของรัฐ	1	0.25
4. สถานะการศึกษาของท่านในปัจจุบัน		
ยังเรียนในสถานศึกษาเดิม	97	37.16
เรียนนอกระบบการศึกษาปกติ	11	4.21
พักการศึกษาชั่วคราว	14	5.36
หยุดเรียน/ลาออก	134	51.35
ไม่ยินดีให้ข้อมูล	5	1.92
5. รายได้ต่อเดือนของท่าน		
มี	411	99.76
ไม่มี	0	0.00
ไม่ยินดีให้ข้อมูล	1	0.24
6. แหล่งที่มาของรายได้		
จากการทำงาน	49	11.89
จากพ่อแม่/ผู้ปกครอง	168	40.78
จากสามี/เพื่อนชาย	187	45.39
อื่นๆ	8	1.94
7. อายุของสามีหรือเพื่อนชาย (พ่อของเด็ก)		
ต่ำกว่า 15 ปี	8	1.94
16 ปี	14	3.40
17 ปี	35	8.50
18 ปี	47	11.41
19 ปี	44	10.68
20 ปีขึ้นไป	260	63.10
ไม่ยินดีให้ข้อมูล	4	0.97
8. อาชีพหลักของสามีหรือเพื่อนชายในปัจจุบัน		
นักเรียน/นักศึกษา (ในระบบการศึกษาปกติ)	57	13.83
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	83	20.14
รับจ้างทั่วไป	213	51.70
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	42	10.19
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ/พนักงานของรัฐ	10	2.43
ไม่ยินดีให้ข้อมูล	7	1.71
9. รายได้ต่อเดือนของสามีหรือเพื่อนชาย		
มี	265	64.32

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของแม่วัยรุ่น (n=412)

ลักษณะทางประชากร จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของแม่วัยรุ่น	รวม (n=412)	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	140	33.98
ไม่ยินดีให้ข้อมูล	7	1.70

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าแม่วัยรุ่นที่มาคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษ ช่วงเดือนมกราคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้วางแผน ไม่ได้ตั้งใจ ไม่คุมกำเนิด คุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอและไม่คุมกำเนิดกึ่งถาวร เพื่อนชาย (พ่อของเด็ก) มีส่วนร่วมในการคุมกำเนิดน้อยมาก แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่จบการศึกษา ต้องออกจากการศึกษาเพื่อมาเลี้ยงดูบุตร สามีเพื่อนชาย (พ่อของเด็ก) ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ไม่มั่นคง ยังมีสถานะเป็นนักเรียน นักศึกษาและตกงาน ส่งผลให้ครอบครัวแม่วัยรุ่นยังเป็นครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงพ่อแม่ผู้ปกครอง[9,10,11]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ข้อเสนอแนะโรงเรียนควรมีการจัดการเรียนการสอนวิชาเพศศึกษารอบด้านในกลุ่มวิชาพื้นฐานในทุกช่วงชั้นปี และมีบรรยากาศที่เอื้อต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ในสถานศึกษาจนจบการศึกษา

2. โรงพยาบาล ควรจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม

3. โรงเรียน โรงพยาบาล บ้านพักเด็ก - และครอบครัวควรมีระบบเครือข่ายดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยพัฒนาการปรับใช้สื่อเทคโนโลยีแจ้งเตือนให้ความรู้วัยรุ่น เรื่องการคุมกำเนิดด้วยวิธีเชื่อถือได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ให้เข้ากับบริบทของวัยรุ่นยุคปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มงานสูติกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ให้รายละเอียดข้อมูลในการนำมารวบรวมวิเคราะห์ครั้งนี้ หากผลการวิจัยครั้งนี้มีส่วนให้เกิดคุณประโยชน์ใดๆ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณ บิดา มารดา และครูบาอาจารย์ที่ให้ความปรารถนาดีต่อผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัยร่วมกับโครงการประสานงานการวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs). โครงการประสานงานการวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การประชุมเสนอรายงานขั้นกลางโครงการสำรวจสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทยและทางเลือกมาตรการเศรษฐศาสตร์ สังคมและกฎหมาย รายงานความก้าวหน้าโครงการครั้งที่ 1. [ไม่ได้ตีพิมพ์]. เอกสารประกอบการนำเสนอการประชุม. ณ โรงแรมแมนดาริน, กรุงเทพมหานครฯ ประเทศไทย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัยร่วมกับโครงการประสานงานการวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs); 2560.
2. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนโยบายแนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้ง 2. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557. 20-4.
3. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. ขนาดและแนวโน้มการตั้งครรภ์/การคลอดในวัยรุ่น. แม่วัยใสความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2557. 11.
4. ปังปอนด์ รักอำานวยกิจ และคณะ. แม่วัยใส : สถานการณ์และบริบทในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

5. กฤตยา อาชวนิจกุล. เพศวิถีที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย. วารสารประชากรและสังคม 2554; 43- 65.
6. สำนักสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. เอกสารการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 10. จังหวัดศรีสะเกษ : สำนักสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ. 2561.
7. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2561 Teenage Pregnancy Surveillance Report 2018. [เอกสารอัดสำเนา] : กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2561. [สืบค้น 20 มีนาคม พ.ศ. 2562] เข้าถึงได้จาก https://rsathai.org/contents/15768/
8. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติรอบที่ 1/2560. [เอกสารอัดสำเนา]. นนทบุรี : 2560.
9. Henshaw SK.. Unintended pregnancy in the United States. Fam Plann Perspect. 1998; 30(46) : 24-9.
10. Pungbangkadee R. and Ratinthorn. A Factors and Consequences of Repeat Pregnancy among Teenagers : A Case Study in Bangkok Metropolis. Journal of Nursing Science. 2014; 32(2) : 23-31.
11. วิชญา เวชยันต์ศฤงคาร. ผลของการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่คลอดครรภ์แรกในโรงพยาบาลบางใหญ่. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2555; 29(2) : 82-92

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัย

Development of Nursing Guidelines for Reducing the Occurrence of Hypersensitivity Reactionfrom Paclitaxel drug exposure Carboplatin in Gynecological Cancer Patient Sukhothai hospital.

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

เบ็ญจวรรณ ทอดเสียง[1] สุนทรี เยื้องเจริญ[1]
Benjawan Todseang[1] Soontharee Yuangcharern[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดอัตราการเกิดภาวะภาวะภูมิไวเกิน และ ลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของ ซูคัพ (Soukup, 2000) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในการรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชที่โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 89 ราย เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกอาการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin และระดับการเกิดภาวะภูมิไวเกิน และระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบได้แก่ Independent T-test และ Chi – square ตามลักษณะของข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 41.83 และพบความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 4 มีการบริหารเวลาในการให้ยาเกิน 180 นาที ร้อยละ 53.06 จัดเป็น Specific Clinical risk ระดับ E และ H ระยะที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ได้วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 ฉบับ ระยะที่ 3 สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล นำมาทดลองใช้ และปรับปรุง 2 ครั้ง นำไปประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมิน AGREE II จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ท่าน ได้แนวปฏิบัติที่เรียกว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT (Sukhothai hospital Best Titrate) ระยะที่ 4 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาแบบ SBT ไปใช้จริง พบว่า 1) อัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน (p- value 0.05) 2) ความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินของกลุ่มทดลอง ไม่เกินระดับ 2 ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่เกินระดับ 4 3) สัดส่วนของการได้รับยาเสร็จสิ้นภายในระยะเวลา180 นาทีของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value 0.05)

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะภูมิไวเกิน ยาเคมีบำบัด มะเร็ง Paclitaxel Carboplatin

Abstract

This research and development aimed to design and develop nursing practice guidelines to reduce the incidence of hypersensitivity and reduce the severity of hypersensitivity to drugs in gynecologic cancer patients receiving Paclitaxel Carboplatin according to the evidence-based nursing model of Soukup (2000). The sample group consisted of 89 gynecologic cancer patients diagnosed by doctors to receive Paclitaxel Carboplatin chemotherapy for gynecologic cancer treatment at Sukhothai Hospital. Data were collected from the Paclitaxel Carboplatin hypersensitivity symptom record form, the level of hypersensitivity, and the duration of chemotherapy. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent T-test and Chi-square test according to the characteristics of the data.

The research results found that in Stage 1, 41.83 percent of patients experienced hypersensitivity and the severity ranged from level 1 to 4. 53.06 percent had a drug administration time exceeding 180 minutes, which was classified as

Specific Clinical risk level E and H. Phase 2: Search for empirical evidence related to the clinical problem. A total of 15 relevant literatures were obtained. Phase 3: Create nursing practice guidelines, test them and revise them twice. Evaluate the quality of the guidelines using the AGREE II assessment form from 5 relevant experts. The guidelines are called nursing practice guidelines for the administration of Paclitaxel Carboplatin in the SBT method. (Sukhothai hospital Best Titrate) Phase 4: Implementation of SBT nursing practice guidelines for drug administration found that 1) the incidence of hypersensitivity in the experimental and control groups was different (p- value 0.05). 2) The severity of hypersensitivity in the experimental group did not exceed level 2, while in the control group it did not exceed level 4. 3) The proportion of drug receipt completed within 180 minutes of the experimental group was significantly different from the control group (p- value 0.05).

Keywords : Nursing practice guidelines Hypersensitivity Chemotherapy Cancer Paclitaxel Carboplatin

บทนำ

ปี พ.ศ. 2593 องค์กรวิจัยมะเร็งนานาชาติคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกกว่า 35 ล้านราย มะเร็งปากมดลูกอยู่ในลำดับที่ 8 และทำให้เสียชีวิตลำดับที่ 9 ของโลก ประเทศไทยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2565) พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 122,757 คน และเสียชีวิต 80,665 คนต่อปี โรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ปีละ 5,000-7,000 คน ซึ่งมะเร็งปากมดลูกพบเป็นลำดับที่ 2 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการยอมรับและให้ผลการรักษาที่ดี คือการรักษาด้วยการใช้เคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัด Paclitaxelและ Carboplatin เป็นยาเคมีบำบัดที่พิจารณาใช้เป็นอันดับแรกในการรักษา โดยผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 2-6 รอบ แต่ยาดังกล่าวมีโอกาสทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาสูง โดยพบว่าเกิดอาการรุนแรงแบบ anaphylactoid อาจถึงแก่ชีวิตได้ประมาณร้อยละ 30 ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาในอัตราที่เร็วและระยะเวลาที่สั้น สามารถพบได้ทุกรอบของการให้ยา[1] การป้องกันการเกิดปฏิกิริยาดังกล่าว ทำได้โดยการใช้ยาป้องกันหรือการบริหารยาที่นานขึ้น มีการศึกษาว่าการบริหารยาpaclitaxelในเวลา 96 ชั่วโมงไม่จำเป็นต้องได้รับยาป้องกัน[2] ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยา paclitaxel สายฤดี นาคสนอง ศึกษาเปรียบเทียบการลดอัตราการหยดยา Paclitaxel ใน 1 ชั่วโมงแรกพบว่า กลุ่มบริหารยาแบบใหม่เกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 50 ในขณะที่กลุ่มบริหารยาแบบเก่าพบร้อยละ 93.3 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการเกิด พบว่ากลุ่มบริหารยาแบบใหม่มีระดับความรุนแรงสูงสุด grade 1 ในขณะที่กลุ่มบริหารยาแบบเก่า พบระดับความรุนแรงสูงถึง grade 4 และ พบว่ากลุ่มบริหารยาแบบใหม่สามารถให้ยาครบตามแผนการรักษาได้ทั้งหมด ส่วนกลุ่มบริหารยาแบบเก่าไม่สามารถให้ยาต่อได้และจำเป็นต้องหยุดการรักษาร้อยละ 86.67 หน่วยเคมีบำบัดมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัย เลือกใช้ยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin เป็นอันดับแรกเช่นกัน มีการจัดระบบบริการพยาบาลและใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยนำแนวปฏิบัติการบริหารยาฯ จากโรงพยาบาลอุตรดิตถ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผลการดำเนินงาน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม2565-31 มกราคม 2566 มีผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel Carboplatin จำนวน 98 ราย เกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 41.83 โดยพบความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 4 ร้อยละ 13.26, 12.24, 14.28 และ 2.04 ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขระหว่างรับยา ส่งผลต่อระยะเวลาที่ใช้ในการให้ยาเคมีบำบัด และอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มารับยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไป[2] แสดงถึงการใช้แนวปฏิบัติแบบเดิมยังไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรงพยาบาลสุโขทัย ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยเคมีบำบัดจึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม

Paclitaxel Carboplatin แบบ Sukhothai hospital Best Titrate (SBT) เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกิน และลดระดับความรุนแรงของภาวะภูมิคุ้มกันไวเกิน ในขณะให้ยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แก่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัยอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อออกแบบและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชแบบ SBT

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ต่อเนื่องกันเป็นตามวงจรตามแบบแผนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของ ซูคัพ[3] 4 ระยะ โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เป็น 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 3) การสร้างและพัฒนาต้นแบบ 4) การประเมินผลและปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น 5) การวิเคราะห์ สรุปผล 6) เผยแพร่นวัตกรรมขยายผลสู่ผู้ใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในการรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชที่โรงพยาบาลสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในการรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชที่โรงพยาบาลสุโขทัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Stata/SE 12.1 ภายใต้สมมุติฐานว่า ภาวะภูมิไวเกินจากยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในกลุ่มเดิม ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบเดิม เท่ากับ 41.83 % และในกลุ่มใหม่ ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT จะลดเหลือ 20% ใช้การทดสอบ one -sided ระดับ significance เท่ากับ .05 และ power เท่ากับ 0.80 กำหนดให้ ratio ของกลุ่มเดิม ต่อกลุ่มใหม่ = 1 : 2 คำนวณจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มเดิมเท่ากับ 89 ราย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ครบ 6 รอบในการรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชในหน่วยเคมีบำบัดนรีเวชที่โรงพยาบาลสุโขทัย 2) มีข้อมูลที่บันทึกไว้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการระบุไม่ยินยอมให้นำข้อมูลไปใช้ 2) ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ไม่ครบ 6 รอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยสำหรับกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเดิมและ กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ SBT

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin สำหรับกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมและ กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ SBT ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละรอบ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการมีประจำเดือน ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ระยะของโรค ผลการประเมินสภาวะร่างกาย (PPS: Palliative performance scale, ECOG Performance status) ระยะเวลาที่เริ่มเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction)

1.2 แบบบันทึกอาการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin และระดับการเกิดภาวะภูมิไวเกิน และระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัด

2) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช แบบ SBT ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ตรวจสอบความตรงของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยา กลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัย โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบSBT ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง ผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยด้วยยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่รักษาผู้ป่วยด้วยยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin จำนวน 2 ท่าน เภสัชกรผู้รับผิดชอบยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบโครงสร้างและความตรงของเนื้อหามีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI)เท่ากับ 0.8 ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ที่คำนึงถึงความปลอดภัยจากภาวะภูมิไวเกินจากยาของผู้ป่วยและระยะเวลาที่ใช้ในการให้ยาตามเกณฑ์การให้ยาในแต่ละรอบเปรียบเทียบกับหลักความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รวมถึงพิจารณาถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ การทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัย ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ความเหมาะสม กับสถานการณ์โดยนำปัญหาและอุปสรรคมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง 2 ครั้ง ๆ ละ 20 ราย โดยอาสาสมัครต้องได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดแนวปฏิบัติและได้รับความยินยอมจากญาติรวมถึงต้องได้รับการอนุญาตให้ใช้แนวปฏิบัติจากแพทย์ผู้รับผิดชอบและระหว่างการได้รับยาตามแนวปฏิบัติดังกล่าวต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดที่ปลายเตียงผู้ป่วยแบบ 1ต่อ1 รวมถึงมีการเตรียมพร้อมสำหรับแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยหากเกิดอาการภาวะภูมิไวเกิน และผู้ป่วยสามารถยุติการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวได้ตลอดระยะเวลาที่ใช้แนวปฏิบัตินั้นๆ และไม่กระทบต่อแผนการรักษาของแพทย์ในรอบการให้ยาแต่ละรอบ

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินกิจกรรม และหลัง สิ้นสุดกิจกรรม โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนและเครื่องมือในการวิจัย เน้นถึงความสมัคร ใจเข้าร่วมและขอคำยินยอมแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูล ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัดตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 - 1 มกราคม 2566 ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูล อุบัติการณ์การเกิดและระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัดกลุ่ม Paclitaxel Carboplatin จากเวชระเบียน และโปรแกรมบันทึกความเสี่ยงโรงพยาบาลสุโขทัย จัดสนทนากลุ่มย่อย จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย พยาบาลผู้ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 1 คน แพทย์ที่สั่งใช้ยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin 3 คน เภสัชกร 1 คน และตัวแทนศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยง 1 คน รวม 6 คน

ระยะที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ดำเนินการโดย 1) กำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้นในขอบเขตการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลขณะการให้ยากลุ่มใน

ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัย 2) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ดังนี้ Titrate,Purge, Hypersensistvity, Paclitaxel , Carboplatin 3) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล สืบค้นงานวิจัย จากวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆวารสารทางการพยาบาลการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศจากระบบฐานข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ทางการพยาบาลและวิชาชีพสุขภาพอื่นๆได้แก่ Journal of Professional Nursing, E-books PubMed, Medline,Science direct, Evidence-Based Nursing Practice& Research,CINAHL Complete, และจากฐานข้อมูลงานวิจัยของไทย 4) กำหนดปีที่ใช้สืบค้นตั้งแต่ ค.ศ.2014 -2024 5) สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความวิชาการจากวารสารและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ (manual search) ได้วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 เรื่อง และ เขียนโครงร่างงานวิจัย เพื่อส่งขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ระยะที่ 3 นำ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ โดยนำข้อมูลที่ได้ จากระยะ ที่ 1 และ ระยะที่ 2 มา สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยา Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (Try out) ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน และ เวลาในการให้ยาเคมีบำบัด มาปรับปรุงทดลองใช้ 2 รอบ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยา Paclitaxel Carboplatin ที่ดีที่สุด

ระยะที่ 4 นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงานนรีเวช โดยทำหนังสือขออนุญาต จากผู้บริหาร และนำมาใช้ตั้งแต่วันที่ 26 สิงหาคม – 30 กันยายน 2567 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่มPaclitaxel Carboplatin แบบ SBT โดย รวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช แบบบันทึกอาการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยา นำผลมาพิจารณาปรับปรุงและขยายผลการใช้งาน เปิดให้หน่วยงานที่สนใจนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT ไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน-
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบได้แก่ Independent T-test และ Chi – square ตามลักษณะของข้อมูล เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Chi – square วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน ระหว่างกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติความถี่ ร้อยละเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาในระยะเวลาที่กำหนด

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ IRBNo.61/2024 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ.2567 สิ้นสุดการรับรองวันที่ 16 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์ ปัญหาทางคลินิกในช่วง 1 มกราคม 2565 – 30 กันยายน 2566 ดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 จากการวิเคราะห์ ปัญหาทางคลินิก ในช่วง 1 มกราคม 2565 – 30 กันยายน 2566

ผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาPaclitaxel Carboplatin แบบเดิม จำนวน 89 ราย
Titate dose : ไม่ Purge

	Titate 1	Titate 2	Titate 3	รวม	Titate 4	Titate 5	Titate6	Titate7	รวม
Rate (ml./hr)	10	20	40		60	120	180	300	
Volume ()/ Time (min)	3 l ml /15นาที	5 ml /15นาที	10 ml / 15นาที	15 ml / 45 นาที	15 ml /15นาที	30 ml /15นาที	270 ml / 15นาที	450 ml /90นาที	783 ml / 180นาที
Intervention v/s	ทุก 15 นาที	ทุก 15 นาที	ทุก 15 นาที		ทุก 15 นาที	ทุก 15 นาที	ทุก 15 นาที	ทุก 15 นาที	
Carboplatin set rate เท่ากับ Volume นาน 1 ชั่วโมงv/s ทุก 30 นาที จนยาหมด									
พบเกิดภาวะภูมิไวเกิน จำนวน 41 ครั้ง ร้อยละ 41.83 โดยพบความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 4 ร้อยละ 13.26, 12.24, 14.28 และ 2.04 ตามลำดับ มีการบริหารเวลาในการให้ยาเกิน 180 นาที ร้อยละ 53.06 จากการสนทนากลุ่มย่อยในทีมแพทย์ พยาบาล และ ทีมบริหารความสี่ยง มีมติว่า ภาวะภูมิไวเกิน เป็น Specific Clinical risk ระดับ E และ H ซึ่งมีความสำคัญต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหา									

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ภาวะภูมิไวเกิน แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประเด็นที่พบว่าเป็นโอกาสในการพัฒนา คือ พบว่า การเกิดภาวะภูมิไวเกินสัมพันธ์กับปริมาณการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าให้ยาในอัตราการไหลอย่างช้าๆ ใน ชั่ว 60 นาทีแรก จะสามารถลดอัตราการเกิด และลดความรุนแรง ของภาวะภูมิไวเกินได้ แต่มีข้อจำกัดคือ พยาบาล ต้อง บริหารยาให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ภายในระยะเวลา 180 นาที โดยการปรับวิธีการ Titrate dose ซึ่งอยู่ในขอบเขตที่พยาบาลสามารถทำได้

ระยะที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนำไปตรวจสอบและทดลองใช้ 3 วงรอบ โดยพบว่าในการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาวงรอบที่ 1 และ 2 อัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ลดลง แต่ยังพบว่า มีระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินอยู่ในระดับ 3-4 ซึ่งเป็นระดับที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยยา และ หากช่วยเหลือไม่เหมาะสม อาจอันตรายถึงแก่เสียชีวิตได้ จึงได้นำแนวปฏิบัติข้างต้นมาพัฒนาต่อเนื่อง และนำไปประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมิน AGREE II จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ท่าน ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุด และน่าเชื่อถือ เรียกว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT (Sukhothai hospital Best Titrate) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงวงรอบการพัฒนาการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin

การพัฒนาแนวปฏิบัติ		วงรอบที่ 1 (N=20)	วงรอบที่ 2 (N=20)	วงรอบที่ 3 (N=49)
Purge before Titrate		ไม่ purge NSS	NSS 13 ml. นาน 1.30 นาที	NSS 25 ml. นาน 3 นาที
Titrate 1	Rate	10 ml./hr	20	20
	volume / time	3 ml / 15นาที	5 /15	3.3/10
	Intervention	v/s ทุก 15 นาที	v/s ทุก 15 นาที	v/s ทุก 10 นาที
Titrate 2	Rate	20	40	40
	volume / time	5 /15	10 /15	6.6 / 10
	Intervention	v/s ทุก 15 นาที	v/s ทุก 15 นาที	v/s ทุก 10 นาที
Titrate 3	Rate	40	60	60
	volume / time	10/15	15 /15	40 /40

ตารางที่ 2 แสดงวงรอบการพัฒนาการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin

การพัฒนาแนวปฏิบัติ		วงรอบที่ 1 (N=20)	วงรอบที่ 2 (N=20)	วงรอบที่ 3 (N=49)
	Intervention	v/s ทุก 15 นาที	v/s ทุก 30 นาที	v/s ทุก 10 นาทีx4 ครั้ง
รวม volume / time		18 ml/ 45 นาที	NSS 13 ml+30 ml / (1.30 + 45 นาที)	NSS 25 ml+49.9 ml / (3+60 นาที)
Titrate 4	Rate	60	180	180
	volume / time	15/15	90/30	45 /15
	Intervention	v/s ทุก 15 นาที	v/s ทุก 30 นาที	v/s ทุก 15 นาที
Titrate 5	Rate	120	250	280
	volume / time	30 /15	125 /30	70 /15
	Intervention	v/s ทุก 15 นาที	v/s ทุก 60นาที	v/s ทุก 15 นาที
Titrate 6	Rate	180	280	300
	volume / time	45 /15	280 /60	450 /90
	Intervention	v/s ทุก 15 นาที	ทุก 60 นาที	v/s ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง
Titrate 7	Rate	300	300	-
	volume / time	450/90	50 /10	-
	Intervention	v/s ทุก 15 นาที	ทุก 60 นาที	-
รวม **Volume/ time**		738 ml/ 180นาที	NSS 13 ml+575 ml /(1.30+175 นาที)	NSS 25 ml +575/ (3+180 นาที)
Carboplatin		rate = Volume นาน 1 ชั่วโมง v/s ทุก 15 นาที จนยาหมด	rate = Volume นาน 1 ชั่วโมง v/s ทุก 15 นาที จนยาหมด	rate ชVolume นาน 1 ชั่วโมง v/s ทุก 15 นาที จนยาหมด
อัตราภาวะภูมิไวเกิน		7 ราย ร้อยละ 35.00	5 ราย ร้อยละ 25.00	3 ราย ร้อยละ 6.12
ระดับความรุนแรง		พบระดับ 1-4 ร้อยละ 14.29, 28.57 ,42.85, 14.29 ตามลำดับ	พบระดับ 1-4 ร้อยละ 20, 40., 20., 20.ตามลำดับ	พบระดับ 1-2 ร้อยละ 66.67, 33.33 ตามลำดับไม่พบระดับ3-5

ระยะที่ 4 นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงานนรีเวช 49 คน ได้ผลดังนี้

4.1 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า มีอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินแตกต่างกัน (p- value 0.05)

4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ SBT มีอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินในระดับ1-2 ร้อยละ 66.67 และ 33.33 ตามลำดับ และไม่พบการเกิดภาวะภูมิไวเกินในระดับ 3-5 ส่วนกลุ่มที่ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม มีอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินในระดับ1-4 ร้อย 31.71, 29.28 , 34.14 และ 4.87 ตามลำดับและไม่พบการเกิดภาวะภูมิไวเกินในระดับ 5

4.3 สัดส่วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาเสร็จสิ้น ภายในระยะเวลา180 นาที มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลอง สามารถได้รับยาเสร็จสิ้นภายในระยะเวลา180 นาที มากกว่ากลุ่มควบคุม(p-value 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช เริ่มต้นจากรวบรวม

และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอนและเป็นระบบ นำมาตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน นำมาทดลองใช้และวัดผลการใช้ และปรับปรุง 2 ครั้ง ก่อนที่จะได้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด และมีความทันสมัย และนำไปประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมิน AGREE II จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ท่าน ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ ซึ่งมีชื่อเรียกว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT (Sukhothai hospital Best Titrate) นอกจากนี้ แนวปฏิบัติแบบ SBT ยัง ระบุถึงกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักการการบริหารยาในการป้องกันและแก้ไขการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ธัญบุรี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และ สอดคล้องการวิจัยของนวลอนงค์ คำโสภา และศรัณยา หงษ์ไทย[4] ศึกษาเปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกินระหว่างการให้ยาแบบช้ากับการให้ยาแบบปกติ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่ม Taxanes ที่มีการปรับอัตราการไหลของสารน้ำโดยใช้แบบช้า มีการเกิดภาวะภูมิไวเกินน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับอัตราการไหลของสารน้ำแบบปกติ และ ระยะเวลาที่ส่วนใหญ่จะเกิดหลังจากได้รับยาไปแล้วภายใน 30 นาทีแรก สายฤดี นาคสนอง[2] ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะทางคลินิกของการเกิดภาวะภูมิไวเกินช่วงเวลาที่เกิดและความรุนแรงในการเกิดภาวะภูมิไวเกิน พบว่าการเกิดภาวะภูมิไวเกินระหว่างกลุ่มบริหารยาแบบใหม่ และกลุ่มบริหารยาแบบเก่า ด้วยการลดอัตราการหยุด ยา Paclitaxel ใน 1 ชั่วโมงแรกพบว่าทั้ง 2 กลุ่มเกิดภาวะภูมิไวเกินทั้งหมดโดยช่วง 15 นาทีแรกของการให้ยา กลุ่มบริหารยาแบบใหม่เกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 50 ในขณะที่กลุ่มบริหารยาแบบเก่าพบร้อยละ 93.3 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการเกิดพบว่า กลุ่มบริหารยาแบบใหม่มีระดับความรุนแรงสูงสุด grade 1 ในขณะที่กลุ่มบริหารยาแบบเก่า พบระดับความรุนแรงสูงถึง grade 4 ส่วนผลกระทบของการเกิดภาวะภูมิไวเกินต่อการรักษาพบว่ากลุ่มบริหารยาแบบใหม่สามารถให้ยาครบตามแผนการรักษาได้ทั้งหมด ส่วนกลุ่มบริหารยาแบบเก่าไม่สามารถให้ยาต่อได้และจำเป็นต้องหยุดการรักษาร้อยละ 86.67

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล[5]ในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT ไปใช้จริง กับผู้ป่วยจำนวน 49 ราย และศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบเดิม จำนวน 98 ราย พบว่า

1.อัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินของผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel CarboplatinแบบSBT น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value 0.05)

2. ระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT มีระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินไม่เกินระดับ 2 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 66.67 และ ระดับ 2 ร้อยละ 33.33 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิมมีอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินในตั้งแต่ระดับ 1- 4 โดยส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 3 ซึ่งเป็นระดับที่ต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำ และต้องเข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นร้อยละ 34.14 รองลงมาได้แก่ ความรุนแรงระดับ 1 ร้อยละ 31.71, ระดับ 2 ร้อยละ 29.28 , และระดับ 4 ร้อยละ 4.87

3. สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin แบบ SBT สามารถได้รับยาเสร็จสิ้นภายในระยะเวลา

180 นาที มากกว่าผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value 0.05)

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างแนวปฏิบัติที่พัฒนาในระหว่างการวิจัยทั้ง 3 รูปแบบพบว่า ด้านอัตราการไหล ปริมาตร และเวลา ของสารละลายยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่ต่างกัน แต่มีความแตกต่างกันในขั้นตอนของการ Purge before Titrate ด้วยสารละลาย NSS ที่ไม่มี ยาผสม โดยพบว่า แนวปฏิบัติที่มีการ Purge before Titrate ด้วย สารละลาย NSS ที่ไม่มี ยาผสมในปริมาตรที่มากกว่าและใช้เวลาในขั้นตอนนี้นานกว่า เป็นแนวปฏิบัติที่สามารถลดอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ลดระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินได้ดีกว่า จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยากลุ่ม Paclitaxel Carboplatin ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช แบบ SBT ที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ลดระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินรวมถึงสามารถควบคุมระยะเวลาที่ให้ยาเคมีบำบัดให้แล้วเสร็จภายใน 180 นาที ตามมาตรฐานของการให้ยาเคมีบำบัดที่ปลอดภัยเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาเกินระยะเวลาที่กำหนดได้[6]

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจาก นายแพทย์สิทธิโชค กวีวัฒนา นายแพทย์ปฏิบัติการ และแพทย์หญิงเจียมจิรา อินทะรังษี นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลสุโขทัย นายรัฐพล คำนุช เภสัชกรปฏิบัติการพิเศษ โรงพยาบาลสุโขทัย นายณัฐวุฒิ สุดแก้วพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกำแพงเพชร นางสุพรรณี สุวรรณมงคล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกำแพงเพชร นางสาวศิริลักษณ์ อุปวาณิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุโขทัย และคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ข้อชี้แนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. (2559). ผลงานวิจัย R2R และงานประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศ ประจำปีงบประมาณ 2559 (พิมพ์ครั้งที่1). ลำปาง.
2. สายฤดี นาคสนอง. (2561). ประสิทธิผลของการบริหารยา Paclitaxel ในชั่วโมงแรก เพื่อลดอุบัติการณ์ปฏิกิริยาภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์.
3. อัญชลี อ้วนแก้ว. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน. การประชุมวิชาการและการนำเสนองานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการครั้งที่ 4 (หน้า 737-744). อุบลราชธานี
4. นวลอนงค์ คำโสภา. และศรัณยา หงษ์ไทย. (2560). การเปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกินระหว่างการให้ยาแบบช้ากับการให้ยาแบบปกติ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยากลุ่ม Taxnes.
5. AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [Electronic version]. Retrieved < Month, Day, Year>, from http://www.agreetrust.org .
6. สาขามะเร็งนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี.(2565).การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด.

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a screening model and provision of nursing services during waiting for examination in the general outpatient department, Phon Phisai Hospital Nong Khai Province.

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์[1] ศิริวรรณ สิงหศิริ[1] นงค์นุช โฮมหงษ์[1]
Penchan Homhong[1] Siriwan Singhasiri[1] Nongnuch Homhong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ดำเนินการพัฒนาการจัดบริการพยาบาลร่วมกับทีมการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดคุณภาพบริการ (Service Quality) ของ Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1990 ระยะเวลาวิจัย เดือนกันยายน 2564 -ตุลาคม 2565 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มการจัดบริการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ แบบรายงานความเสี่ยง RCA FORM แบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยทรุดลง แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย คือ OPD CARE ประกอบด้วย O=OPD triage : แนวทางการคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วย P=Preceptor : การมีพี่เลี้ยง D=Job Description : กำหนดหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน C= Competency :พัฒนาสมรรถนะพยาบาล A=Awareness : ตระหนักในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทรุดลง R = Response : แนวทางการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน E=Evaluation : การประเมินผล สะท้อนกลับ นิเทศติดตาม ประเมินผล พบว่า ผู้ป่วย Under Triage จากร้อยละ 5.03 ลดลงเหลือ 4.17 ผู้ป่วย Over Triage จากร้อยละ 14.75 ลดลงเหลือ 10.20 ร้อยละผู้ป่วยสีเหลืองเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (สีเหลืองกลายเป็นสีแดง) ขณะรอตรวจ OPD จาก 2 ราย เป็น 0 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลเพิ่มขึ้นขณะรอตรวจทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน

คำสำคัญ: คัดกรอง,รอตรวจ,แผนกผู้ป่วยนอก

Abstracts

This action research was conducted to develop nursing services in collaboration with the outpatient nursing team and related interdisciplinary teams based on the Service Quality concept of Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1990. The research period was September 2021 - October 2022. The research instruments included interview forms and focus group discussions on nursing services for emergency surveillance while waiting for examination, RCA FORM risk report forms, deterioration patient data reports, and satisfaction assessment forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including numbers and percentages, and inferential statistics, including Paired t test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that the screening and nursing service arrangement model while waiting for examination in the general outpatient department Phon Phisai Hospital is OPD CARE consisting of O=OPD triage: Screening guidelines for patient classification P=Preceptor: Having a mentor D=Job Description: Clearly

[1] โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

define responsibilities C=Competency: Develop nursing competence A=Awareness: Awareness of risk groups for deterioration R=Response: Emergency response guidelines E=Evaluation: Evaluation, reflection, supervision, follow-up, evaluation It was found that Under Triage patients decreased from 5.03 percent to 4.17 percent, Over Triage patients decreased from 14.75 percent to 10.20 percent, the percentage of yellow patients experiencing emergency crises (yellow turns red) while waiting for OPD examination increased from 2 cases to 0 cases. No patient died. Service recipients had significantly increased satisfaction with the quality of nursing services while waiting for examination in all aspects. No complaints were found.
Key word: screening, during waiting for examination, general outpatient department

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายสำคัญเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้แก่องค์กรสุขภาพทั่วโลก คือ การบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2004 (สำหรับประเทศไทย ในปี 2549 มีการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 ซึ่งสถาบันรับรองคุณภาพได้นำเสนอแนวคิด Thai Patient Safety Goals 2006 เพื่อเชิญชวน ให้โรงพยาบาลต่างๆ กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และต่อมาในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) โดยปัจจุบันได้ปรับเป็นนโยบาย 3P safety มุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (Patient) บุคลากร (Personnel) และสังคม (People and Public) [1] เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วย ที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วยภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่สถานการณ์ปัจจุบันผู้ใช้บริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มการรับบริการ มากขึ้น การจัดบริการในทุกแผนกในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลมีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเป็นจุดแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการคัดกรอง ประเมินอาการและคัดแยกประเภทผู้ป่วย การส่งตรวจตามแผนกต่างๆอย่างถูกต้อง นับเป็นจุดเริ่มต้นของการบริการที่มีคุณภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเร่งด่วนได้อย่างเหมาะสมและได้รับความปลอดภัย ภายหลังการคัดแยกแล้วจะส่งผู้ป่วยไปยังจุดรอตรวจซึ่งการจัดการบริการขณะรอตรวจก็เป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นสิ่งที่สำคัญของบุคลากรทางการพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่ทันท่วงทีเพื่อความปลอดภัย จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดคุณภาพบริการ (Service Quality) (Parasuraman, Zeithaml & Berry,1990) [2] เพื่อออกแบบบริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือสร้างการบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการคาดหวัง จะส่งผลให้การบริการดังกล่าว เกิดคุณภาพการบริการรวมทั้งการลดขั้นตอนบริการที่ซ้ำซ้อนมาใช้การออกแบบบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ

โรงพยาบาลโพนพิสัยเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง (M2) มีแพทย์เฉพาะทาง 4 สาขาได้แก่ กุมารแพทย์ ,ศัลยแพทย์,อายุรแพทย์,สูติแพทย์ จากสถิติผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2562-2564 มีจำนวน 158,410 , 168,675 , 187,543 คน เฉลี่ยวันละ 415 , 432, 468 คน [3] จากการทบทวน พบว่า ยังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการคัดกรองผิดพลาดและมีอาการ

ทรุดลงขณะรอตรวจจำนวนหนึ่ง มีผู้ป่วยถูกส่งกลับไป-มาระหว่างแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในระบบบริการ อีกทั้งยังพบว่าขณะรอตรวจผู้ป่วย ที่ส่งห้องฉุกเฉินมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ไข้ร่วมกับความดันโลหิตต่ำ 2. เหนื่อยหอบ/วิงเวียน 3. ใจสั่น/หายใจไม่อิ่มร่วมกับตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอัตราการเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที เฉลี่ยวันละ 9-10 คน/วัน กลุ่มสีเหลืองที่ตรวจที่ผู้ป่วยนอกที่เฝ้าระวังอาการหน้าห้องตรวจพบการเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินขณะรอตรวจ 3 อันดับแรก 1.กลุ่มผู้ป่วยมีไข้ประเมิน SOS score 3 คะแนน 2.กลุ่มปวดท้องหรือปวดศีรษะ วิงเวียนที่มี pain score 5-7 และ 3. ผู้ป่วยเหนื่อย ใจสั่น/หายใจไม่อิ่มร่วมกับตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอัตราการเต้นเร็ว HR>120 /min หรือ HR< 60 [4] จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินขณะรอตรวจ จะเห็นได้ว่าหากมีแนวทางการคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นก็จะทำให้สามารถจัดการแยกประเภทผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกได้อย่างมีประสิทธิผล [5] รวมถึงการจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจที่มีคุณภาพจะส่งผลให้มีการเฝ้าระวังอาการทรุดลงป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีความปลอดภัยซึ่งการจัดบริการทั้งสองส่วนนี้มีความเชื่อมโยงกันและกัน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งของความปลอดภัยของงานบริการผู้ป่วยนอกการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง [6] เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว จึงนำสู่การวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart [7] และใช้แนวคิดในการพัฒนา ได้แก่ แนวคิดคุณภาพบริการ (Service Quality) ของ Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1990 ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการพยาบาล (Tangibles) 3) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) 5) การเข้าถึงจิตใจ เข้าอกเข้าใจหรือดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการ (Empathy) [2] ระยะเวลาวิจัย เดือนกันยายน 2564 - กันยายน 2565

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในรพ. จำนวน 20 คน ตัวแทนผู้รับบริการ 20 คน รวม 40 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จำนวน 20 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ย้าย ลาออกหรือผู้ไม่ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจนสิ้นสุดโครงการ 3) ตัวแทนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 545 คน

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดคุณภาพบริการ (Service Quality) ของ Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1990 ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการพยาบาล (Tangibles) 2) ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ (Reliability) 3) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) 5) การเข้าถึงจิตใจ เข้าอกเข้าใจหรือดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการ (Empathy) [2] และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำสู่การออกแบบวิจัย

1.2 การศึกษาสภาพปัญหาจากการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย และการบริการพยาบาลขณะรอตรวจจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติผู้ป่วย, Risk report ,การทรุดลงของผู้ป่วยขณะรอรับบริการ การทบทวนความเสี่ยงที่พบและแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล [5] รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้ป่วยที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและญาติเพื่อทราบความต้องการและปัญหาและข้อเสนอแนะแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ระยะดำเนินการพัฒนา นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เภสัชกรร่วมคิด ร่วมวางแผน เพื่อสร้างความตระหนักและส่วนร่วมในการพัฒนา หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ จากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์การตัดสินอาศัยข้อมูลจากการปฏิบัติโดยขั้นตอนนี้ ได้นำแนวคิดคุณภาพบริการ (Service Quality) ของ Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1990 [2] มาเป็นแนวทางการพัฒนา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจร

3. ระยะการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนาจากผลลัพธ์การจัดบริการพยาบาลในการคัดกรองแยกผู้ป่วยและผลลัพธ์การจัดบริการพยาบาลจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มการจัดบริการพยาบาลในการคัดกรองแยกผู้ป่วยและการจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับบทบาท การสนับสนุนการจัดบริการ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการจัดบริการพยาบาล รวมถึงแบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง

2. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการจัดบริการพยาบาลในการคัดกรองแยกผู้ป่วยและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ (ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1 , ระดับน้อย หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 2, ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 3, ระดับมากหมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ4, ระดับมากที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 5) ตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 ค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.86

3. แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพต่อต่อการจัดบริการพยาบาลในการคัดกรองแยกผู้ป่วยและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ (ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1 , ระดับน้อย หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 2, ระดับปานกลาง หมายถึงค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 3, ระดับมากหมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ4, ระดับมากที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 ค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.80

4. แบบรายงานความเสี่ยง RCA FORM ของทีม Risk Management ประกอบด้วยเนื้อหา วันที่เกิดความเสี่ยง วันที่รายงาน วันที่ทบทวน รายละเอียด BACK GROUND สำคัญ (เขียนตาม TIMELINE จนถึง CRITICAL POINT)

5. แบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยทรุดลงที่ส่งไป ER ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย อาการ/สาเหตุที่ส่งไป ER

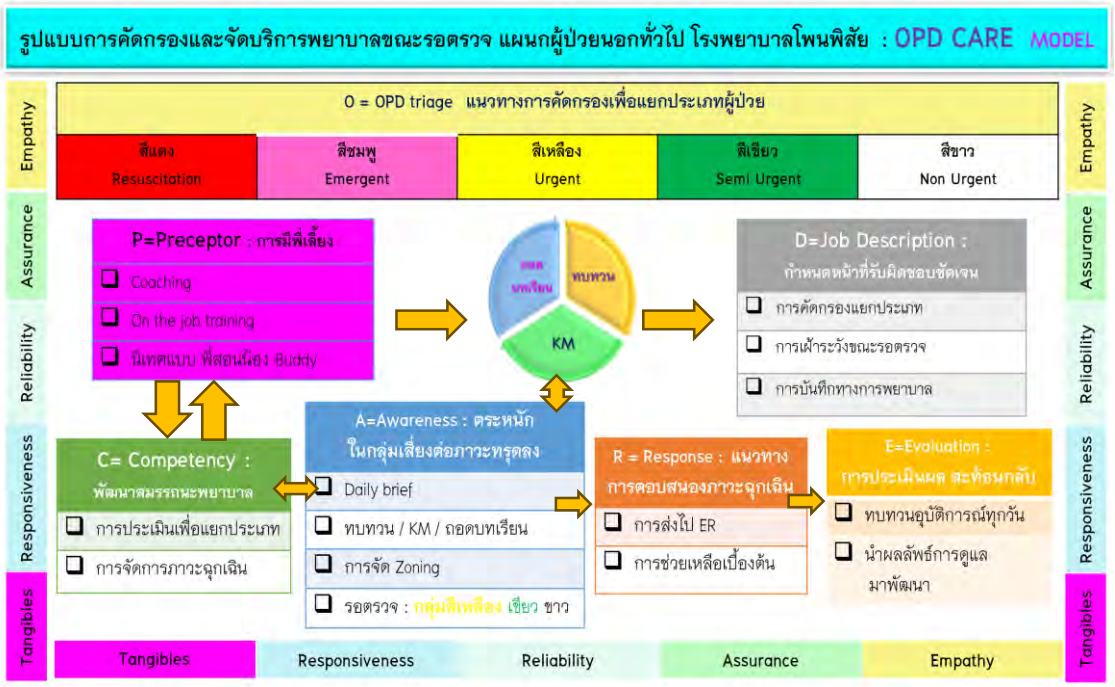
การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ผลลัพธ์การคัดกรองแยกผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก วิเคราะห์โดยจำนวนร้อยละ การประเมินความพึงพอใจของทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพต่อการจัดบริการพยาบาลของบุคลากร วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการพยาบาล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ประเด็นความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการ ในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโพนพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 7/2564 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2564

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย คือ OPD CARE ประกอบด้วย O=OPD triage : แนวทางการคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วย P=Preceptor : การมีพี่เลี้ยง D=Job Description : กำหนดหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน C= Competency :พัฒนาสมรรถนะพยาบาล A=Awareness : ตระหนักในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทรุดลง R = Response : แนวทางการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน E=Evaluation : การประเมินผล สะท้อนกลับ นิเทศติดตาม ซึ่งสามารถ สรุปรูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย

โดยผลลิติที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1. คู่มือการคัดกรองแยกผู้ป่วย 2. คู่มือการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกในการคัดกรองแยกผู้ป่วยและการเฝ้าระวังขณะรอตรวจ 3. การจัดพื้นที่บริการโดยมีจุดซักประวัติ คัดกรองที่เหมาะสม 4. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดแยก 5. การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจนเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการต่อเนื่อง 6. จัดทำแนวปฏิบัติการจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแล 7. แนวทางการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานในการให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ประเมินผลรูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป พบว่า ผู้ป่วย Under Triage จากร้อยละ 5.03 ลดลงเหลือ 4.17 ผู้ป่วย Over Triage จากร้อยละ 14.75 ลดลงเหลือ 10.20 ร้อยละการเกิดภาวะวิกฤต/ฉุกเฉิน ขณะรอตรวจที่OPDในกลุ่มสีเหลือง จาก 0.98 เหลือ 0.46 ร้อยละผู้ป่วยสีเหลืองเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (สีเหลืองกลายเป็นสีแดง) ขณะรอตรวจ OPD จาก 2 ราย เป็น 0 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ พบว่า ภายหลังการพัฒนาผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านความเป็นรูปธรรมของบริการพยาบาล Mean = 4.79 SD=0.28 ด้านความน่าเชื่อถือ Mean =4.86 SD=0. 23 ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) Mean =4.80 SD=0. 26 ด้านการประกันคุณภาพ

(Assurance) Mean = 4.86 SD=0.24 ด้านความเข้าอกเข้าใจหรือดูแลเอาใจใส่ (Empathy) Mean = 4.86 SD=0.20 และมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก Mean = 4.84 SD= 0.20 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าภายหลังการพัฒนาผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ ก่อนและหลังการพัฒนา

คุณภาพบริการพยาบาล	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		95%CI		t	p value
	Mean	SD	Mean	SD	Lower	Upper		
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการพยาบาล (Tangibles)	3.96	.392	4.79	.28	.62	1.03	8.42	< .0001
2. ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)	4.13	.40	4.86	.23	.51	.94	6.89	< .0001
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)	4.11	.37	4.8	.26	.55	.93	8.07	< .0001
4. ด้านการประกันคุณภาพ (Assurance)	4.12	.33	4.86	.24	.59	.89	10.37	< .0001
5. ด้านความเข้าอกเข้าใจหรือดูแลเอาใจใส่ (Empathy)	4.10	.34	4.86	.20	.60	.91	10.11	< .0001
ภาพรวมคุณภาพบริการพยาบาล	4.08	.34	4.84	.22	.59	.92	9.61	< .0001

ด้านความพึงพอใจของทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ภายหลังพัฒนา พบว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจอยู่ในระดับมากทุกด้านและภาพรวมก็อยู่ในระดับมาก
โดยด้านการบริหารจัดการบุคลากร $\bar{X}$ = 4.56 S.D 0.51 ด้านการจัดสถานที่บริการในการเฝ้าระวัง $\bar{X}$ = 4.64 S.D 0.55 ด้านการจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ $\bar{X}$ =4.58 S.D=0.57 ด้านการพัฒนาบุคลากร $\bar{X}$ = 4.66 S.D=0.51 ด้านการสนับสนุนอื่นๆ $\bar{X}$ =4.52 S.D=0.53 และความพึงพอใจของทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพภาพรวมก็อยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ =4.59, S.D.=0.53

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ารูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรการวิจัย เชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่

เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป ในการพัฒนาการจัดบริการโดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ มีพัฒนาปรับปรุงตามวงรอบการพัฒนา

จนเกิดรูปแบบที่เหมาะสม คือ OPD CARE ประกอบด้วย O=OPD triage : แนวทางการคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วย P=Preceptor : การมีพี่เลี้ยง D=Job Description : กำหนดหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน C= Competency :พัฒนาสมรรถนะพยาบาล A=Awareness : ตระหนักในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทรุดลง R = Response : แนวทางการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน E=Evaluation : การประเมินผล สะท้อนกลับ นิเทศติดตาม ประเมินผล พบว่า ผู้ป่วย Under Triage จากร้อยละ 5.03 ลดลงเหลือ 4.17 ผู้ป่วย Over Triage จากร้อยละ 14.75 ลดลงเหลือ 10.20 ร้อยละผู้ป่วยสีเหลืองเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (สีเหลืองกลายเป็นสีแดง) ขณะรอตรวจ OPD จาก 2 ราย เป็น 0 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลเพิ่มขึ้นขณะรอตรวจทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา มยุรี มานะงาน [8] ที่ได้ศึกษาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช และอิ่น วงษ์เคน [9] ที่ได้ศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุด ระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี พบว่า แนวทางดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการประเมินคัดกรองเพื่อแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติได้ทันเวลา และทำให้พยาบาลรู้แนวทางในการซักประวัติอย่างครอบคลุม ทำให้ง่ายต่อการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกต่างๆ และลดปัญหาความผิดพลาดในการคัดกรองได้ หน่วยงานสามารถนำไปใช้ในการประเมินคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้ทันท่วงที รวมถึงมีการจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม จัดทำป้ายในการจำแนกประเภทให้ใหม่ทุกสี เพื่อคัดแยกประเภท หลังการใช้ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังการใช้กระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย มีจำนวน Under Triage เฉลี่ยที่ 0.240 ลดลงเหลือที่ 0.061 มีจำนวน Over Triage เฉลี่ยที่ 0.420 ลดลงเหลือที่ 0.146 และการศึกษาของสมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์ [10] ที่ได้ศึกษาและพบว่า ผลของการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ด้านการดูแลผู้ป่วยก่อน และหลังการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีค่าร้อยละ Under Triage ไม่แตกต่างกัน มีค่าร้อยละ Over Triage ดีขึ้น และค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์อยู่ในระยะเวลาที่กำหนดทุกระดับ ส่วนด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะหลังการใช้เพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการใช้เพิ่มขึ้น รูปแบบการคัดกรองและจัดบริการพยาบาลขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลโพนพิสัย คือ OPD CARE ประกอบด้วย O=OPD triage : แนวทางการคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วย P=Preceptor : การมีพี่เลี้ยง D=Job Description : กำหนดหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน C= Competency :พัฒนาสมรรถนะพยาบาล A=Awareness : ตระหนักในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทรุดลง R = Response : แนวทางการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน E=Evaluation : การประเมินผล สะท้อนกลับ นิเทศติดตาม ประเมินผล พบว่า ผู้ป่วย Under

Triage จากร้อยละ 5.03 ลดลงเหลือ 4.17 ผู้ป่วย Over Triage จากร้อยละ 14.75 ลดลงเหลือ 10.20 ร้อยละผู้ป่วยสีเหลืองเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (สีเหลืองกลายเป็นสีแดง) ขณะรอตรวจ OPD จาก 2 ราย เป็น 0 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลเพิ่มขึ้น ขณะรอตรวจทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2562). ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์กรมหาชน) เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2564. จาก https://www.lpnh.go.th/files/quality. มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย. pdf
2. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1990). Delivery quality service: Balancing Customer perception and expectation. New York: Free Press.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลโพนพิสัย. (2565). รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลโพนพิสัย ประจำปี 2562-2564. มหาสารคาม: โรงพยาบาลโพนพิสัย.
4. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพนพิสัย. (2564). รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการพยาบาลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564. หนองคาย.
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติ การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่กพฉ.กำหนด. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ).
6. สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
7. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
8. มยุรี มานะงาน. (2563). ผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 34(3), 52-65.
9. อิ๋น วงษ์เคน. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(2),195-204.
10. สมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์. (2565). ผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 5(1), 1-11.

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

Development model of nursing practice guidelines for monitoring adverse symptoms in patients waiting for examination in the outpatient building, Somdej Hospital.

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

สุรางค์รัตน์ อ่อนดี[1]
Surangrat Ondee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ และศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ระหว่าง เดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2567 รวม 3 เดือน จำนวน 507 คน คำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงาน ความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ และไม่พบอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก

Abstract

This study was action research. The objectives are to study the situation of adverse events in patients waiting for check-ups at the outpatient building of Somdej Hospital and to study the development model of nursing practice guidelines for monitoring adverse events in patients waiting for check-ups at the outpatient building of Somdej Hospital. The study period is between September 2024 and December 2024, a total of 4 months. The sample group is patients waiting for check-ups at the outpatient building of Somdej Hospital between September 2024 and November 2024, a total of 3 months, a total of 507 people, calculated using the sample size calculation formula of Krejcie and Morgan. 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 operation, the patients' understanding of monitoring adverse symptoms while waiting for examination and the patients' understanding of the services provided by the outpatient building of Somdej Hospital, overall and by item, were at the highest level. The patients' understanding of monitoring adverse symptoms while waiting for examination and the patients' understanding of the services provided by the outpatient building of Somdej Hospital before and after the operation were found to be statistically significant at the 0.05 level. After the operation, the patients' understanding of monitoring adverse symptoms while

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

waiting for examination and the patients' understanding of the services provided by the outpatient building of Somdej Hospital were better than before the operation, and no incidence of adverse symptoms was found.
Keywords: Nursing practice guidelines, Monitoring adverse symptoms, Patients while waiting for examination, Outpatient building

บทนำ

การให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นภารกิจสำคัญยิ่งของระบบสาธารณสุขที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ ความใส่ใจ และมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการดูแลผู้ป่วยนอกเริ่มตั้งแต่การต้อนรับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร การคัดกรองอาการอย่างเป็นระบบ และการให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความประทับใจตั้งแต่จุดแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการ การสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นมิตรเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการ พนักงานต้องมีทักษะในการรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ พร้อมให้คำแนะนำและช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถกระบวนการคัดกรองต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วและแม่นยำ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละราย การจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและวิจารณญาณของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีความถูกต้องและความละเอียดรอบคอบในการบันทึกข้อมูลเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ นอกจากนี้การสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพยังเป็นสิ่งจำเป็น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและบุคลากรอื่นๆ จะช่วยให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างบูรณาการและครอบคลุม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างองค์รวมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

การรอตรวจในสถานพยาบาลเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอาจประสบกับอาการไม่พึงประสงค์หลากหลายรูปแบบ[9] ซึ่งต้องอาศัยความระมัดระวังและการสังเกตอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ อาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมอาการทางร่างกายที่พบบ่อยระหว่างรอตรวจ ได้แก่ อาการปวด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หน้ามืด และอ่อนเพลีย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากโรคประจำตัว ความเครียด หรือระยะเวลาในการรอที่ยาวนาน บางรายอาจมีอาการรุนแรงขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งปัญหาทางจิตใจเป็นอีกมิติหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม ความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัวเกี่ยวกับอาการป่วยสามารถส่งผลกระทบต่อสภาวะทางร่างกายได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการตื่นตระหนก หายใจถี่ หรือมีอาการของภาวะวิตกกังวลเฉียบพลัน ซึ่งต้องได้รับการดูแลและให้กำลังใจอย่างเหมาะสม สภาพแวดล้อมในพื้นที่รอตรวจก็มีส่วนสำคัญต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ แสงที่สว่างจ้าเกินไป เสียงดัง อุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม หรือการถ่ายเทอากาศที่ไม่ดี อาจก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย เวียนศีรษะหรือทำให้อาการของโรคทรุดลงได้กลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก หญิงมีครรภ์และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การตรวจวัดสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอและการเตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือเฉพาะหน้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความเครียดและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ การอธิบายขั้นตอนการรักษา ระยะเวลาที่คาดว่าจะรอและการให้ความมั่นใจจะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี หากการเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงที หากเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตระหว่างรอตรวจ

การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างรอตรวจถือเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสาธารณสุข[13] เป็นช่วงเวลาที่ต้องอาศัย

ความใส่ใจและระมัดระวังจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสูงสุด กระบวนการนี้เริ่มตั้งแต่การประเมินอาการเบื้องต้นที่จุดคัดกรอง โดยพยาบาลที่มีความชำนาญจะทำการประเมินความรุนแรงและความเร่งด่วนของอาการผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญของการตรวจรักษาเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินหรือมีความเสี่ยงสูงจะได้รับการดูแลเป็นลำดับแรก ซึ่งเรียกว่าระบบ Triage[12] ที่ช่วยให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที ในระหว่างรอตรวจ เจ้าหน้าที่ต้องทำการติดตามและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือมีอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วการสร้างพื้นที่รอตรวจที่เหมาะสมและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ สถานที่ต้องสะอาด มีระบบระบายอากาศที่ดี และจัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดต่อ การเว้นระยะห่างและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง เป็นพิเศษเครื่องมือและเทคโนโลยีสมัยใหม่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการเฝ้าระวัง การใช้อุปกรณ์ตรวจวัดสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูลแบบดิจิทัล และระบบแจ้งเตือนเมื่ออาการผิดปกติช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถติดตามและแทรกแซงได้อย่างรวดเร็ว การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเป็นอีกองค์ประกอบที่สำคัญ การให้ข้อมูลคำแนะนำ และสร้างความมั่นใจระหว่างรอตรวจช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างความร่วมมือในการรักษา พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ควรอธิบายขั้นตอนการรอตรวจ ประมาณเวลา และให้การดูแลตามความจำเป็นอย่างใกล้ชิด การประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูง การบันทึกการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างละเอียดและต่อเนื่องช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้อย่างแม่นยำนอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉินเป็นสิ่งที่ต้องวางแผนไว้ล่วงหน้า มีระบบการช่วยเหลือเบื้องต้น เส้นทางการส่งต่อผู้ป่วย และทีมแพทย์ที่พร้อมให้การช่วยเหลือทันที หากมีเหตุฉุกเฉินหรืออาการทรุดลงอย่างกะทันหันกระบวนการคัดกรองและการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความเสี่ยง เพิ่มโอกาสในการรักษา และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ เป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์อย่างเป็นระบบและครอบคลุม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์และความใส่ใจอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ระหว่าง เดือนกันยายน 2567 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2567 รวม 3 เดือน โดยมีประวัติป่วยเป็นโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้ป่วย

ทั้งสิ้น 4,849 ราย นำมาคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของ Krejcie และ Morgan (1970)กลุ่มตัวอย่างขนาด 169 คนต่อเดือน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีทั้งหมด 3 เดือน จึงได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง เท่ากับ 169 X 3 = 507 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับน้อยที่สุด 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 ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .855

2. ความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมในข้อความดังกล่าวอยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมในข้อความดังกล่าวอยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมในข้อความดังกล่าว อยู่ระดับน้อยที่สุด 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 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .880

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

2. การกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

3. การดำเนินการตามกิจกรรมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในการการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ก่อนดำเนินงาน พบอุบัติการณ์ จำนวน 8 ครั้ง หลังดำเนินการ ไม่พบอุบัติการณ์

2. ความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ก่อนดำเนินการ พบว่า ความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างรอตรวจตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก ได้แก่ ความดันโลหิต จุกแน่นหน้าอกร้าว มีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ผื่นแพ้ทั้งตัว ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ ปวดท้องเหนื่อยเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เพลียร่วมกับมีภาวะขาดน้ำ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ชัก และไม่รู้สึกตัว หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด

3. ความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก ได้แก่ ตรวจบัตรประชาชน ยืนยันตัวตน แยกประเภทผู้ป่วยตามแผนกการรักษา วัดสัญญาณชีพความดันโลหิต วัดสัญญาณชีพการหายใจ ตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือด ซักประวัติ ซักถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล บันทึกข้อมูล การส่งตรวจชันสูตร ซักประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาโรงพยาบาล หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย บันทึกข้อมูล การส่งตรวจชันสูตร เตรียมพร้อม

เข้ารับการตรวจตรงตามแผนกสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง แนวทางการตรวจรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย / ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยประเภทที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Urgency) ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยทั่วไป (Semi – urgency) และผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยรับบริการสาธารณะสุขอื่นๆ (Non – urgency) หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด

4. รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ

5. การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ก่อนดำเนินการ มีทั้งสิ้น 8 ครั้ง ความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างรอตรวจตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก ได้แก่ ความดันโลหิต จุกแน่นหน้าอกร้าว มีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ผื่นแพ้ทั้งตัว ปวดท้องถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ ปวดท้องเหนื่อยเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เพลียร่วมกับมีภาวะขาดน้ำ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ชัก และไม่รู้สึกตัวสอดคล้องกันกับการศึกษาของ มณฑา คล้ายเขียวและคณะ[4] พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจจำนวน 11 และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.02 และ 0.01 ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่พบได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่Stroke, Heart Failure, Renal failure, Lymphoma และ Old MI ไม่มีอาการขณะคัดกรอง แต่อาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ ได้ส่งต่อไปรักษาที่ห้องฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัยจากการทบทวนผู้ที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจมีจำนวนลดลงหลังจากพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจดังนั้น และสอดคล้องกับอารียา พิสัยพันธ์[3] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังฯ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ประกอบด้วยการเสริมสร้างความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างรอตรวจตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ โดยอาศัยแนวคิดการทำ FAST TRACK OPD หรือระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกแบบรวดเร็ว[8] โดยการพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาความล่าช้าและความแออัดในการให้บริการทางการแพทย์ โดยมีเป้าหมายหลักคือการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของโรงพยาบาล เป้าหมายคือการลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความรวดเร็วในการ

รักษาพยาบาล ระบบนี้ออกแบบมาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยมีการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนและความรุนแรงของอาการเป็นการปฏิรูปกระบวนการทำงานของหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น โดยลดระยะเวลาในการรอคอย ลดความแออัดของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจในการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยระหว่างรอตรวจเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยเมื่อแรกเข้า เจ้าหน้าที่พยาบาลจะประเมินอาการเบื้องต้นและจัดลำดับความเร่งด่วน ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเสี่ยงจะได้รับการดูแลก่อน ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพราะผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและคาดไม่ถึง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่ทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจึงเป็นกุญแจสำคัญในการรักษาความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและลดความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ หลังการดำเนินงาน ความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วัชรีย์ ไกรสิงห์เดชา และคณะ[1] ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการรูเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาในทุกขั้นตอน บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเป็นผู้เสนอประเด็นที่จะพัฒนาตามความคิดเห็นของตนเองเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง และสอดคล้องกับสังวาลย์ วงศ์สมศักดิ์[5] ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการประเมินรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามพบว่าภายหลังการพัฒนา ร้อยละการเกิดภาวะวิกฤติ/ฉุกเฉิน ลดลง ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ขณะรอตรวจ ผู้ป่วยและทีมการพยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนการจัดบริการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ ที่พัฒนาขึ้นจากการจากการมีส่วนร่วมและนำ แนวคิดคุณภาพบริการ (Service Quality) มาเป็นแนวทางดำเนินงานสามารถทำให้เกิดการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อการดูแลที่รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเร่งด่วน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างรอตรวจและความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ควรนำเอารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ตึกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยการเสริมสร้างความเข้าใจของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างรอตรวจตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ และความเข้าใจของผู้ป่วยในการให้บริการตึกผู้ป่วยนอก มาใช้ในการแก้ไขปัญหา

เอกสารอ้างอิง

1.วัชรีย์ ไกรสิงห์เดชา. (2564) .การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2022): มกราคม - เมษายน 2565

2.ดารุณี จันฤาไชย. (2564) .การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร.ระบบเผยแพร่ผลงานวิชาการ(OPEN ACCESS) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3.อารียา พิสัยพันธ์. (2564) . การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผู้สูงอายุอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย .วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 4

4.มณฑา คล้ายเขียว . (2565) .การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย พิษณุโลก.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

5.สังวาลย์ วงศ์สมศักดิ์. (2566) .รูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3

6.สุพรรณิการ์ บุญพสิษฐ์ . (2567) .การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย.วาสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

7.โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. (2562) .คู่มือการปฏิบัติงาน การผู้ป่วยนอก(OPD) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (PHETCHABUN HOSPITAL).(https://pbh.moph.go.th/imgs/picture_purchase/2022122LA-2022-12-02-MO2-18.pdf)

8.คณะกรรมการระบบส่งต่อจังหวัดลำพูล. (2562) .แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบ FAST TRACKและกลุ่มโรคสำคัญจังหวัดลำพูน.(https://lamphunhealth.moph.go.th/)

9.สำนักการพยาบาล. (2551) . มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

10.คณะทำงานกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก / หน่วยพิเศษ. (2561) .การคัดกรองผู้ป่วยนอก .โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

11.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ .(2556).คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลาดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาตินนทบุรี

12.กรมการแพทย์.(2561). MOPH ED. TRIAGE. .สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

13.โรงพยาบาลบึงบูรพ์. (2561) .แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยอาการไม่คงที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Effects of the Education Supportive Program on Self-Care Behavior of pregnant women with iron deficiency anemia in the antenatal clinic. San Sai Hospital Chiang Mai Province.

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

กมลวรรณ เตชะฟอง[1]
Kamonwan Tasafong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ, เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือน สิงหาคม-ธันวาคม 2567 จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่, แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก, แบบบันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและแบบบันทึกการติดตามผลการตรวจหาความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired- Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า เฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.01 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 8.8 คะแนน (SD±1.224) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 6.7 คะแนน (SD±2.259) ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 75 คะแนน (SD±3.115) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 63.2 คะแนน (SD±12.508) และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 33.6 vol% (SD±5.7) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 30.7 vol% (SD±1.1)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, หญิงตั้งครรภ์, ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the mean scores of self-care knowledge among pregnant women with anemia before and after receiving the program, to compare the mean scores of self-care behaviors among pregnant women with anemia before and after receiving the program, and to compare the mean hematocrit levels before and after receiving the program. The sample consisted of 25 pregnant women with anemia who attended their first antenatal care visit at Sansai Hospital, Chiang Mai Province, during August-December 2024. The research instruments included the Support and Education Program for Self-Care Behaviors Among Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia at Antenatal Care Clinic, Sansai Hospital, Chiang Mai Province, a general information questionnaire, Iron Deficiency Anemia Knowledge Questionnaire, a self-care behavior questionnaire for reducing iron deficiency anemia, an iron supplement

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

intake record form, and a hematocrit level monitoring form. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired-Samples t-test.

The results showed that the mean scores of self-care knowledge among pregnant women with anemia before and after receiving the program were significantly different (p-value<0.01), with post-program scores (8.8±1.224) higher than pre-program scores (6.7±2.259). The overall mean scores of self-care behaviors among pregnant women with anemia before and after receiving the program were significantly different (p-value<0.001), with post-program scores (75±3.115) higher than pre-program scores (63.2±12.508). The mean hematocrit levels before and after receiving the program were significantly different (p-value<0.001), with post-program levels (33.6±5.7 vol%) higher than pre-program levels (30.7±1.1 vol%).
Keywords: Self-care behaviors, Pregnant women, Iron deficiency anemia

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin: Hb) ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร (g/dl) หรือระดับฮีมาโตคริต (Hematocrit: Hct) หรือความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าร้อยละ 33 ในไตรมาสแรกและไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์[1] หรือมีฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริตต่ำกว่าเปอร์เซนไตล์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ คือ ในไตรมาสที่หนึ่งและสาม ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือฮีมาโตคริต ต่ำกว่าร้อยละ 33 และระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 32 ในไตรมาสที่สอง[2]ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความหมายของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ คือภาวะที่ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 ดังนั้น ภาวะโลหิตจาง จึงเป็นความผิดปกติทางระบบเลือดที่ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงน้อยลง สาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย 1) สาเหตุจากการสร้างไม่พอ ได้แก่ การขาดสารอาหารที่สำคัญ คือ ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12 ความผิดปกติของไขกระดูก (Aplastic anemia) กดการทำงาน ของไขกระดูก ระดับ erythropoietin ต่ำ ภาวะพร่องไทรอยด์ (Hypothyroidism) 2) สาเหตุจากการทำลายเม็ดเลือดมาก ได้แก่ โรคทางพันธุกรรม : ธาลัสซีเมีย sickle cell anemia autoimmune hemolytic anemia, SLE, thrombocytopenic purpura, hemolytic uremic syndrome, การติดเชื้อ,การตกเลือดก่อนคลอดและการเสียเลือดเรื้อรัง[3]

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ โดยทั่วโลกพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 15-49 ปี มีภาวะโลหิตจางคิดเป็นร้อยละ 36.5[4] สำหรับในประเทศไทยพบร้อยละ 14.69, 15.56 และ 15.59 และในเขตสุขภาพที่ 1 พบร้อยละ 11.31,12.69 และ 12.65 ในปี 2564-2566 ตามลำดับ[5] ซึ่งก็พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 20.5, 9.8 และ 11.2 ในปี 2564-2566 ตามลำดับ[6] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 ซึ่งกำหนดเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ไม่เกินร้อยละ 10[7] แสดงให้เห็นว่าการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและเป็นภาวะที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับการดูแลและให้คำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินอยู่ในค่าปกติ ช่วยลดผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ผลกระทบของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบว่ามีภาวะคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเลือดจาง 3.46 เท่า และเกิดภาวะทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย ได้มากกว่า 1.99 เท่า[8] ปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ไหลเวียนในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณน้อย ส่งผลให้หลอดเลือดในรกขาดเลือดไปเลี้ยง จึงทำให้รกเสื่อม

หญิงตั้งครรภ์ จึงเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะแท้งและเกิดภาวะการณ์คลอดก่อนกำหนดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย ตกเลือดหลังคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนดและการติดเชื้อ[9] ส่วนผลกระทบต่อทารกได้แก่ อัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม อาการตัวเหลืองและมีการติดเชื้อ[10] โดยมีผลมาจากการขาดธาตุเหล็กบนเม็ดเลือดแดง ทำให้ปริมาณเม็ดเลือดแดงมีจำนวนน้อย ส่งผลต่อการจับและลำเลียงสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ในปริมาณที่น้อย มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก ส่งผลให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อย[11] ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้มีการคัดกรอง ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยการให้ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็กและให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การดำเนินการบรรลุตามเป้าหมายตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 12 ซึ่งการดำเนินงานให้ถึงเป้าหมายนั้น ต้องมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

จากการดำเนินงานของคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยการให้ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็กและให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปและมีการติดตามผลระดับฮีโมโกลบินหรือ ฮีมาโตคริตเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ผลการดำเนินงานยังพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามที่ได้กล่าวมา จึงวิเคราะห์หาสาเหตุจากข้อมูลเวชระเบียนและจากการสอบถามหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมในเรื่องการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารและยาระหว่าง การตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 30 รวมถึงการมาฝากครรภ์ที่ล่าช้า ขาดความรู้ในเรื่องยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ที่ช่วยในการพัฒนาสมองของทารกในครรภ์และป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยพบภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 3.05, 3.54 และ 4.17 พบภาวะคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.75,14.98 และ 11.63 และทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 12.14,12.96 และ 12.97 ในปี 2564 – 2566 ตามลำดับ[6] ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดมีแนวโน้มสูงขึ้นและไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ ถือเป็นบทบาทตามมาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งได้มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลก่อนและระหว่าง การตั้งครรภ์ โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และส่งต่อเพื่อการรักษา พยาบาลที่ประจำคลินิกฝากครรภ์จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่สามารถแก้ไขได้ หากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก[12] 2) การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกวิธี[13] การป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การป้องกันการติดเชื้อพยาธิ[14] คำแนะนำที่ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะเน้นการส่งเสริม

โภชนาการและยาเสริมธาตุเหล็ก แนะนำการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมและแนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กไม่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์[15] และตามกรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[16] ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม 2) การให้ความรู้ 3) การชี้แนะ 4) การสนับสนุน 5) การประเมินผลการดูแลตนเอง ก็จะช่วยลดการเกิดภาวะโลหิตจางได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราวดี มั่งจิตร[17] ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่าสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและมีค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์[18] ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในคลินิกฝากครรภ์ จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ไปเป็นแนวทางในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์รวมถึงเพื่อลดภาวะโลหิตจาง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พร้อมทั้งการติดตามพัฒนาการ การเจริญเติบโตของทารกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (One group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือน สิงหาคม-ธันวาคม 2567 จำนวน 25 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 2) มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (ค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33

หรือมีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร) 3) มีผลการคัดกรองภาวะโลหิตจางโรคธาลัสซีเมียปกติ ค่าปริมาตรของเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Volume: MCV) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 80 เฟมโตลิตร (fl) และค่าการทดสอบฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดต่างๆ (Dichlorophenol Indophenol Precipitation Test : DCIP) เป็นลบ 4) อายุครรภ์ < 20 สัปดาห์ 5) ใช้โทรศัพท์ที่มีเทคโนโลยีแอพพลิเคชั่นไลน์ได้ 6) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ 7) ร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพ และพฤติกรรมระหว่างตั้งครรภ์เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะโลหิตจางจากภาวะอื่นๆ 2) ไม่สามารถฝากครรภ์ต่อที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ได้จนถึง อายุครรภ์ 32 สัปดาห์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบกำหนดค่า alpha เท่ากับ .05 อำนาจทดสอบที่ระดับ .90 และคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ อัจฉราวดี มั่งจิตร (2567) จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 67.77±7.15 และหลังการได้รับโปรแกรมเท่ากับ 75.07±4.38 วิเคราะห์โดยใช้ G*Power 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 22 ราย และปรับเป็น 25 ราย เพื่อความสะดวกในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของอัจฉราวดี มั่งจิตร[17] ได้ดำเนินการขออนุญาตใช้โปรแกรมฯ จากต้นสังกัดเรียบร้อยแล้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของอัจฉราวดี มั่งจิตร (2567) ได้ดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือจากต้นสังกัดเรียบร้อยแล้วเช่นกัน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร และระดับค่าค่าฮีมาโตคริตเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สอง

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ เลือกตอบใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน

มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ 3 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 4.99 หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 5.00 – 7.99 หมายถึง ระดับกลาง

คะแนนเฉลี่ย 8.00 – 10.00 หมายถึง ระดับสูง

3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1 - 9) , ด้านการป้องกันภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 10 - 12) และ ด้านการบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 13 - 20) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติสัปดาห์ละ 6 - 7 วัน ได้ 4 คะแนน

ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน ได้ 3 คะแนน
ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน ได้ 2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน
ใช้เกณฑ์กำหนดพฤติกรรมเป็นร้อยละ คือ
ร้อยละ 0 - 49 หมายถึงต้องปรับปรุง
ร้อยละ 50 - 69 หมายถึงพอใช้
ร้อยละ 70 - 89 หมายถึงดี
ร้อยละ 90 - 100 หมายถึง ดีมาก

4) แบบบันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

5) แบบบันทึกการติดตามผลการตรวจหาความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของอัจฉราวดี มั่งจิตร (2567) ได้ดำเนินการทำบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตใช้โปรแกรมฯ และเครื่องมือ จากต้นสังกัดแล้ว ซึ่งเครื่องมือการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ณ โรงพยาบาลแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.71

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง โดยทำการศึกษาข้อมูลในเดือน สิงหาคม - ธันวาคม 2567 ดังต่อไปนี้

1. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งที่ 1 อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12+6 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ครั้งแรกหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์เพื่อตรวจอัลตราซาวด์ ดูอายุครรภ์และกำหนดวันครบกำหนดคลอด

2. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 13-20+6 สัปดาห์

2.1เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (HIV, VDRL, HBsAg, CBC ,Blood group.) พร้อมสามี

2.2 คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมเมื่ออายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์

2.3 หลังทราบผลฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 ผู้วิจัยพาหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าวไปยังห้องโรงเรียน พ่อแม่เพื่อแนะนำ ให้ความรู้ประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้หญิงตั้งครรภ์ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Pre-test)

2.4 แจกใบบันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก แผ่นพับความรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและอาหารที่เพิ่มธาตุเหล็กให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

2.5เพิ่มเพื่อนไลน์และแนะนำการใช้ไลน์ในการใช้ติดต่อสื่อสารในกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย

3. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 21-26+6 สัปดาห์

3.1 นัดมาทำอัลตราซาวด์เพื่อตรวจดูความผิดปกติของทารกในครรภ์

3.2 เชิญกลุ่มตัวอย่าง เข้าในห้องโรงเรียนพ่อ-แม่ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง ผลกระทบของภาวะโลหิตจางที่มีต่อมารดาและทารก การป้องกันภาวะโลหิตจางการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

3.3 ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก คือ Ferrous Fumarate (200mg) 1X3 oral pc

3.4 การติดต่อสื่อสารทางไลน์ สำหรับไลน์กลุ่ม ใช้ส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยจะนำเสนอเป็นวีดีโอ การให้ความรู้ หรือส่งข้อความในไลน์กลุ่ม จำนวน 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์

เพื่อกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กเท่านั้น ส่วนการสื่อสารทางไลน์ส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง จะใช้ส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลคนนั้น จะเป็นคำถาม ตอบข้อสงสัย และการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งหาแนวทางร่วมกัน โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จะต้องคำนึงถึงพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด

3.5นัดเจาะติดตามฮีมาโตคริตซ้ำอีก 1 เดือน

4. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 27-30+6 สัปดาห์

4.1 ประเมินกลุ่มตัวอย่าง เรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก คือ Ferrous Fumarate (200mg) 1X3 oral pc

4.2 ตรวจสอบความถูกต้องในกลุ่มตัวอย่าง เรื่องการบันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในแบบบันทึกและแนะนำให้แก้ไขเมื่อบันทึกหรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง

4.3 ส่งข้อความทางไลน์ส่วนตัวเพื่อชื่นชมกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และดีขึ้น

4.4นัดมาฝากครรภ์ครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์

5. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 31-34+6 สัปดาห์

5.1 เจาะฮีมาโตคริตครั้งที่ 2 ที่อายุครรภ์ที่ 32 สัปดาห์

5.2 พบกลุ่มตัวอย่างในห้องโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Post-test) และแจ้งผลฮีมาโตคริตครั้งที่ 2

5.3 กรณีที่ผลมาโตคริตครั้งที่ 2 ดีขึ้นให้คำชมเชยส่วนกรณีที่ผลมาโตคริตครั้งที่ 2 ต่ำกว่า ร้อยละ 33 ต้องติดตามและหาสาเหตุนอกเหนือจากโครงการวิจัย

5.4 แจ้งการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล บันทึกข้อมูล และ ทำการตรวจสอบความถูกต้องแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาณ ใช้สถิติ Paired-Samples t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 25.2±4.645 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปวช/ปวสและปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 24 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 48 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 23200 ±11961.74 บาท รายได้ต่ำสุด 9,000 บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท เศรษฐานะการเงินอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 84 ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 1 จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 ประวัติการแท้งบุตรไม่มี จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 16 ±1.947 สัปดาห์ ฝากครรภ์เร็วสุด 12 สัปดาห์ ช้าสุด 19 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	*p-value*
	Mean	±SD	Mean	±SD		
	6.7	2.259	8.8	1.224	-6.999	<0.001

p-value<0.05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.01 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 8.8 คะแนน (SD±1.224) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 6.7 คะแนน (SD±2.259)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	*p-value*
	Mean	±SD	Mean	±SD		
การบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัว	28.5	3.177	32.6	1.776	-5.436	<0.001
การป้องกันภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น	11.2	1.090	11.9	0.331	-2.781	0.010
การบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	25.9	3.310	30.5	2.000	-7.493	<0.001
ภาพรวม	63.2	12.508	75.0	3.115	-4.626	<0.001

p-value<0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.01 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 32.6 คะแนน (SD±1.776) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 28.5 คะแนน (SD±3.177) พฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value=0.010 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 11.9 คะแนน (SD±0.331) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 11.2 คะแนน (SD±1.090) และพฤติกรรมด้านการบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 30.5 คะแนน (SD±2) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 25.9 คะแนน (SD±3.310) โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 75คะแนน (SD±3.115) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 63.2 คะแนน (SD±12.508)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ฮีมาโตคริต (vol%)	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	*p-value*
	Mean	±SD	Mean	±SD		
	30.7	1.1	33.6	5.7	-16.339	<0.001

p-value<0.05

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 33.6 vol% (SD±5.7) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 30.7 vol% (SD±1.1)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงคการวิจัย ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.01 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 8.8 คะแนน (SD±1.224) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 6.7 คะแนน (SD±2.259) ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.01 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 32.6 คะแนน (SD±1.776) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 28.5 คะแนน (SD±3.177) พฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value=0.010 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 11.9 คะแนน (SD±0.331) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 11.2 คะแนน (SD±1.090) และพฤติกรรมด้านการบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 30.5 คะแนน (SD±2) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 25.9 คะแนน (SD±3.310) โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 75คะแนน (SD±3.115) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 63.2 คะแนน (SD±12.508) ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 33.6 vol% (SD±5.7) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 30.7 vol% (SD±1.1) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จนส่งผลให้ระดับค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตเพิ่มมากขึ้นจนอยู่ในภาวะปกติ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่สามารถแก้ไขได้ หากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรม

การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก (ราณี ผลวัฒน์, 2560) 2) การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกวิธี[13] 3) การป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การป้องกันการติดเชื้อพยาธิ[14] คำแนะนำที่ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะเน้นการส่งเสริมโภชนาการและยาเสริมธาตุเหล็ก แนะนำการรับประทานอาหาร ที่ส่งเสริมการดูดซึมและแนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กไม่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์[15] และตามกรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[16] ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์และคณะ[18] ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช

1. ด้านการบริหาร ควรกำหนดเป็นนโยบายสนับสนุนให้หน่วยงานนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มาใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการบริการ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่,โรงพยาบาลเครือข่ายในโซนบริการที่ 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป ได้อย่างต่อเนื่อง

3. ด้านวิชาการ ควรมีการเผยแพร่ความรู้ให้แก่หน่วยงานที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เพื่อพัฒนาแนวทางโดยใช้ความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ทันสมัยและเป็นแนวทางในการทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในด้านอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ที่มีวัฒนธรรมการดูแลครรภ์แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริกนก กลั่นขจร. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก.วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 14(1), 54-62.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2021). Anemia in pregnancy: ACOG practice bulletin, number 233. Obstetrics and Gynecology, 138(2), e55-e64.

3. Tongsong, T., & Wanapirak, C. (2021). Obstetrics (6th ed.). Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.
4. World Health Organization. [WHO]. (2021). Worldwide prevalence of anemia 2016 - 2019, HO Global database on anemia. Retrieved from https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children
5. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2566). ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ระดับจังหวัด. Retrieved from https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/anemia/changwat?year=2023&kid=27&rg=01
6. ศูนย์ข้อมูลและสถิติ โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. (2564-2566). สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ที่มาฝากครรภ์คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.
7. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. Retrieved from https://dmsic.moph.go.th/index/detail/6991
8. Finkelstein, J. L., Kurpad, A. V., Bose, B., Thomas, T., Srinivasan, K., & Duggan, C. (2020). Anemia and iron deficiency in pregnancy and adverse perinatal outcomes in Southern India. European Journal of Clinical Nutrition, 74(1), 112-125.
9. Young, M. F., Oaks, B., Tandon, S., Martorell, R., Dewey, K., & Wendt, A. (2019). Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: A systematic review and meta-analysis (P11-033-19). Annals of the New York Academy of Sciences, 1450(1), 47-68.
10. Pavord, S., Daru, J., Prasannan, N., Robinson, S., Stanworth, S., Girling, J., & BSH Committee. (2020). UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. British Journal of Hematology, 188(6), 819-830.
11. Brannon, P. M., & Taylor, C. L. (2017). Iron supplementation during pregnancy and infancy: Uncertainties and implications for research and policy. Nutrients, 9(12), 1327.
12. ราณี ผลวัฒน์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 7(1), 11-19.
13. พันธิภา จารนัย, มยุรี นิรัตธราดรและณัฐพัชร์ บัวบุญ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการพฤติกรรมด้านโภชนาการ และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 30(1), 59-69.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
15. วรรณพร คำพิลา, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, สุกัญญา รักศรี, ปวินตรา มานาดี, ทิพวรรณ ทัพซ้ายและสุธิดาสิงห์ศิริเจริญ. (2565). การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล .วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 30(2),134-142.
16. Orem, D. E. (2001). Nursing concept of practice (6th ed.). Louis: Mosby.
17. อัจฉราวดี มั่งจิตร. (2567). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. Retrieved from http://www.kkhos.com/kkhos/data_office_academic/adcharavadee_2024.pdf
18. ธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 26(4), 40-48.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

The development of a suicide prevention and surveillance model or self-aggression by the participation mechanism of network partners, Lamae District, Chumphon Province

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์[1] ฤทธี เพ็ชรนิล[2] วิษณุ อนิลบล[3]
Montipa Theptiamthat[1] Ritthi Petchnil[2] Wisanu Anilbon[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง อำเภอละแม จ.ชุมพร กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) ได้แก่ ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน แกนนำครอบครัว แกนนำผู้สูงอายุ ปราชญชาวบ้าน พระ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำเยาวชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ตามความสมัครใจ จำนวน 55 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non - Structured interview) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In – depth Interview) กับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และกลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด ซึ่งได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 100 และผู้ที่เข้าเกณฑ์ต้องรับการรักษาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน ในรอบ 1 ปี มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรง จำนวน 94 คน คิดเป็น 12.75 ต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 30 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยบุคลากรสุขภาพใช้แผนการดูแลรายบุคคล และติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี จากบุคลากรสุขภาพและ/หรือเครือข่ายชุมชน จนปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ. 2567 ลดลง เหลือ 3.40 ต่อแสนประชากร

คำสำคัญ: การป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This research is a participatory action research (PAR) with the objective of developing a model for prevention and monitoring of suicide or self-violence in Lamae District, Chumphon Province. The sample group was purposive selection, including representatives of government agencies, private sector representatives, network partners, community leaders, community leaders, family leaders, elder leaders, village wise men, monks, public health personnel, youth leaders, village public health volunteers, relatives of chronically ill patients, and stakeholders in monitoring and caring for psychiatric patients, depressed patients, and those at risk of suicide in the community of Lamae District, Chumphon Province, according to their willingness, totaling 55 people. Data were collected through non-structured interviews, observation, and in-depth interviews with relevant people in the community. Content analysis was used.

The results of the study found that the group of people with mental health problems, the group of chronically ill patients, and the group of alcoholics and drug addicts 100% of them were screened and monitored for suicide, and 3 people who met the criteria for treatment were referred to community hospitals. In 1 year, there

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม
[3] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลละแม

were 94 people who attempted suicide and committed violence, which is 12.75 per 100,000 population. All suicide attempters received at least 1 home visit within 30 days by health personnel using an individual care plan and continued follow-up for 1 year from health personnel and/or community networks until they were safe from suicide. The successful suicide rate in 2024 decreased to 3.40 per 100,000 population.

Keywords: Prevention and monitoring of suicide or self-violence, Participation of network partners

บทนำ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 มีทิศทางที่มุ่งให้เกิด ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ให้ความสำคัญกับกลุ่มคนที่เสียเปรียบหรือถูกละทิ้งในสังคม การคุ้มครองกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง รวมไปถึงการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคม กล่าวคือมีระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ทั้งด้านสุขภาพกาย จิต ปัญญาและสังคม กับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย[1] แต่ปัจจุบันคนส่วนมากดำเนินชีวิตภายใต้ความกดดัน ทำให้เกิดอาการเครียดสะสมโดยไม่รู้ตัว จนนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ได้ เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และบางครั้งความเครียดที่เกิดขึ้นอาจไม่สามารถรักษาให้หายได้[2] ด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันมีการแข่งขันสูง ต่างต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ จนไม่มีเวลาพูดคุยกับครอบครัว รวมถึงเทคโนโลยีอันทันสมัยทำให้เกิดความนิยมสื่อสารกันผ่านเทคโนโลยีมากกว่าคุยกันแบบเห็นหน้าตา ส่งเสริมให้เกิดความเครียดสะสมมากขึ้น โดยไม่มีทางระบายออก จนอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ในที่สุด[3] เหตุการณ์ฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นง่ายๆ ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมักจะมีความเปราะบาง มีความโน้มเอียงมีความเสี่ยงอยู่ก่อน แล้วประสบวิกฤติชีวิตที่ทำให้อับอายขายหน้า หรือ พ่ายแพ้ล้มเหลว ร่วมกับอับจนหนทางไม่มีทางออกในวิกฤตินั้น ความคิดฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้น[4]

ในช่วงที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 – 2565 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย มีอัตรา 6.32, 6.73, 7.37, 7.38 และ 7.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และจากข้อมูลในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ.2563 มีจำนวน 24,416 ราย ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 24,701 ราย และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดเป็น 28,748 ราย[5] ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ตุลาคม พ.ศ.2565 - กันยายน พ.ศ.2566) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร คือ เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง[4] และจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1.4 ล้านคนในปี พ.ศ.2558 เพิ่มเป็น 2.7 ล้านคนในปี พ.ศ.2563 เมื่อแยกผู้ป่วยตามประเภทโรค พบว่า จากปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 8 -10 เท่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองเพิ่มขึ้น 5 เท่า โรคจิตเวชอื่น ๆ เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า โรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า[2] ช่วง พ.ศ. 2560 - 2564 พบว่า อัตราจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและทำร้ายร่างกายตนเองในวัยเรียน และวัยทำงานตอนต้นหรือช่วงอายุ 15 – 34 ปี เพิ่มมากขึ้นกว่าวัยทำงานที่อายุเกิน 34 ปีขึ้นไป ถึง 4 เท่า โดยการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกลุ่มวัยเรียนอายุ 15 - 24 ปี ในปี พ.ศ.2563 มีการฆ่าตัวตายเสียชีวิตอยู่ที่ 428 คน และปี พ.ศ.2564 มีการฆ่าตัวตายเสียชีวิต 439 คน ส่วนในกลุ่มวัยทำงานตอนต้น อายุ 25 - 34 ปี พบว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ.2564 จำนวน 956 คน มากกว่า ปี พ.ศ.2563 จำนวน 896 คน[6] ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 91.1 อายุเฉลี่ย 43.95 +- 9.65 ปี 7 โดยเพศชายฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 4.60 เท่า[8] ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยกลางคน มีสถานะภาพโสด ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีโรคเรื้อรัง[9] มีพฤติกรรมการบริโภคสุราที่เพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยภาวะติดสุรา ร้อยละ 45.2 รองลงมา ได้แก่ ภาวะโรคจิตจากสุรา ร้อยละ 41.9 ความชุกของ

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรานั้น ร้อยละ 22.4 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.0 มีความพยามฆ่าตัวตาย[7] โดยอัตราการรับบริการ จำแนกตามเพศ เดือนมกราคม - ตุลาคม 2567 จากอัตราการตั้งใจทำร้ายตนเอง ชาย 8.77 หญิง 11.95 ต่อแสนประชากร[10] ปัจจัยการฆ่าตัวตาย ที่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด เช่น มะเร็ง โรคเอดส์ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ติดสุรา ยาเสพติด หรือมีประวัติในการเสพ และภาวะซึมเศร้า ป่วยโรคจิตเวชที่เข้าไม่ถึงบริการ และด้านเหตุการณ์กระตุ้นให้ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ มีปัญหาหึงหวง ผิดหวังความรัก รองลงมาคือปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด เหตุการณ์กระตุ้นส่วนใหญ่ คือน้อยใจมีพฤติกรรมดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ทำให้ขาดการยับยั้งชั่งใจ เกิดอารมณ์ชั่ววูบ ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจ อีกทั้งมีพฤติกรรมการดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด มีปัจจัยกระตุ้น คือ น้อยใจ ถูกดุด่า ถูกตำหนิ ขัดแย้งกับครอบครัว ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชอบดื่มสุรา พูดน้อย ไม่ปรึกษาใครเมื่อมีปัญหา ไม่เข้าสังคม จริงจังกับการดำเนินชีวิต คิดมาก ครอบครัวล้มเหลวในวัยเด็ก ชีวิตคู่ล้มเหลว ป่วยเรื้อรังทางกายที่ทุกข์ทรมาน และสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายมาก่อน[8,9]

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายพบว่ายังเกี่ยวข้องกับมิติด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่สังคมออนไลน์กำลังมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการลอกเลียนแบบการฆ่าตัวตาย (Copycat Suicide) รวมถึงวิถีชีวิตที่เป็นไปด้วยความรีบเร่ง โครงสร้างครอบครัว ปรับเป็นครอบครัวเดี่ยว และความสัมพันธ์ในครอบครัว ลดน้อยลง ทำให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียงต้องพึ่งผู้ดูแล และมีแนวโน้มผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไม่มีคนดูแล[6] ปัจจัยของการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตตามห้วงเวลา จากการติดตามวิเคราะห์ข้อมูลและสังเกตการฆ่าตัวตายในคนไทย พบว่า การฆ่าตัวตายในบุคคลแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ การที่บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป การมีสิ่งกระตุ้น (Trigger) หรือปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ให้คิดและกระทำฆ่าตัวตาย การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย หรือด่านกั้นล้มเหลว การเฝ้าระวังป้องกันล้มเหลว การที่บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่อ่อนแอ[11] ซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นการพยามฆ่าตัวตายซ้ำ และสูงเป็น 3 เท่าของผู้ที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนหน้า[7]

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุข และเป็นทีมสหสาขาสุขภาพจึงมีความสนใจดำเนินการสร้างมาตรการ โดยการพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง โดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพรขึ้น เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง อำเภอละแม จ.ชุมพร
2. เพื่อดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) โดยใช้แนวทางและกระบวนการการมีส่วนร่วม A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 Appreciation: การสำรวจ ศึกษาบริบทชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา การฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง และการแสวงหากิจกรรมและความรู้ ด้วยเทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ และความมีส่วนร่วมของชุมชนในการ

ป้องกันการฆ่าตัวตาย และจัดเวทีคืนข้อมูลปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา แก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง วางแผนและกำหนดแผนการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยสุขภาพจิตและผู้มีความเสี่ยง เพื่อการช่วยเหลือด้านสวัสดิการและสังคม

ขั้นตอนที่ 2 Influence: ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันในทีมวิจัยและสหวิชาชีพ รวมทั้งภาคีเครือข่ายและชุมชน โดยให้ความสำคัญกับข้อมูล ความคิดเห็นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ และการค้นหาปัจจัยสนับสนุน การทบทวนองค์ความรู้ การประเมินอาการทางจิต การประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด วิตกกังวล และทักษะการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยกรอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การติดตามผลการดำเนินงาน สร้างเครือข่ายและประชาสัมพันธ์ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 Control: ขั้นการประเมินผลการบูรณาการ รายละเอียดของรูปแบบ กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปประมวลผลลัพธ์ที่ได้ และสะท้อนผลการพัฒนา การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการเยี่ยมติดตามการดำเนินงาน การเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว กำหนดเป้าหมายการดูแล สรุปประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย รวบรวมผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ประเมินความพึงพอใจของญาติ ผู้ดูแลและชุมชน สรุปผลและคืนข้อมูลให้ชุมชน กำหนดแผนต่อเนื่องเพื่อความต่อเนื่อง ยั่งยืน และสุดท้ายคือการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ.2566 – เดือน ตุลาคม พ.ศ.2567

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทีมนักวิจัย ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน แกนนำครอบครัว แกนนำผู้สูงอายุ ปราชญชาวบ้าน พระ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำเยาวชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง จากการใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน แกนนำครอบครัว แกนนำผู้สูงอายุ ปราชญชาวบ้าน พระ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำเยาวชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ตามความสมัครใจ จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงประเมินความเป็นไปได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลจิตเวช นำไปใช้ในการวิจัยโดยวิธีการสำรวจ (Survey) สัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non -Structured interview) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In – depth Interview) กับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้ปกครอง นักเรียน ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเพื่อสำรวจบริบทชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลภาคสนามที่ได้ นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) ได้แก การตรวจสอบด้านข้อมูล และการตรวจสอบด้านผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ได้แก่ 1) รวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูล (Constant comparison) โดยตรวจสอบความ

สอดคล้องและถูกต้องของข้อมูล 2) การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) 3) ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำไปพร้อมๆ กัน ซึ่งทุกครั้งที่ได้ข้อมูลมาต้องจัดประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล สังเคราะห์ แปลความหมายและตีความข้อมูลที่ได้รวบรวมมาทุกครั้ง 4) ตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Credibility) ของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อตรวจสอบสาระที่ได้จากหลายๆ มุมมอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบจากภายนอก ด้วยวิธีการใช้แหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันมาวิเคราะห์เพื่อหาผลสรุป ความสอดคล้องของข้อมูลซึ่งใช้เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 38/2566 และใช้เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

<u>ส่วนที่ 1</u> โดยการทบทวนสถานการณ์ชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และร่วมกันกำหนดอนาคตหรือแนวทางที่จะพัฒนาร่วมกันในอนาคตตามสภาพที่ต้องการ โดยมุ่งเน้นการแสดงความคิดเห็นระหว่างกันอย่างให้เกียรติและเท่าเทียม ไม่ครอบงำความคิดระหว่างกัน ซึ่งได้ผลสรุปคือ พื้นที่อำเภอละแม จังหวัดชุมพร มีประชากรทั้งหมด 25,100 คน เป็นชุมชนที่มีความหลากหลายทางด้านประเพณีวัฒนธรรม มีความรักใคร่ สามัคคี รักษาประเพณีอันดีงามสืบทอดกันมา เช่น ประเพณีการทำบุญรับ - ส่งตายาย การแข่งเรือยาว ประเพณีสงกรานต์ เป็นต้น ประชากรมีความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนา ส่วนปัญหาในพื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นปัญหาโรคอุบัติใหม่ พบปัญหาด้านผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมน้อย และปัจจุบันมีสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปจากที่ครอบครัวใหญ่ อยู่ร่วมกันทั้ง พ่อ แม่ ลูกหลาน ปู่ ย่า ตา และยาย กลายเป็นครอบครัวขนาดเล็ก และมีผู้สูงอายุอยู่กันสองคนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพังสามีภรรยา หรือบางครอบครัวมีหลานอยู่ด้วย และพบว่าในชุมชนมีจุดแข็งคือ มีผู้นำชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ทำงานเป็นทีมและเป็นที่รักของคนในชุมชนนั้น ๆ และเมื่อให้ประชาชนร่วมกันเลือกอนาคตที่อยากเห็นในชุมชน สรุปได้ว่าส่วนใหญ่อยากให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มากที่สุด โดยด้านสุขภาพทางกายอยากให้สามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้น ด้านสังคมอยากให้มีกิจกรรมที่พบปะและทำกิจกรรมเกี่ยวกับนันทนาการร่วมกัน ด้านอารมณ์และจิตใจ และสามารถปฏิบัติกิจด้านศาสนาได้ตลอดจนการมีความรอบรู้ด้านการบริโภคที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ในด้านการฆ่าตัวตาย พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสังคมอย่างมาก พื้นที่อำเภอละแมมีปัจจัยของการฆ่าตัวตายและการทำรุนแรงต่อตนเอง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านกับครอบครัว ซึ่งได้แก่ ภรรยา สามี บุตร หลาน และมีส่วนน้อยที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียว เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต เจ็บป่วยทางร่างกายและเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ครอบครัวขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ขาดการเฝ้าระวังและไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัวได้ รวมทั้งประชาชนในชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหา และในส่วนข้อมูลการฆ่าตัวตายจากบุคลากรสุขภาพ พบว่า กิจกรรม

ส่วนใหญ่เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการส่งต่อให้ได้รับการรักษา ส่วนกิจกรรมในการป้องกันการฆ่าตัวตายดำเนินการยังไม่ครอบคลุม ซึ่งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ บุคลากรเปลี่ยนบทบาทหน้าที่รับผิดชอบบ่อย และขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลและให้คำปรึกษา การขาดการส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ รวมถึงชุมชนขาดความตระหนักในปัญหาและไม่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และขาดการติดตามส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ที่พัฒนาขึ้นตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ดังนี้คือ การวิจัยนี้พัฒนารูปแบบ

ภายใต้แนวคิดกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน และแนวคิดการรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองมีความสำคัญ มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ประชาชนในอำเภอละแม โดยเฉพาะแกนนำชุมชนเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ มีการร่วมมือรวมพลัง โดยการแสวงหาความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ ในชุมชน ดังจะเห็นได้จากการร่วมกิจกรรม การทบทวนสถานการณ์ชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และอนาคตที่อยากเห็นในชุมชน มีการแบ่งตามบทบาทการดำเนินงานที่ประกอบด้วย การกำหนดกลยุทธ์มาตรการทางสังคม การสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ทางสังคม การสอดส่องดูแล การคัดกรอง การบำบัดรักษา การกำกับติดตามการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง นำไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายของสมาชิกในชุมชน โดยใช้วิธีการที่หลากหลายและครอบคลุม ซึ่งมีข้อสรุปดังนี้

1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหสาขาตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิต โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายและชุมชน โดยรูปแบบที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งได้แก่ การสื่อสารทางโทรศัพท์ ทางแอฟลิเคชั่น ซึ่งเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว แบบไม่เป็นทางการ และรักษาเป็นความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ การให้คำปรึกษา การเตรียมชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การใช้แผนการดูแลเฉพาะราย และการบำบัดรักษา

2. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นักบริบาล และผู้นำศาสนา เพื่อให้มีความรอบรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง การประเมินสัญญาณเตือน และคัดกรองความเสี่ยง การระบุกลุ่มเสี่ยง และให้คำปรึกษากลุ่มเสี่ยง

3. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มเยาวชน ชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และเครือข่ายครอบครัวเข้มแข็ง ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ ธนาคาร ร้านค้ามีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เครือข่ายภาครัฐ ได้แก่ ฝ่ายปกครอง โรงเรียน ตำรวจ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และร่วมมือในการสอดส่องดูแลความปลอดภัยในชุมชน การร่วมจัดทำแผนสุขภาพชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และส่งเสริมสัมพันธภาพในชุมชน สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยผ่านการอบรมและการสร้างเครือข่ายของชุมชนเพื่อให้สามารถติดตามและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที

4. เปิดบริการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตวิทยาโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง ผ่านการรับบริการในสถานพยาบาล รวมทั้งสายด่วนและแอฟลิเคชั่นสำเร็จรูป

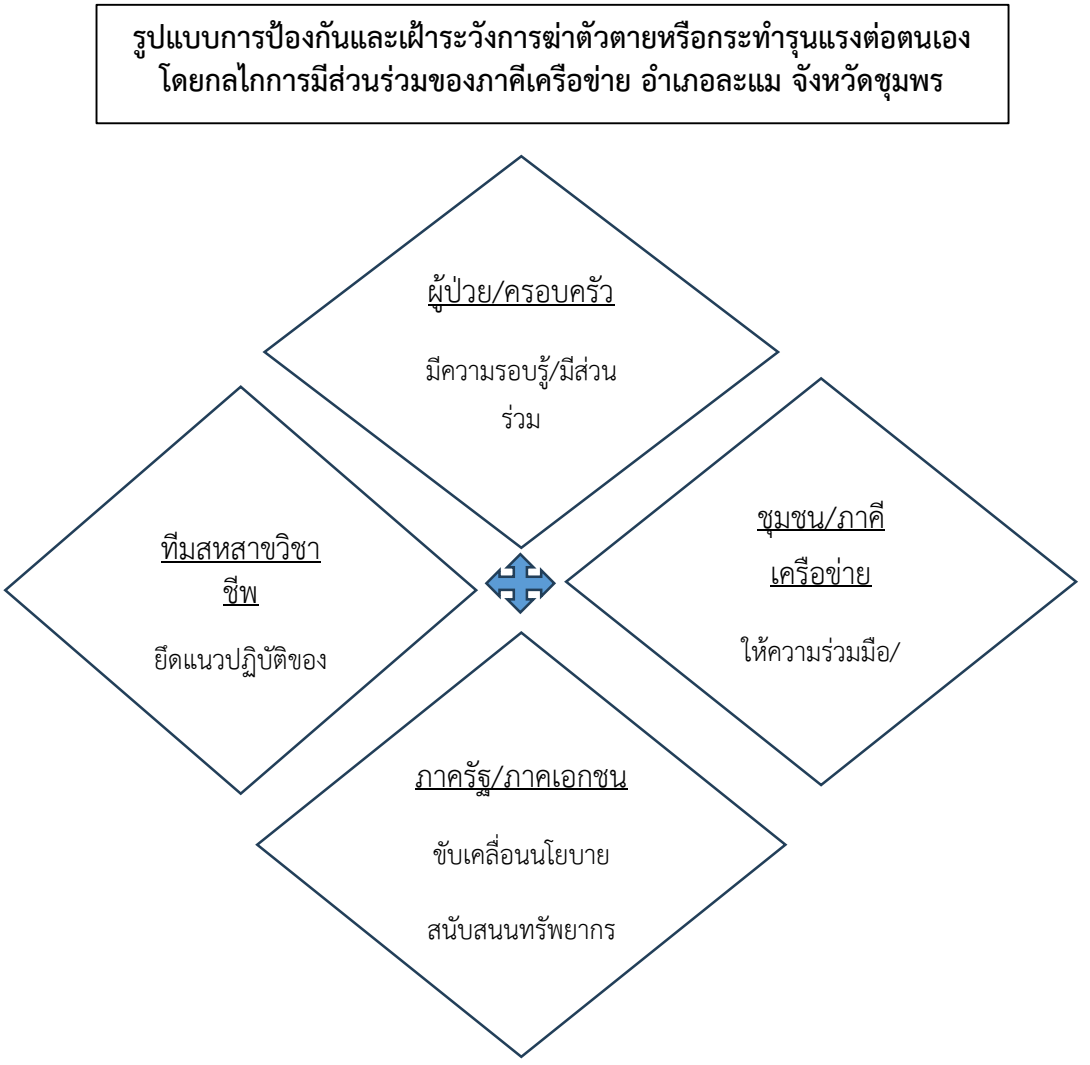
5. การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การดูแลตนเองและการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว รวมทั้งการส่งเสริม การสื่อสารและสัมพันธภาพในครอบครัว โดยครอบครัว ญาติหรือผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมที่สำคัญในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง

6. การพัฒนาแผนการเฝ้าระวังในโรงเรียนและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสร้างความตระหนักให้แกนนำนักเรียนเกี่ยวกับการป้องกัน

การฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยระบุและช่วยเหลือนักเรียนที่มีความเสี่ยง

7. การใช้ข้อมูลทางสถิติในการวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายตามบริบทชุมชน และการสร้างแผนการช่วยเหลือฉุกเฉินสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

8. การใช้สื่อสาธารณะในการเฝ้าระวังและป้องกัน มุ่งเน้นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเฝ้าระวัง เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ระบบออนไลน์ สื่อสาธารณะ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แจกจ่ายสื่อการเรียนรู้ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดรูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

ส่วนที่ 2 การดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในชุมชน โดยประชาชนร่วมกันกำหนดแนวทางความสำเร็จในรูปแบบของกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน และการร่วมกันคัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดเพื่อที่จะดำเนินการ การร่วมกันจัดลำดับ

กิจกรรม เพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมใดควรดำเนินการก่อนหลัง ได้ผลสรุป คือ สามารถกำหนดการพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้หลักการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ในรูปแบบกิจกรรมพัฒนาชีวิต ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล การสนับสนุน และการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต และการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวัง ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เครือข่ายมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านการระบุความเสี่ยงของประชาชนในชุมชน ซึ่งได้กรอบแนวคิด 4 องค์ประกอบสำคัญ ดังภาพประกอบ 1

ผลการดำเนินการวิจัย พบว่า การดูแลจากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และกลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด ซึ่งได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 100 และผู้ที่เข้าเกณฑ์ต้องรับการรักษาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน พบผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในรอบ 1 ปี มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรง จำนวน 94 คน คิดเป็น 12.75 ต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 30 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยบุคลากรสุขภาพใช้แผนการดูแลรายบุคคล และติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี จากบุคลากรสุขภาพและ/หรือเครือข่ายชุมชน จนปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ.2567 ลดลง เหลือ 3.40 ต่อแสนประชากร ซึ่งพบว่ามีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ฆ่าตัวตายไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด ด้วยอยู่ลำพังตัวคนเดียวจึงทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที

สรุปและอภิปรายผล

จากปัญหาเดิมที่พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มากกว่าการดำเนินกิจกรรมในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนอย่างเป็นระบบ รวมถึงชุมชนขาดความตระหนักในปัญหาและไม่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอละแม จังหวัดชุมพร จึงบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ นับเป็นโครงการที่มีประโยชน์ สร้างคุณค่า มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเองในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการใช้แนวทาง PAR และ A-I-C มีส่วนสำคัญในการสร้างความยั่งยืนของการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษา ที่เสนอว่าการที่ผู้ฆ่าตัวตายมีปัจจัยร่วมหลายอย่าง การแก้ไขต้องใช้วิธีการหลากหลายแบบบูรณาการ ที่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และควรสร้างเครือข่ายในการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน[8] ดังนั้นควรมีการคัดกรอง ส่งต่อบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตายผู้ติดสารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกต่างๆ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ ความรัก ความอบอุ่นภายในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่ดีที่จะช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจไม่ให้ทำร้ายตนเองและชุมชน สังคมควรมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมให้ผู้มีสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตายได้เข้าถึงระบบบริการเพื่อความปลอดภัยและได้รับบริการการรักษาที่เหมาะสม[9] การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายไม่ว่ารายบุคคลหรือรายจังหวัดจึงไม่มีสูตรสำเร็จที่ได้ผลที่สุดเนื่องจากเหตุปัจจัยแปรเปลี่ยนไปตามเวลา ยุคสมัย และในแต่ละรายบุคคล แนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบันคือ รวบรวมข้อมูลเรื่องราวที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายของแต่ละเหตุการณ์ด้วย suicide investigation[11] โดยสอดคล้องกับการศึกษาการนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม AIC มาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตโดย

ประยุกต์เปลี่ยนแปลงในรายละเอียดทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นร่วมกันมากขึ้น นำมาสู่การร่วมกำหนดหารูปแบบและหาแนวทางในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ดี รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดตั้งเป็นทีมเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ ให้ผู้ป่วยสุขภาพจิตเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาระบบ โดยสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและชุมชน[12] และการรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังชุมชน การกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล คุณภาพของรูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมาก หลังการใช้รูปแบบประชาชนมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รพ.สต. ทุกแห่งประสบความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตาย อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นจาก 12.22 เป็น 12.75 ต่อแสนประชากร ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก 8.86 เป็น 7.59 ต่อแสนประชากร รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาการรู้เท่าทันในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ ควรศึกษากลยุทธ์อื่นมาเสริมสร้างรูปแบบเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น[13] ส่วนการศึกษาที่ใกล้เคียง ได้แก่ การส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตและความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิตเมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักสูงสุดในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตความรู้เกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตและอาการของผู้ที่มีปัญหาทางจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในคนไทย เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญและสามารถพัฒนาได้โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและสามารถป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้ การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป[14] และมีข้อเสนอว่าครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมที่สำคัญในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือพยามฆ่าตัวตาย และมีทักษะสำหรับให้การช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมกับหน่วยงานสังกัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ร่วมกันยกระดับศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนให้เป็นศูนย์กลางการจัดกิจกรรมครอบครัว เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดี ลดช่องว่างระหว่างสมาชิกในครอบครัว สร้างเกราะป้องกันให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและสมาชิกในครอบครัวมีความสุข[4] โดยผู้ปกครอง ครู หน่วยงานด้านสุขภาพจิต ตลอดจนหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ควรมุ่งส่งเสริมให้คนในความดูแลของตนเองมีทักษะการฟื้นสภาพอย่างเข้มแข็ง ตลอดจนการพัฒนาจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อสร้างความมั่นใจในการแก้ไขและควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น การมีมุมมองต่างๆในทางสร้างสรรค์ แทนที่จะเป็นทางแห่งปัญหาหรืออุปสรรค กระทั่งการชี้ให้เห็นด้านดีของความเครียดในระดับที่เหมาะสม ที่จะทำให้คนพยายามแก้ปัญหานำไปสู่การพัฒนาและหนทางแห่งความเจริญ รวมทั้งการปลูกฝังกรอบแนวคิดแบบเติบโตเพื่อรับมือกับความเครียด ที่มาในรูปแบบและระดับต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้[1] ผลการวิจัยนี้สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของกระบวนการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและชุมชน แต่ควรมีการแสวงหาเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมในการดูแลชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่กระทบในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.). สุขภาพคนไทย 2567: ความเครียดภัยเงียบของสังคมไทย. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2024/04/601-Thaihealth-report-2567-edit20240509.pdf
2. คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย. เกิดความเครียดจนป่วยเพิ่ม. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=294
3. โกวิทย์ นพพร. Mental Health ความเครียดสะสม เสี่ยงฆ่าตัวตาย. 2561. เข้าถึงได้จาก: https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%94%E0%B8%AA%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%A1
4. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ. ปัญหาการฆ่าตัวตายเรื่องร้ายของคนไม่มีทางออก. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://olderlampang.dop.go.th/download/knowledge/th1716530839-132_0.pdf
5. ธรฐินทร์ กองสุข. TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2567; 39(2).
6. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://suicide.dmh.go.th/report/
7. จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนากานต์ เจนใจ, ชิดชนก เรือนก้อน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559; 10(2): 137–151.
8. โฆษิต กัลยา, หยกฟ้า เพ็งเลีย, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา. การศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของประชาชน เขตสุขภาพที่ 2. 2561. เข้าถึงได้จาก: https://www.mhc2.go.th/newweb/files/docs/Research005.pdf
9. นุษณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ. การศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563; 16(3): 23–30.
10. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต. อัตราการรับบริการต่อแสนประชากรของสตรีที่ตั้งใจทำร้ายตนเองและถูกทำร้าย ม.ค.-ต.ค. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/files/original/720b251d0ae481853cbc0594683b599e.png
11. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565. 2565.เข้าถึงได้จาก: https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=78
12. จงรักษ์ ใจจันทร์, เสด็จ ทะลือ, สุภาวดี จันทร์อินทร์, ศิริพร กุณา, จันทร์เพ็ญ คำอุ่น, เอกรินทร์ โนจิต. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่ายนาไลย อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(ฉบับเพิ่มเติม 1): s76–87.
13. นงคราญ คชรักษา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทย์นาวี. 2563; 47(2): 446–463.
14. ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิริอร พัวศิริ, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, ประภาศรี ทุ่งมีผล, วินัย รอบคอบ. การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2561; 10(2): 97–109.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

The Development of care model for elderly people with Sufficient Care for Dementia Program in Primary Health Care, Namphong District, Khon Kaen Province.

(Received: December 11,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

ดังการ พลลาภ[1], ศิราณี ศรีหาภาค[2], ประครอง ขันบำรุง[3]
Dangkan Ponlap[1], Siranee Sihapark[2], Prakrong Khunbamrung[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ(Sufficient Care for Dementia : SCD) ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างในระยะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 350 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 กลุ่ม 2 ในระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 33 คน และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 32 คน ในช่วงเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน ส.ค. 2565 – ก.ค. 2566 แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired T-Test และ Mac Nemar Test

ผลการศึกษาพบว่า 1. การคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนพบมีผู้สูงอายุที่มีสงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 16.8 และพบปัญหาพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 60.0 2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว พบว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ การออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอภายใต้โปรแกรมการดูแลระยะยาว การพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอโดยคณะอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบเพียงพอในชุมชน และ การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ 3. ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว หลังวิจัย 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง ($P=0.048$) ด้านผู้ดูแลพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และความพึงพอใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$)

คำสำคัญ : การดูแลภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ, สมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This Research and Development aimed to develop a care model of long term care system by using The Sufficient Care for elderly people with dementia in Primary Health Service, Namphong District, Khon Kaen Province. The sample group 350 elderly who aged 60 and above, were screened for dementia in communities. Also, participants 33 elderly and 32 family caregivers who were classified as dependency groups 1 and 2 in the long-term care system, were provided the Sufficient Care for Dementia program that

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก corresponding author
[3] เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดน้ำใส

conducted over 12 sessions within 12 weeks and consisted of 24 weeks. The study's follow-up was performed between August 2022 and July 2023. Descriptive statistics were used, and compared the results by Paired T-Test and Mac Nemar Test.

The results followed by; 1. The screening revealed that 60.0% of the elderly had short-term memory and cognition issues, and 16.8% of them had probable dementia. 2. The process of developing of the Sufficient Care for Dementia program (SCD) in the long-term care system involved five steps such as developing the potential of the caregiver, creating a care plan for the SCD program in the long-term care system, proposing a plan for the SCD program by the Long-Term Care Fund committee, providing SCD care services in community, and evaluating the program's results. 3. The outcomes of the SCD program in the long-term care system after 12 weeks and 24 weeks found that the BPSD in for the elderly with dementia were significantly decreased ($P < 0.001$). The average dementia score (TMSE) was significantly improved ($P < 0.001$). Additionally, there was a substantial decrease significantly ($P = 0.048$). Regarding caregivers, it was shown that the burden of caregivers was significantly reduced ($P < 0.001$). And their satisfaction was significantly increased ($P = 0.002$).

Keywords: Sufficient Care for Dementia Care, Dementia, Elderly

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่รุนแรงมากขึ้นทั้งระดับโลกและในสังคมไทย ส่งผลต่อสุขภาพ การใช้ชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครอบครัวและประเทศชาติ[1] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น[2] จากข้อมูลองค์กรอนามัยโลก ปี ค.ศ.2015 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก 47.47 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มสูงถึง 75 ล้านคน ในปี 2030[3] ถือเป็นการเพิ่มอย่างทวีคูณ [4]

สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2557 พบความชุกร้อยละ 8.1[5] ซึ่งจะมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีกใน 20 ปีข้างหน้า และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเพิ่ม เป็น 1.3 ล้านคน การป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน[6] โดยเฉพาะจังหวัดขอนแก่น มีประชากรผู้สูงอายุ มากเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 21.90 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจากการประมาณการดัชนีการสูงวัย พบว่า ในปี 2563 จังหวัดขอนแก่น จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Completed aged Society)[7]และในปี พ.ศ.2563 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 9.29[8] โดยอำเภอน้ำพองซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัด พบความชุกภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 10.8[9] และพบความชุกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนรับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 19.4 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[10]

ภายใต้สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ของจังหวัดขอนแก่น ภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลระยะยาวจึงเป็นสิ่งที่มีจำเป็นต่อการพัฒนาเพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะยาวก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล[8] อีกทั้งเป็นสาเหตุที่ต้องลาออกจากงาน พบร้อยละ 11 และทำให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล[11] นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้าใจภาวะสมองเสื่อมอย่างจำกัด การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นเพียงการ “เฝ้าดู” และดูแลแต่ด้านร่างกายเท่านั้น[13] องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแผนปฏิบัติการดูแลโรคสมองเสื่อมโลก โดยเป้าหมาย 2 ใน 7 เป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ การวินิจฉัย การรักษา การดูแล การประคับประคอง เป็นบทบาทสำคัญของหน่วยบริการทางสาธารณสุข และ การ

ดูแลผู้ให้การดูแล เพื่อลดผลกระทบเรื่องความเครียด การสนับสนุนทรัพยากรดูแล[13] อย่างไรก็ตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นและจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบสุขภาพของประเทศไทยยังคงเป็นช่องว่างของการดูแลทั้งรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม และข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของบุคลากร[11,1]

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว โดยโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia Program : SCD)[14]เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ทำให้ลดปัญหาและผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว
ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาวของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นมีช่วงระยะเวลาศึกษา จากเดือนสิงหาคม 2565 - กรกฎาคม 2566 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย

1. อบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ IQCODE และ NPI-Q ให้ผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 50 คน

2. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยในชุมชน โดยผู้ดูแลในชุมชน

3. การประเมินภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่มีผลบวกจากแบบคัดกรอง IQCODE และ NPI-Q โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM)

4. ตรวจประเมินเพื่อยืนยันภาวะสมองเสื่อม โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รพ.สต. ในกรณีประเมินภาวะสมองเสื่อมผิดปกติ

ระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ประกอบด้วย

1. การพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ พร้อมกับเอกสารคู่มือการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สำหรับผู้ดูแลในชุมชน (CG) จำนวน 11 คน และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM)

2. ออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคลในโปรแกรมระบบการดูแลระยะยาว (SCD) จำนวน 33 แผนการดูแล

3. เสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคล (Care plan) ต่อคณะอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC)

4. จัดบริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) ประกอบ 12 กิจกรรมหลัก ในระยะเวลา 12 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว (LTC) หลังดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ โดยการประเมินผลลัพธ์การดูแลจากผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

พื้นที่การวิจัยและประชากรกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่การวิจัยนี้ คือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ประชากรกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่วิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการศึกษา 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion) คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตพื้นที่วิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion) คือ ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคด้านจิตเวช และ ภาวะซึมเศร้า

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากโปรแกรม G*power โดยใช้โปรแกรม G*power รุ่น 3.1 จากผลการศึกษาของ วิชัย เอกพลากร และคณะ (2557)5 จากผลความชุกของภาวะสมองเสื่อม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 268 คน โดยกำหนด Design effect 30% ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 มีจำนวน 350 คน

ระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) ในระบบ LTC และ ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) ในระบบการดูแลระยะยาว (LTC)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบดูแลระยะยาว (LTC) กลุ่ม1 และ กลุ่ม 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่คาดว่ามีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลของพื้นที่วิจัย 2) มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่วิจัยในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 3) ผ่านการยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion) 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง กลุ่มที่ 3 และ กลุ่มที่ 4 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคด้านจิตเวชและภาวะซึมเศร้า

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากโปรแกรม G*power รุ่น 3.1 จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม ปีพ.ศ.2565 ในจังหวัดขอนแก่น15 จากผล NPI-Q โดยคำนวณขนาดตัวอย่างทางประชากรครั้งนี้ กำหนดอำนาจในการทำนายร้อยละ 80.0 ที่ระดับอัลฟ่า .05 เพื่อให้มีอำนาจในการทำนายเพียงพอ ขนาดกลุ่มเป้าหมายที่จะรับสมัครอย่างน้อย 24 คู่ (ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัว)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ของโครงการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม
สูงอายุ (PRISM)[14] มีรายละเอียดดังนี้

แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ (IQCODE) ใช้สอบถามผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กับความเป็นอยู่ในตอนนี้ มี 16 ข้อ คำตอบ 5 ตัวเลือก คือ ดีขึ้นมาก ดีขึ้นเล็กน้อย ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลงเล็กน้อย แย่ลงมาก กรณีผลบวก คือมีคะแนนเฉลี่ย ≥3.47 หมายถึง เป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อม[16]

แบบประเมินพฤติกรรมและความผิดปกติทางจิตใจ (NPI-Q) ใช้ประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุจากผู้ดูแล โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อที่มีพฤติกรรมให้ตอบว่า มี หรือ ไม่มี จำนวน 12 ข้อ การแปลผลถ้ามีเพียง 1 พฤติกรรมก็ถือว่าเข้าเกณฑ์มีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ[17]

แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ใช้ทดสอบสภาพสมอง เพื่อประเมินระดับการรับรู้ความทรง
จำ สมาธิ การคิดคำนวณในใจ ภาษา และความจำระยะสั้น ประกอบด้วย 6 ข้อ รวมทั้งหมด 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลใช้จุดตัดคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม[18]

แบบประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Barthel ADL Index ADL) ประเมินโดยใช้ดัชนี Barthel 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนนสำหรับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีจุดตัดคะแนนการพึ่งพิงระยะยาว คือคะแนน น้อยกว่า 12 คะแนน เครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.84[19]

แบบประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS) สอบถามผู้ดูแล เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผล คะแนนจุดตัด 7 หมายถึง สงสัยมีภาวะซึมเศร้า[20,21]

แบบประเมินพฤติกรรมและความผิดปกติทางจิตใจ (NPI-Q) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่มีปัญหา ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อที่มีพฤติกรรมให้ตอบว่า มี หรือ ไม่มีอาการ ซึ่งในข้อที่ตอบถูก ให้ระบุระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ซึ่งมี 3 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และระบุความทุกข์ที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มี 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีเล็กน้อย–มีปานกลาง มีรุนแรง และมีรุนแรงมาก[22]

แบบประเมินภาระการดูแล (ZBI) ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล Zarit ฉบับ 12 ข้อ **(ZBI-12)** ซึ่งได้รับการตรวจสอบความถูกต้องในประชากรไทย[23] โดยประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งแบ่งความรู้สึกออกเป็น 5 ระดับ ให้เลือกตอบ คือ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้งเป็นบางครั้ง ค่อยข้างบ่อย หรือเกือบจะเป็นประจำ จุดตัดคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง รู้สึกเป็นภาระ

แบบประเมินคุณภาพชีวิต (QoL) วัดโดยใช้แบบวัด QoL-AD สำหรับผู้ดูแล มีคะแนนระหว่าง 13-52 คะแนน คะแนนมากขึ้น แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องในประชากรไทย[24]

แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม SCD มีจำนวน 8 ข้อ ระดับความพึงพอใจ มี 5 ระดับ คะแนน 1 พึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง คะแนน 5 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด[14]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือภายใต้โครงการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ (PRISM) ซึ่งถูกคัดเลือกและตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญของประเทศไทย ร่วมกับประเทศสหรัฐอเมริกา[14]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์และนำเสนอผลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยหรือ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการวิจัย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (ADL) ภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมผู้สูงอายุสมองเสื่อม และคะแนนภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้าคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ของผู้ดูแลในครอบครัว วิเคราะห์เชิงอ้างอิงด้วย Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB- BCNKK-5-2022 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน จากการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 350 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.1 อายุเฉลี่ย 73.9 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 87.7 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 55.1 จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว 2-5 คน ร้อยละ 66 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 75.4 ไม่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วย ร้อยละ 5.4 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.9 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ30.3 ผลการประเมินเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (IQCODE) พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 23.7 มีปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (NPI-Q) ร้อยละ 60.0 และพบผลบวก 2 ด้าน ร้อยละ 16.8

2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน และการสำรวจผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว เพื่อนำมาสู่กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สำหรับผู้ดูแลในชุมชน (CG) และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

2) ออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคล ในระบบดูแลระยะยาว (LTC) โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ แล้วนำมากำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมการดูแลตามโปรแกรมการดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) 12 กิจกรรม

3) เสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคล ต่อคณะอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) เพื่ออนุมัติการนำใช้แผนการดูแล

4) จัดบริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบเพียงพอ โดยการเยี่ยมบ้านของทีมผู้ดูแลในชุมชน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมรายบุคคล จำนวน 12 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดูแลต่อเนื่องจนครบ 24 สัปดาห์

5) ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว (LTC) โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ(CM) และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว หลังได้รับการดูแลในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 สัปดาห์

3. ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว (LTC)

3.1 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในการดูแลระยะยาว (LTC)

จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว กลุ่ม 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.8 อายุเฉลี่ย 78.2 ปี สถานภาพหม้ายร้อยละ 66.6 จบประถมศึกษา ร้อยละ87.9 เป็นครอบครัวเดี่ยว (2–4 คน) ร้อยละ 51.5 อยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 3 มีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 39.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 มีอายุเฉลี่ย 53.7 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ65.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อย

ละ 59.4 ความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 59.4 ภาวะสุขภาพ พบว่า มีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.4 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.1

3.2 ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว

หลังดำเนินการวิจัยในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ พบว่าคะแนนภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ก่อนการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ย 16.82 หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ พบมีคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นเป็น 19.42 และ 20.00 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะสมองเสื่อมพบว่าหลังการวิจัยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ (NPI-Q) ก่อนการวิจัยพบว่ามีจำนวนพฤติกรรมเฉลี่ย 1.48 พฤติกรรม หลังการดูแล 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์ พบมีคะแนนเฉลี่ยจำนวนพฤติกรรมลดลงเหลือ 0.36 และ 0.15 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบจำนวนพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ พบว่าหลังการวิจัยจำนวนพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนภาวะซึมเศร้า พบว่าก่อนการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ย 4.21 หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ มีคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีขึ้นเป็น 3.94 และ 3.45 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าหลังการวิจัยพบว่าคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.048$) อย่างไรก็ตามพบว่าความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุก่อนการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 15 คะแนน หลังการดูแล 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 17 คะแนน และ 16 คะแนนตามลำดับ ซึ่งผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพบว่าก่อนและหลังการวิจัยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับจำนวนวันนอนบนเตียง และจำนวนการหกล้มไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านผลลัพธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ย 0.83หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลงเป็น 0.73 และ 0.16 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบภาระการดูแลหลังการวิจัยพบว่าคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้พบว่าความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอของผู้ดูแลก่อนการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ย 4.20 หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยลดลง เป็น 4.18 และ 24 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 4.47 และผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจการวิจัยก่อนการวิจัยและหลังวิจัย 24 สัปดาห์พบว่าคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.002$) อย่างไรก็ตามพบว่าภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลก่อนและหลังการวิจัย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้สูงอายุสมองเสื่อม และผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแล (SCD) 3 เดือนและ 6 เดือน

การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก	Baseline (n=33) mean (SD)	3 month (n=33)			6 month (n=33)		
		Mean (SD)	t	P- value	mean (SD)	t	P- value
ผู้สูงอายุสมองเสื่อม							
1. ภาวะสมองเสื่อม (TMSE)	16.82 (7.45)	19.42 (7.24)	4.24	<0.001*	20 (7.7)	5.45	<0.001*

2. จำนวนพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ (NPI-Q)	1.48 (1.56)	0.36 (0.78)	-2.23	0.03*	0.15 (0.44)	-5.06	<0.001*
3. ภาวะซึมเศร้า (GDS)	4.21 (2.27)	3.94 (1.99)	0.7	0.48	3.45 (1.82)	1.97	0.048*
4. ความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (ADL)	15 (3.8)	17 (3.9)	1.5	0.12	16 (5.05)	1.55	0.53
5. จำนวนวันนอนบนเตียง	0 (0)	0.03 (0.17)	1.00	0.32	0 (0)	1.00	0.325
6. จำนวนครั้งการหกล้ม	0.06 (0.24)	0.06 (0.24)	1.00	0.16	0.03 (0.17)	1.00	0..325
ผู้ดูแลในครอบครัว							
1. ภาระการดูแล	0.83 (0.46)	0.73 (0.35)	-9.32	<0.001*	0.16 (0.24)	11.01	<0.001*
2. ภาวะซึมเศร้า	0.17 (0.25)	0.18 (0.25)	1.43	-1.44	0.16 (0.24)	0.81	0.429
3. คุณภาพชีวิต	2.77 (050)	2.77 (0.48)	1.02	0.32	2.79 (0.50)	1.88	0.07*
4. ความพึงพอใจ	4.20 (0.51)	4.18 (0.55)	3.56	0.001*	4.47 (0.61)	3.30	0.002*

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ความชุกความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยเครื่องมือ IQCODE และ NPI-Q พบว่าผู้สูงอายุมีสงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 16.8 ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาในปีพ.ศ.2562 ในพื้นที่เขตสุขภาพเดียวกันด้วยเครื่องมือ IQCODE ชนิดเดียว พบความชุกความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.44 (95 % CI 5.4 – 7.7)[25] ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างการจำนวนเครื่องมือที่ใช้ และความแตกต่างทางด้านประชากรของจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของประเทศ[26] จึงอาจส่งผลให้ความชุกของความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มสูงขึ้น

2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว

พบว่ากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว 5 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ การออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคล ในระบบดูแลระยะยาว เสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอต่อคณะอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว จัดบริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบเพียงพอ และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในระบบการดูแลระยะยาวเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับกระบวนการดูแลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะยาว [27]ซึ่งทำให้การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมภายใต้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สามารถบันทึกได้สอดคล้องในโปรแกรมระบบการดูแลระยะยาวทุกประเด็นได้ ทำให้การปฏิบัติงานของผู้จัดการดูแลไม่ซ้ำซ้อน และมีความสะดวกในการจัดทำแผนรายบุคคล รวมทั้งมี

ความจำเพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเป็นการดูแลแบบทั่วไป ไม่มีมาตรฐานเฉพาะโรค[25] นอกจากนี้พบว่าการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดการเข้าถึงและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่ จำนวน 3 คน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม[25]

3. การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว

หลังการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม เช่นเดียวกับพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<0.001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอประกอบด้วยกิจกรรมส่วนหนึ่งที่พัฒนาจากโปรแกรม RDADซึ่งเป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลายองค์ประกอบ ที่พบว่ากิจกรรมที่มีหลายองค์ประกอบจะสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลภาวะสมองเสื่อม[28] นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้พบว่าโปรแกรมกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.048) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมสร้างสุขในโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุทุกสัปดาห์เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอดิเรก หรือ กิจกรรมที่ชื่นชอบ เพื่อคงความสามารถในการดำรงกิจกรรมและช่วยลดพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ ส่วนความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมประจำวันดีขึ้น[29] ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันทำได้ยากและต้องใช้ระยะเวลา

ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลในครอบครัวจากการวิจัยนี้ พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<0.001) หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว[30] และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p 0.07) หลังการวิจัย 24 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านพบว่าหลังผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับความรู้ภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม การสนับสนุนการดูแลตนเอง การจัดการความเครียดหรือความเศร้า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น[31] ในด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอเป็นโปรแกรมที่กำหนดการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวอย่างชัดเจน จึงมีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของโปรแกรม และทำให้หลังการวิจัย 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<0.002)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุทุกรายเพื่อให้เข้าถึงระบบการรักษาภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมจากระดับปฐมภูมิและเชื่อมต่อระดับทุติยภูมิ

2. ขยายผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) ในการดูแลกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

3. ขยายผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) สู่การจัดระบบบริการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสนับสนุนการดูแลในระดับครัวเรือน และเกิดการเข้าถึงบริการทางสวัสดิการสังคม

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7: การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกุดน้ำใส และความร่วมมือของผู้ดูแลในชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุทุกท่าน ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และธนวรรณ สารรัมย์. (2566). ภาวะสมองเสื่อม: จากการวิจัยสู่การดูแลให้ได้ผลลัพธ์.กรุงเทพฯ: พีเอ็นเอส ครีเอชั่น.

2. Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., & Ganguli, M. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. Lancet, 366(9503), 2112- 2117.

3.Alzheimer's Disease International. (2013). Policy brief for G8 head to government: The global impact of dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International.

4. เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ. (2564). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(2), 193-203.

5.วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

6.บรรลุ ศิริพานิช. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

7.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564. ม.ป.ท.

8.ศิราณี ศรีหาภาค, วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒนี ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู, ทิพวรรณทับซ้าย. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบ การดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):44-62.

9.วิลาสิณี สุราวรรณ์. (2560). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมอเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น,10(2),58-69.

10.นฤบดินทร์ รอดปั้น และคณะ. (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18(2), 459-472.

11. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, & คณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

12.จิรานันท์ สุริยะ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และวราภรณ์ บุญเชียง. (2562). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร, 46(22), 47-58.

13.World Health Organization. (2017, February 27). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. https://www.who.int/https://publications/i/ item/global-action- plan-on-the public-health-response-to-dementia-2017-2025.

14. ศิราณี ศรีหาภาค, และธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2565). สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ: คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการ ดูแลและบุคลากรสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia: SCD). นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ.

15.Ladson Hinton, Kaipeng Wang, Sue Levkoff, Komatra Chuengsatiansup, Siranee Sihapark, Thawatchai Krisanaprakornkit, Pariyasoot Intasuwan, Sirina Satthapisit, Dolores Gallagher-Thompson, Hongtu Chen. (2022). Dementia Neuropsychiatric Symptom Frequency, Severity, and Correlates in Community-Dwelling Thai Older Adults. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 30 (8) : 883-891

16. Senanarong,V.,Assavisaraporn,S., Sivasiriyanonds, N., Printarakul, T., Jamjumrus, P., Udompunthuruk, S., & Poungvarin, N. (2001). The IQCODE: An Alternative Screening Test for Dementia for Low Educated Thai Elderly. Journal of the Medical Association of Thailand, 84(5), 648-655.

17.Cummings, J L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S.,Carusi,D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 44(12), 2308-2314.

18.กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช, 45(6), 359-374.

19.Wade, D. T., & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability. International Disability Studies, 10(2), 64-67.

20.Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. Journal of the American Geriatrics Society, 51(10), 1451-1454.

21.Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test.Geriatrics &Gerontology International, 15(5), 594-600.

22.Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S.,Carusi, D.A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 44(12), 2308-2314.

23.Bedard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. The Gerontologist, 41(5), 652-657.

24.Logsdon,R.G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. Journal of Mental Health and Aging, 5, 21–32.

25. ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ. (2567). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครื่องมือ IQCODE. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 16 (2), 295- 313

26.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 กรุงเทพฯ: สำนักงาน

27.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

28.Teri, L., Logsdon, R. G., McCurry, S. M., Pike, K. C., & McGough, E. L. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. The Lancet, 396(10248), 413-446.

29.ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ และพิสมัยศรีทำนา. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในการสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 16(1), 77-92.

30. พิสมัย ศรีทำนา, และฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 4(3), 192-202.

31.ดุจปรารถนา พิศาลสารกิจ, ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2563) ผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(2), 63-72.

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

The Effectiveness of Case Management Program on Self-care Behavior Among Substance Dependence with Schizophrenia Patients at Thanyarak Pattani Hospital

(Received: December 11,2024 ; Revised: December 22,2024 ; Accepted: December 24,2024)

ไกรวุฒิ ศรีจันทร์[1] รัชณีย์ วรรณขาม[2]
Kraiwut Srijan[1] Rachanee Vannakam[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วม ดำเนินการวิจัยในเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง 24 คน เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมที่เข้ารับการรักษาในระยะบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ (3) โปรแกรมการจัดการรายกรณี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทีคู่ (paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -30.06, p < .001) สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการรายกรณีมีประสิทธิผลสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการรายกรณี, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วม

Abstract

This quasi-experimental research, one-group pretest-posttest research, aimed to examine the effectiveness of case management program on self-care behavior among substance dependence with schizophrenia patients at Thanyarak Pattani Hospital**.** The study was conducted during the months of May to December 2024. Participants comprised 24 substance dependence with schizophrenia patients in detoxification phase. The purposively selected sample. The research instruments consisted of: (1) a demographic data questionnaire; (2) a self-care behavior questionnaire; and (3) a case management program. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that: After completing the program, had a mean score of self-care behavior significantly higher than that before participating in the program (t = -30.06, p < .001). The finding revealed that the case management program could increase the self-care behavior of substance dependence with schizophrenia patients.

Keyword: case management program, self-care behavior, substance dependence with schizophrenia patients

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มการระบาดของยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นดังเห็นได้จากสถิติผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 388,602 และ 718 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีโรคจิตเภทร่วม จำนวน 23,102 และ 149 คน ตามลำดับ[1] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องจนนำไปสู่การเกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมในที่สุด[2]

ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ[3] ซึ่งเกิดจาก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

การใช้ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทโดยเฉพาะยาบ้าจะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ให้หลั่งโดปามีน และนอร์อิพิเนฟริน ยับยั้งการดูดกลับของแคททีโคลามีน จึงเกิดการกระตุ้นต่อสมองอย่างต่อเนื่อง และเมื่อใช้ในขนาดที่สูงและเสพติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะเกิดความผิดปกติของกระบวนการรับรู้ กระบวนการคิด มีความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง คลุ้มคลั่ง ขาดสติ[4]ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยผลกระทบต่อตนเองพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง สูญเสียการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เกิดอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ด้านครอบครัว พบว่า มีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว การใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว และครอบครัวเบื่อหน่ายในการดูแล [5,6] และด้านสังคม ได้แก่ สังคมหวาดกลัวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการก่อคดีอาชญากรรมต่าง ๆ ในสังคม[7] จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแล

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลเนื่องจากจะต้องให้การดูแลทั้งอาการที่เกิดจากการขาดยาเสพติด อาการทางจิตเวช และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กันไปจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล ซึ่งการดูแลในปัจจุบันของหอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีเป็นการดูแลตามลักษณะอาการของผู้ป่วยอีกทั้งบทบาทการดูแลของทีมสหวิชาชีพยังไม่ชัดเจน จากการทบทววรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วม พบว่า การดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนให้เกิดประสิทธิภาพจะต้องให้การดูแลอย่างเป็นระบบโดยทีมสหวิชาชีพด้วยการจัดการรายกรณี (case management) [8,9]ซึ่งเป็นระบบการดูแลที่มีคุณภาพสูง มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ มีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ มีการประเมิน การวางแผน การดำเนินการ การประสานงาน และกำกับติดตามผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงาน และกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการรายกรณี (case management)[8] มาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมสำหรับหอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design) ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ติดยาเสพติดอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย Substance dependence ร่วมกับ Schizophrenia ตามเกณฑ์ International Classification of Disease, Version 2010 (ICD-10) มารับการบำบัดรักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จังหวัดปัตตานี จำนวน ๓๒ คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดยาเสพติด อายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัย Substance dependence ร่วมกับ Schizophrenia ตามเกณฑ์ International Classification of Disease, Version 2010 (ICD-10) มารับการบำบัดรักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

คุณสมบัติในการคัดเข้า

1. ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 18-59 ปี และเข้ารับการบำบัดรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา

2. มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย (25-110 คะแนน)

3. สามารถพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้

คุณสมบัติในการคัดออก

1. แพทย์จำหน่ายหรือย้ายหอผู้ป่วยขณะทำการศึกษา

2. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% จากการศึกษาของปาริชาติ ขุนศรี[13] เรื่องผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร แทนค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวมก่อนการทดลอง เท่ากับ 48.15 และหลังการทดลอง เท่ากับ 80.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.09 คำนวณค่าอำนาจอิทธิพลด้วยโปรแกรม G*Power ได้ค่าเท่ากับ 6.42 ซึ่งมีขนาดใหญ่ ผู้วิจัยจึงใช้ค่าอำนาจอิทธิพล เท่ากับ 0.8[14] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 19 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20[15] เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Srijan et al[16] ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Isaramalai[17] จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้อย (25-67 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง (68-110 คะแนน) และพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง (111-150 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

3. โปรแกรมการจัดการรายกรณี พัฒนาจากกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณีของFinkelma[9] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง[10,11,12] ประกอบด้วยการดูแล 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute) (1-14 วัน) และระยะกลาง (Intermediate care) (15-30 วัน) รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งสิ้น 30 วัน แผนการดูแลประกอบไปด้วย 9 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 2) ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้ป่วยและญาติ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 4) การประเมิน 5) การรักษาและยา 6) การให้สุขภาพจิตศึกษา 7) การให้กิจกรรมบำบัด 8) ความแปรปรวน และ 9) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยโปรแกรมการจัดการรายกรณีได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดสารเสพติด จำนวน 2 ท่าน มีค่าความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 คน พบว่า กิจกรรมการดูแลมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

อันดับ	กิจกรรม	รพธ.ปน.	Case manager	ทีมจัดการรายกรณี
1	ข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดในความดูแล			
2	ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน	N ดูแลปกติ	Y	
3	ประสานทีมจัดการรายกรณีและวางแผนปฏิบัติ			
4	ประชุมวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและกำหนดแผนการดูแล			
5	ปฏิบัติตามแผนการดูแล			Y N ความแปรปรวน
6	ประชุมทีมประเมินผลลัพธ์ตามแผนการดูแล วิเคราะห์ความแปรปรวน และปัญหาเพิ่มเติม			N
7	ประเมินผลเมื่อครบระยะ Acute, Intermediate care			Y
8	ยุติการดูแล บันทึกและรายงานผลการดูแลแบบการจัดการรายกรณี			

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กันยายน 2567 ณ หอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยผ่านรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และประสานกับ

พยาบาลและทีมสหวิชาชีพเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และชี้แจงบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่กำหนด รวมทั้งประกาศเชิญชวนผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยที่แจ้งความประสงค์ผ่านระบบ HIS เพื่อคัดกรองผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดและสอบถามความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยยินยอม ผู้ช่วยวิจัยได้ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองโดยดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกับทีมสหวิชาชีพเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และมีการประชุมติดตามผลลัพธ์การดูแลรวมทั้งแก้ไขความแปรปรวนที่เกิดขึ้นทุกสัปดาห์ เมื่อครบ 4 สัปดาห์ผู้ช่วยวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบค่าที คือ การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (Test of normality) ผลการทดสอบพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมก่อนการทดลอง (Skewness value = -0.62/Kurtosis= -0.69) หลังการทดลอง (Skewness value = 0.13/Kurtosis= -0.54) ซึ่งมีการแจกแจงแบบโค้งปกติเนื่องจากมีค่าอยู่ในช่วง -1.96 – 1.96

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะเกิดจากการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา สำหรับข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ซึ่งไม่มีการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษาวิจัย มีอายุเฉลี่ย 32.25 ปี (SD = 5.01) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 54.20 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 66.70 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 45.80 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 25.00 เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกตอนอายุเฉลี่ย 19.33 ปี (SD = 6.20) และเคยเข้ารับการบำบัดรักษาเฉลี่ย 4.29 ครั้ง (SD = 1.92)

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) (N=24)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	N	คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง		t	p
		M	*SD*		
ก่อนทดลอง	24	73.33	7.22	-30.06	.000**
หลังทดลอง	24	131.66	4.87		

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี (*M* = 131.67, *SD* = 4.87) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (*M* = 73.33, *SD* = 7.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t* = -30.06, *p* < .001)

สรุปและอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายเนื่องจากหอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยารับเฉพาะผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติด พบว่า เพศชายมีโอกาสในการใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง[18] เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่มีความอยากรู้อยากลอง ชอบความท้าทาย กล้าได้กล้าเสีย และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมากกว่าเพศหญิง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.25 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดและความคาดหวังอยู่ตลอดเวลา เมื่อไม่สามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้จึงหันไปพึ่งพิงยาเสพติดในที่สุด[19] เมื่อเสพอย่างต่อเนื่องทั้งปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นและระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นก็ยิ่งส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของสมองและสารสื่อประสาทจนเกิดเป็นอาการทางจิตเวช เมื่อไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาแล้วแต่ยังคงใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องก็ยิ่งทำให้เกิดอาการทางจิตเวชเรื้อรัง จนเกิดเป็นโรคจิตเภทในที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับการบำบัดรักษาเฉลี่ย 4.29 ครั้ง ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอย่างต่อเนื่องจนนำมาซึ่งการเกิดโรคจิตเภทในที่สุด

2. จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วม พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี (*M* = 131.67, *SD* = 4.87) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี (*M* = 73.33, *SD* = 7.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t* = -30.06, *p* < .001) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมได้พัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการรายกรณีของ Finkelman[9] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง[10,11,12] ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมในการจัดทำแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย โดยการพัฒนาแผนการดูแลในครั้งนี้ได้ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยมาพัฒนาเป็นแผนการดูแลที่สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจให้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมผ่านการดูแลในแต่ละระยะ อธิบายได้ดังนี้

ระยะเฉียบพลัน (Acute care) เป็นระยะที่เน้นการดูแลในภาวะเฉียบพลันจากการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการมีอาการทางจิตเวช รวมถึงการดูแลอาการถอนพิษยา (Withdrawal) ควบคู่กับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองทางด้านร่างกายโดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันให้มีความเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลจากทีมสหวิชาชีพโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้จัดการรายกรณี อีกทั้งการดูแลได้มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในปัจจุบันซึ่งได้มาจากการประชุมติดตามความก้าวหน้าของผลลัพธ์เป็นรายสัปดาห์และแก้ไขความแปรปรวนร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพจนผลลัพธ์ของผู้ป่วยเป็นไปตามความคาดหมาย คือ ปลอดภัยจากอาการถอนพิษยา สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และอาการทางจิตสงบลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทองพูน ชาบุญมี [20] ศึกษาผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณี (37.2±3.67) ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี 57.2 (±7.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และ และค่าเฉลี่ยของ

ความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณี 64.5 (±9.82) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี 49.2 (±7.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะกลาง (Intermediate care) เป็นระยะที่ผู้ป่วยพ้นระยะเฉียบพลัน มีอาการคงที่ ซึ่งทีมผู้วิจัยให้การดูแลโดยเน้นการจัดการกับอาการทางจิตที่ยังหลงเหลือควบคู่กับการบำบัดรักษาทางด้านยาเสพติด โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ภายใต้การสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพโดยการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และฝึกการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งการจัดการกับอาการทางจิตเวชที่ยังคงหลงเหลือผ่านการใช้สถานการณ์สมมุติซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง สามารถรับรู้อารมณ์และความต้องการของตนเองได้ และจัดการกับอาการทางจิตที่ยังหลงเหลือได้เป็นอย่างดี จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับการศึกษาของนุษณี เอี่ยมสะอาด และคณะ[21] ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมีความสามารถโดยรวม (77.9 ± 1.96) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี (63.8 ± 3.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณีของ Finkelman[9] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง[10,11,12] มีประสิทธิผลสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมได้ เนื่องจากเป็นการดูแลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายใต้การดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้จัดการรายกรณี อีกทั้งการดูแลยังมีการติดตามผลลัพธ์ทุกสัปดาห์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในปัจจุบันที่สอดคล้องกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยจนนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม และพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและทีมสหวิชาชีพควรนำโปรแกรมการจัดการรายกรณีไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดในระยะติดตามเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

2. ควรมีการวัดการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังจำหน่ายในระยะติดตามหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีที่มีส่วนในการสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้นำปัญหาหน้างานมาพัฒนาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษา. ปัตตานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์; 2567.
2. บุญศิริ จันศิริมงคล. โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: พรอสเพอรัส; 2558.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.

4. สุทิสา ถาน้อย. สมองและสารสื่อประสาทความผิดปกติในภาวะติดสารเสพติด. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์; 2561.
5. สยาภรณ์ เดชดี, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562;27(3):196-210.
6. วีรพล ชูสันเทียะ, สมเดช พินิจสุนทร. ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;5(3):523-533.
7. ศุภาพิชญ์ มณีนาค. ความสัมพันธ์ระหว่างอาชญากรรมยาเสพติดและอาชญากรรมเกี่ยวกับทรัพย์. วารสารวิชาการอาชญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ. 2563;6(1):133-148.
8. ปุณยนุช สุทธิพงศ์, จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, อรวรรณ หนูแก้ว, วีณา คันฉ้อง, พิเชษฐ์ สุวรรณจินดา, กรวิกา บวชชุม, ธนิกา คชรัตน์, จุฑารัตน์ ประพันธ์ไพโรจน์. แนวทางการดูแลแบบการจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน. สงขลา: สยามพริ้นติ้ง; 2565.
9. Finkelman AW. Case management for nurses. Pearson Education, Inc.; 2021.
10. สยาภรณ์ เดชดี, อรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(1):91-111.
11. กชพร เผือกผ่อง, นุชนาถ บรรทุมพร, ชมชื่น สมประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน. วารสารยาบาลทหารบก. 2561;19:118-128.
12. Maj M, van Os J, De Hert M, Gaebel W, Galderisi S, Green MF, Guloksuz S, Harvey PD, Jones PB, Malaspina D, McGorry P, Miettunen J, Murray RM, Nuechterlein KH, Peralta V, Thornicroft G, van Winkel R, Ventura J. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. World Psychiatry. 2021;20(1):4-33. doi:10.1002/wps.20809.
13. ปาริชาติ ขุนศรี. ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI–V) หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2567;27(1):68-82.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
15. Grove SK, Burns N, Gray JR. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis, MO: Saunders; 2013.
16. Srijan K, Kongsuwan V, Pummanee T. Mentalization-Based Group Therapy Intervention for Males with Amphetamine Dependence: A Quasi-Experimental Study. PRIJNR [Internet]. 2024 Sep. 18 [cited 2024 Dec. 11];28(4):872-84. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/267565
17. Isaramalai S. Development of a cross-cultural measure of the self-as-carer inventory questionnaire for the Thai population. Doctoral dissertation, University of Missouri-Columbia, USA; 2002.
18. ศุภฤกษ์ นาคดิลก. อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). วารสารวิชาการเสพติด. 2563;6(1):47-58.
19. ไกรวุฒิ ศรีจันทร์, อัญชลี เจตวรานนท์, รัชณีย์ วรรณขาม, ทิพสุคนธ์ มูลจันที. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2567;16(3):149-172.
20. ทองพูน ชุาบุญมี. ผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ซับซ้อน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(3):137-145.
21. นุษณี เอี่ยมสอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2563;14(1):10-22.

ผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

Effects of child and youth counseling to change behavior to stop using drugs Phang Khon Hospital Sakon Nakhon Province.

(Received: December 12,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

จรรจิรา กางทอง[1]
Janjira Kangthong[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด และเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เป็นการทดลอง ประชากร จำนวน 10 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม จำนวน 5 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาตามคู่มือหลักสูตรการให้คำปรึกษาการจัดการภาวะยาเสพติด จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบคัดกรองการใช้สารเสพติด ASSIST-LITE วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks Test) และการทดสอบแมนวิทนีย์ (Mann - Whitney U Test)

ผลการวิจัย พบว่า หลังการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการให้คำปรึกษา พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษา; เด็กและเยาวชน; ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; ยาเสพติด

Abstract

The objectives of this quasi experiment research are 1. To study the results of counseling children. and youth according to behaviorist theory to change behavior to stop using drugs Phang Khon Hospital Sakon Nakhon Province and 2. Study and compare the results of counseling children. and youth to change their behavior and stop using drugs Phang Khon Hospital Sakon Nakhon Province between the experimental group and control group This is experimental research. 10 people, classified as an experimental group, received combined counseling according to behaviorist theory, totaling 5 people. and the control group received counseling according to the drug management counseling course manual, totaling 5 people. The tool used was the ASSIST-LITE drug use screening tool with Data were analyzed using the Wilcoxon Signed Ranks Test and the Mann - Whitney U Test.

The results of the research found that after combined counseling according to behaviorist theory, The experimental group had a statistically significant increase in the level of behavior to stop using drugs at .05. Comparison of the level of behavior to stop using drugs between the experimental groups. and control group After counseling, it was found that the differences were statistically significant at .05

Keywords: Counseling, children and youth, behavior modification, drugs

[1] โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

บทนำ

จากการรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานด้านยาเสพติด และอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี 2565 มีประชากรใช้ยาเสพติด จำนวน 248 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบปัญหาจากยาเสพติดด้านสุขภาพทางกาย และจิตใจที่อาจก่อให้เกิดอันตราย และนำไปสู่สภาวะการเสพติดจนต้องได้รับการรักษาจำนวน 35 ล้านคน[1] จากการสำรวจข้อมูลสถาณการณ์ของเด็ก และเยาวชนไทยในช่วงที่ผ่านมาพบปัญหาสำคัญ 6 ด้านหลัก ได้แก่ อันดับ 1 ปัญหาเยาวชนเสพยาติดมากถึง 2.7 ล้านคน อายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวนกว่า 3 แสนคนต้องเข้ารับการบำบัด อันดับ 2 ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากสถิติพบว่า อายุต่ำกว่า 19 ปีลงมา ตั้งครรภ์ถึงปีละ 1.5 แสนคน อันดับ 3 เด็กถูกละเมิดและกลั่นแกล้ง กระทำความรุนแรงโดยสื่อ อันดับ 4 การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ยุคใหม่ที่รักลูกแบบไม่ถูกทาง อันดับ 5 การเสพสื่ออนาจารผ่านสื่อออนไลน์ และอันดับ 6 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกิดนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น 2.5 ล้านคน โดยอายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถซื้อหาเครื่องดื่มได้เองถึงร้อยละ 98.7 นอกจากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้แล้วยังพบว่า เยาวชนไทยมีปัญหาการใช้ความรุนแรงสูงขึ้น[2] การใช้ยาเสพติดจึงเป็นประเด็นสำคัญอันดับแรกที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหา ดังนั้น การแสวงหารูปแบบหรือแนวทางการในการช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนที่กระทำความผิดจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น เพราะผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความเข้าใจต่อกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งให้ความสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพราะทุกองค์ประกอบล้วนส่งผลต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ตระหนักรู้ถึงปัญหา เห็นคุณค่า และศักยภาพบวกของตนเอง มีแนวทางในการกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว และชุมชนอย่างสันติสุข บทบาทหน้าที่สำคัญของผู้ให้การปรึกษาจึงไม่ใช่การคิดหรือตัดสินใจแทน แต่เป็นการเข้าใจภาวะของความทุกข์ที่ผู้ขอรับการปรึกษาประสบอยู่ และให้คำปรึกษาโดยใช้กระบวนการที่เชื่อมั่นในพลังปัญญาและศักยภาพของมนุษย์[3]

ในทางการแพทย์ถือว่าผู้ที่ติดยาเสพติดเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต บกพร่องทางอารมณ์ บุคลิกภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม จนเป็นเหตุให้ไม่สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การเลิกใช้ยาเสพติดจึงเป็นการแก้ไขปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม เศรษฐกิจ และสังคมแวดล้อม ตั้งแต่ระดับบุคคล กลุ่ม ชุมชน ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา[4] เช่นจากการวิจัยของ ลัดดา เฉลิมกาญจนา และคณะ ได้ศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนสู่วิถีสันติสุขในศาลเยาวชน และครอบครัวกลาง พบว่าสภาพปัญหาเด็ก และเยาวชนที่กระทำผิดที่พบมากที่สุดคือ ข้อหาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ซึ่งพฤติการณ์คดีมีทั้งครอบครองเพื่อเสพ ครอบครองเพื่อจำหน่ายร่วมกันผลิต และยังพบว่ายาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของการกระทำผิดด้วยข้อหาอื่นด้วย รูปแบบการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนสู่วิถีสันติสุขในศาลเยาวชน และครอบครัวกลาง มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักคิดพื้นฐาน ได้แก่การนำหลักอริยสัจ 4 คือ ทุกข7 สมุทัย นิโรธ มรรค มาเป็นกรอบวิเคราะห์ในการให้คำปรึกษา เพราะหลักอริยสัจ 4 เป็นแนวทางสากล และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในกระบวนการให้คำปรึกษาได้[5] งานวิจัยของ อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์ และ นวภัทร ณรงค์ศักดิ์ ได้ศึกษารูปแบบการติดตามประเมินผลผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด : ศึกษากรณีการให้คำปรึกษาเฉพาะราย ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ลาดหลุมแก้ว พบว่าการให้คำปรึกษานั้นควรจะให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลาที่บ่อยครั้ง และต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนานตลอดช่วงระยะเวลาของการบำบัดฟื้นฟู เนื่องจากว่าต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเสพติดในช่วงที่มีการให้คำปรึกษาเชิงลึก และการทำกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ

ให้เปลี่ยนแปลงตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น การให้คำปรึกษาสามารถจูงใจ และเป็นแรงเสริมผู้ป่วยเสพติดให้ลด ละ เลิกยาเสพติดได้ แต่การให้คำปรึกษาเพียงแค่หนึ่งครั้งนั้นยังไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงต่อตัวผู้ป่วยเสพติด หรือสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเสพติดไม่หวนกลับไปเสพซ้ำได้ทุกคน จะมีเพียงแค่ผู้ป่วยเสพติดบางคนที่มีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ และมีความตั้งใจว่าจะเอาชนะใจตนเอง กลับไปอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขโดยที่จะไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดอีก[6]

การให้ปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน เป็นกระบวนการที่ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมใช้ยาเสพติดตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการตระหนักได้ว่าการเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยตัวของผู้รับบริการเอง และมีกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ[7] โดยการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการปรึกษาทางจิตวิทยามาประยุกต์ใช้ร่วมกัน คือการให้การปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาทางขจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก และเยาวชน โดยอาศัยการสร้างสภาพการณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำไปสู่การเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ให้คำปรึกษาจะกำหนดจุดหมาย หรือพฤติกรรมที่ต้องการร่วมกัน จากนั้นช่วยกันวางแผนอย่างมีขั้นตอนเพื่อแก้ไขปัญหา โดยพยายามใช้แนวทางแบบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากมีพื้นฐานความเชื่อว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นพฤติกรรมสู่การเลิกใช้ยาเสพติดจึงเกิดจากการเรียนรู้ และสามารถลบล้างการเรียนรู้นั้นได้ โดยการให้เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมจึงประกอบด้วยการขจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และจัดประสบการณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ[8] ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา คือ (1) มีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย (2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมเป้าหมาย (3) การออกแบบเทคนิคมาให้บริการการปรึกษากับผู้รับบริการ (4) การให้คำปรึกษาและประเมินผล และ (5) การยุติการให้การปรึกษา เป็นกระบวนการนำเทคนิคที่หลากหลาย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน[9]

โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร มีบริการรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ศาลสั่งให้พบผู้ให้คำปรึกษา ได้จัดบริการให้คำปรึกษา 2 รูปแบบ คือ 1) ตามคู่มือในแบบผู้ป่วยนอก รักษาในรูปแบบกาย จิต สังคมบำบัดแบบไปกลับ ใช้กระบวนการรักษาทางกาย การปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม ตามคู่มือหลักสูตรการให้คำปรึกษาการจัดการภาวะยาเสพติด สำหรับผู้ให้คำปรึกษาคลินิกจิตสังคมของกรมสุขภาพจิต[10] และ 2) การให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แต่ยังไม่มีการวัดประสิทธิภาพความสำเร็จ ความเชื่อมั่นของการให้คำปรึกษาทั้ง 2 รูปแบบดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด

2. ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยผลการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลพังโคน เป็นการวิจัยเชิงทดลองโดยใช้รูปแบบกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองวัดผลก่อน และ

หลังการทดลอง เปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ตัวแปรต้นคือ การให้คำปรึกษาตามคู่มือหลักสูตรการให้คำปรึกษาการจัดการภาวะยาเสพติด, การให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด ซึ่งต้องการศึกษาผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดของเด็ก และเยาวชนกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเด็ก และเยาวชนที่อยู่ภายใต้คำสั่งของศาลเห็นสมควรให้พบผู้ให้คำปรึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เข้ารับการบำบัดรักษาเลิกยาเสพติด ณ โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คืออายุระหว่าง 17-25 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษาได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วม จำนวน 10 คน จากนั้นคัดเลือกโดยวิธีเจาะจงทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อจำแนกเป็นกลุ่มควบคุม 5 คน และกลุ่มทดลอง 5 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อชี้แจงรายละเอียดของการทดลอง และกลุ่มตัวอย่างรับทราบ ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษาแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบคัดกรองการใช้สารเสพติด ASSIST-LITE[10] ทั้งก่อน และหลังการให้คำปรึกษา แบบคัดกรองประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดใน 3 เดือนที่ผ่านมา ประเภทบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ ประเภทแอลกอฮอล์ จำนวน 4 ข้อ ประเภทกัญชา จำนวน 3 ข้อ ประเภทยากระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า ยาอี ไอซ์ หรือโคเคน จำนวน 3 ข้อ ประเภทยากล่อมประสาท ยานอนหลับที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้ จำนวน 3 ข้อ ประเภทสารกลุ่มฝิ่น เฮโลอิน ผงขาวโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้ จำนวน 3 ข้อ และสารเสพติดประเภทอื่นๆ จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 17 ข้อ 17 คะแนน ทำการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบคัดกรองมีค่าตั้งแต่ .38 – .60 มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .92 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษาทั้งหมด 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที (มีเวลาพัก 30 นาที) รวมทั้งหมด 10 ชั่วโมง เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ไปกลับ กลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำปรึกษาตามคู่มือหลักสูตรการให้คำปรึกษาการจัดการภาวะยาเสพติด[10] ประกอบไปด้วยขั้นตอน 1) การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงให้การบริการ 2) การสำรวจปัญหาสาเหตุ และความต้องการของการรับคำปรึกษา 3) การวางแผนแก้ไขปัญหา และการจัดการกับปัญหา 4) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 5) การประเมินและการยุติการให้คำปรึกษา กลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ประกอบไปด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ และการตกลงให้การบริการ 2) เก็บข้อมูลพฤติกรรมสำรวจปัญหา และความต้องการ 3) เรียนรู้ตัวแบบทางสังคม และตั้งเป้าหมายร่วมกัน 4) การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเสริมแรงบวกพฤติกรรมที่เหมาะสม และ 5) การประเมิน และการยุติการให้คำปรึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบสมมุติฐานระดับพฤติกรรมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้คำปรึกษามีความแตกต่างกันโดยใช้การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks Test) และการทดสอบสมมุติฐานระดับพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการให้คำปรึกษาแตกต่างกันโดยใช้การทดสอบแมนวิทนีย์ (Mann - Whitney U Test)[11]

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ในกระบวนการขอความยินยอมนั้น ก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจโดยลงนามในเอกสารคำยินยอม ซึ่ง

สามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อบุคคล และการเลือกปฏิบัติ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม พบว่า ก่อนการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ย 7.33 หลังการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ย 13.00 หลังการให้คำปรึกษากลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ดังตารางที่ 1.

Table 1 Results of comparing the level of behavior to stop using drugs in the pre-experimental group. and after counseling

Experimental group	n	M	The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test	p-value
Before the experiment	5	7.33	2.20*	0.06
After the experiment	5	13.00		

*p<.05

ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการให้คำปรึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 13.00 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 9.00 ผลการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมสามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมสู่การเลิกใช้ยาเสพติดในเด็ก และเยาวชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ดังตารางที่ 2

Table 2 Comparative results of behavioral levels of drug cessation in the experimental group and control group

Experimental group	n	M	The Mann-Whitney U Test	p-value
Experimental group	5	13.00	3.00*	0.00
Control group	5	9.00		

*p<.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การเลิกใช้ยาเสพติด เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลได้ว่ารูปแบบวิธีการให้คำปรึกษาทั้งสองวิธีแม้จะมีวิธีการ รูปแบบขั้นตอนที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์ที่เหมือนกันคือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกใช้ยาเสพติด มีความเหมาะสมในการใช้ให้คำปรึกษาสำหรับเด็ก และเยาวชน จากการออกแบบขั้นตอน วิธีการ เทคนิคที่เหมาะสม มีความต่อเนื่อง กำหนดระยะเวลา และมีความถี่ในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม รวมทั้งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กเพียงแค่ 5 คน ทำให้ลดช่องว่างระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา เกิดสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดได้ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ที่เน้นการผลลัพธ์

เชิงพฤติกรรม ใช้เทคนิคการเสริมแรงบวก การเรียนรู้จากตัวแบบทางสังคม จนถึงการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตัวผู้รับคำปรึกษาเอง สอดคล้องกับ ทิพากร วงศ์คำปัน[7] ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการคลินิกจิตสังคม ศาลจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังการข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดสูงกว่าของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการปรึกษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาเด็ก และเยาวชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การเลิกใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามคู่มือหลักสูตรการให้คำปรึกษาการจัดการภาวะยาเสพติด และกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมสู่การเลิกใช้ยาเสพติด แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค้นพบว่า การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติดสำหรับเด็ก และเยาวชน สามารถใช้เทคนิค ผสมผสานวิธีการที่หลากหลาย รวมทั้งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)., 2022, Global overview drug demand drugs supply. United Nations publication.

2.Thai Health Promotion Foundation., 2019, A Survey of Thai Teenage Behavior, Available Source: https://www.thaihealth.or.th. January 24, 2024. (in Thai)

3.Semsikkha., 2019, Potential Development Counseling, Available Source: https://semsikkha.org/tha/index.php/about-us/course/course-2/31-counseling. January 21, 2024. (in Thai)

4.Khetjoi S, Thasa W, Raisa-nguan S and Deekung W., Potentiality Development of Drug Addicts For Career Employment: Thanyarak Hospital Khonkaen Province. Nakhon Lampang Buddhist College's Journal. 2024;13(1):131-44. (in Thai)

5.Chalermkanjana L, Phra Dhamvacharabundit and Wattanapradith K., A Model of Juvenile Counseling for Peaceful Way in the Central Juvenile and Family Court. Journal of MCU Peace Studies. 2022;(10)1:294-304. (in Thai)

6.Vivatthanaporn A and Narongsak N. A Model for Evaluation Of Drugs Rehabilitation Patients: A Case Study Of Individual Counseling In The Drug Addicts Rehabilitation Center Department Of Probation. Faculty of Criminology and Criminal Justice Administration, Rangsit University. 2021.ก (in Thai)

7.Wongkunpun T, Mekkhachorn N., The Effect of Using an Eclectic Group Counseling Program to Enhance the Intention for Cessation of Drug Usage Behavior of Drug Addicts Who Received Services at the Psycho-Social Clinic of Chiang Mai Provincial Court. Journal of Psychology. 2022;(20)1:3-4. (in Thai)

8.Phongsopha P and Phongsopha W. 2013. Theory and techniques for providing consulting services. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

9.Corey G., 2012, Theory and Practice of Group Counseling. California: book /Cole Publishing Company.

10.Department of Mental Health., 2020, Drug addiction management counseling course For consultants Psychosocial clinics in the court system. Available Source: https://www.galya.go.th/2020/dashboard/kcfinder/upload/files/knowledge/drug_court.pdf January 24, 2024. (in Thai)

11.Boonlha K, Yodsaen N and Keawsrimuang S., Comparison of Test Statistics Two Dependent Populations. Journal of Science Ladkrabang. 2018;(27)1:77-87. (in Thai)

การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร ด้วยเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

Developing Organizational Management Systems Using The Public Sector Management Quality Award (PMQA) to Increase the Efficiency of Disease and Health Hazard Surveillance, Prevention and Control

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

ธวัชชัย รักษานนท์[1]ณัฐธิดา ชำนิยันต์[2]
Thawatchai Raksanon[1], Natthida Chamniyan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร ให้ได้ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของหน่วยงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบเก็บข้อมูลการประเมินจากระบบ DDC PMQA 4.0 กรมควบคุมโรค แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า ช่องว่างในการพัฒนา คือ ขาดการคาดการณ์ผลการดำเนินงานและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ให้ครอบคลุมทั้งเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อรองรับความท้าทายที่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงาน ขาดการจำแนกกลุ่มผู้รับบริการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประเมินความต้องการและความผูกพันที่ชัดเจน ขาดความชัดเจนในการระบุนวัตกรรม และเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์ ขาดกระบวนการ แนวทาง กลไกเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรที่ชัดเจน และขาดการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดต้นทุน และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน หน่วยงานมีคะแนนการประเมินตามเกณฑ์หมวด 1 - 6 ซึ่งเป็นหมวดกระบวนการที่หน่วยงานได้พัฒนาการดำเนินการในปี พ.ศ. 2566 มีผลคะแนนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ในหมวด 1-5 และ หมวด 6 คะแนนคงเดิม

คำสำคัญ: บริหารจัดการองค์กร, คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA), ป้องกันควบคุมโรค

Abstract

This action research aims to develop an organizational management system that complies with the Public Sector Management Quality Award (PMQA) standards to enhance the efficiency of disease surveillance, prevention, and control at the Office of Disease Prevention and Control, Region 8 Udon Thani. The study involved executives, group leaders, and the organizational PMQA development team as the sample population. Research tools included data collection forms based on the DDC PMQA 4.0 system from the Department of Disease Control, in-depth individual interviews, and focus group discussion records. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, such as frequencies and percentages, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed gaps in development, such as the lack of comprehensive forecasting of performance outcomes and impacts across economic, social, environmental, and public health dimensions to inform strategic planning for addressing organizational challenges. Additionally, there was insufficient

[1] วท.บ (อนามัยสิ่งแวดล้อม) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
Corresponding Author Email: t.raksanon@gmail.com
[2] วท.ม (การป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

segmentation of service recipients and stakeholders, unclear assessments of their needs and engagement, a lack of clarity in defining innovations, inadequate cybersecurity readiness, and the absence of clear processes and mechanisms to enhance workforce efficiency. Furthermore, operational processes lacked improvement strategies to reduce costs and improve competitiveness.

The organization's evaluation scores across process-oriented categories 1–6 showed improvements in categories 1–5 in 2023 compared to 2022, with the score for category 6 remaining unchanged.

Keywords: Organizational Management Development, Public Sector Management Quality Award (PMQA), Disease Prevention and Control

บทนำ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี เป็นหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีพื้นที่รับผิดชอบ เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี บึงกาฬ หนองคาย หนองบัวลำภู เลย นครพนม และสกลนคร มีภารกิจหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ และพื้นที่ชายแดน หน่วยงานมีการพัฒนาระบบบริหารองค์กร[1] ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและการจัดการทรัพยากรที่ดีจะช่วยให้องค์กรสามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงและความท้าทายที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้านเทคโนโลยี กฎหมาย ทำให้องค์กรต้องปรับตัวอยู่เสมอเพื่อความอยู่รอดและความยั่งยืนในระยะยาว ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้นส่งผลให้องค์กรต้องพัฒนาระบบบริหารให้สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านั้นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาและปรับปรุงระบบการบริหารเพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) เป็นกรอบการบริหารจัดการองค์การ ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการประเมินองค์การด้วยตนเองที่ครอบคลุม ภาพรวมในทุกมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการให้เทียบเท่า มาตรฐานสากล[2] หน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค ได้นำใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริหารองค์กร เพื่อเพิ่มสมรรถนะหลักของหน่วยงาน คือ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินการตามภารกิจของหน่วยงานมีประสิทธิภาพ เพื่อจุดมุ่งหมายคือประชาชนมีสุขภาพดี โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้ใช้ระบบประเมินออนไลน์ DDC PMQA 4.0 ของกรมควบคุมโรค[3] ในการประเมินตนเอง และมีผู้ประเมินให้คะแนนจากกรมควบคุมโรค โดยในแต่ละหมวดมีการกำหนดคะแนนเต็ม 500 คะแนน โดยผลการประเมินฯ ในปี พ.ศ. 2565 คะแนนเฉลี่ย 403 คะแนน จะเห็นได้ว่าหน่วยงานยังมีช่องว่าง (GAP) หรือการดำเนินการการตามเกณฑ์ PMQA ที่ต้องพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด[1]

ผู้วิจัยและคณะ ได้ดำเนินการศึกษาและพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร ด้วยเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร ให้ได้ตามเกณฑ์

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) อันจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ช่วยให้องค์กรสามารถจัดการทรัพยากรขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนและข้อผิดพลาดในการดำเนินงาน มีการตัดสินใจที่แม่นยำและรวดเร็วขึ้น จากการมีข้อมูล และสารสนเทศที่ถูกต้องและทันสมัย ช่วยให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลรองรับ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการตัดสินใจผิดพลาด สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย องค์กรสามารถให้บริการที่ตรงตามความต้องการของลูกค้าได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ ส่งผลให้ลูกค้ามีความพึงพอใจและมีความผูกพันกับองค์กร เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีอยู่เสมอ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม รักษาความสามารถในการแข่งขัน ส่งผลให้มีการการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร ด้วยเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ เคมมิสและแมกทากาท (Kemmis & McTaggart[2]ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2566 โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1) การวางแผน (P : Planning) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ปัญหาที่พบในองค์กรและช่องว่าง (GAP) ผลการประเมินตามเกณฑ์ PMQA หมวด 1-6 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ในระบบ DDC PMQA 4.0 ของกรมควบคุมโรค และดำเนินการการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) ในกลุ่มผู้บริหาร และหัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อรวบรวมวิเคราะห์ สังเคราะห์โอกาสในการพัฒนา

2) การปฏิบัติการ (A : Action) ดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของหน่วยงาน นำข้อมูลองค์กร ช่องว่างผลการประเมิน และโอกาสในการพัฒนาที่ได้ในขั้นตอนการวางแผน มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการจัดประชุมคณะทำงานร่วมกันทั้ง 7 หมวด และคณะทำงานย่อยรายหมวด นำมาจัดทำเป็นแนวทางในการพัฒนาให้สอดคล้องกับการประเมินตามเกณฑ์ PMQA

3) การสังเกตการณ์ (O : Observe) ดำเนินการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน จากการติดตามการประเมินตนเองตามเกณฑ์ PMQA ของแต่ละหมวด โดยเก็บข้อมูลในการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ของคณะทำงานย่อยรายหมวด นำมารวบรวมเข้ากับข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อประเมินความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น

4) การสะท้อนผล (R : Reflecting) ดำเนินการนำผลการประเมิน และสังเกตการณ์ คืนข้อมูลในการประชุมคณะทำงานฯ และเปรียบเทียบผลการประเมินในปี 2565 และ 2566 เพื่อจัดทำเป็นแนวทางพัฒนาที่ครอบคลุมและต่อเนื่องในการประเมินในรอบถัดไป

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานคณะทำงาน PMQA ของหน่วยงาน จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบเก็บข้อมูลการประเมินจากระบบ DDC PMQA 4.0 กรมควบคุมโรค

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth interview)

3) แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Group Discussion)

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้เสนอผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ก่อนนำไปทดลอง และนำไปใช้จริง โดยมีค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (IOC) เท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา โดยใช้จำนวน ร้อยละ ในการอธิบาย คุณลักษณะส่วนบุคคล และคะแนนผลการประเมินตามเกณฑ์ PMQA จากระบบ DDC PMQA 4.0 พร้อมนำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธในบางข้อคำถามและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ไว้เป็นความลับ โดยข้อมูลแบบสอบถามจะถูกทำลายภายใน 1 ปี โดยการจัดทำรายงานผลการศึกษาและการนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอข้อมูลในภาพรวม จะไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่สามารถระบุตัวตนได้

ผลการวิจัย

1) ช่องว่างในการพัฒนา ระบบบริหารจัดการองค์กร ด้วยการใช้เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จากการผลการประเมินตามเกณฑ์ PMQA หมวด 1-6 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ในระบบ DDC PMQA 4.0 ของกรมควบคุมโรค และดำเนินการการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ในกลุ่มผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน มีดังนี้

หมวด 1 การนำองค์กร หน่วยงานยังขาดการระบุความชัดเจนของผู้บริหารที่คาดการณ์ผลการดำเนินงานและกำหนดทิศทางในการรองรับผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่ชัดเจน การติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้นจากองค์กร เพื่อนำไปสู่การสร้างสารสนเทศเชิงลึกที่เชื่อมโยงกับผลกระทบที่มีต่อเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข หรือสิ่งแวดล้อม โดยขาดการยกตัวอย่างประกอบพร้อมระบุผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หน่วยงานยังขาดการระบุวิธีการในการวิเคราะห์ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น พร้อมระบุแผนหรือแนวทางในการรองรับต่อยุทธศาสตร์ความท้าทาย การเปลี่ยนแปลงของหน่วยงาน รวมทั้งวิธีการติดตามเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว

หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานมีการระบุกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสีย แต่ยังขาดการจำแนกกลุ่มที่ชัดเจน และยังขาดแนวทาง ขั้นตอนวิธีการในการประเมินความต้องการ ความพึงพอใจ และความผูกพัน ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หน่วยงานยังขาดการระบุการพัฒนานวัตกรรมจนได้รับรางวัลหรือเป็นที่ยอมรับ หรือการศึกษาดูงานจากหน่วยงานภายนอก โดยไม่ได้ระบุผลลัพธ์ที่ชัดเจน คือ ชื่อนวัตกรรม จำนวนนวัตกรรม รางวัลนวัตกรรมที่หน่วยงานได้รับ จำนวนหน่วยงานที่มาศึกษาดูงาน เป็นต้น รวมถึงขาดการระบุกระบวนการการสื่อสาร และฝึกซ้อมแผนความปลอดภัยทางไซเบอร์ให้ชัดเจน

หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หน่วยงานขาดการระบุกระบวนการ แนวทาง กลไกเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรที่ชัดเจน และสอดคล้องกับผลลัพธ์ การระบุผลลัพธ์ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล และพัฒนาบุคล ยังไม่ชัดเจน เช่น ผลการวิเคราะห์สภาพกำลังคน ทั้ง

สมรรถนะ ความเพียงพอ จำนวน ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในแต่ละด้าน

หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ หน่วยงานยังขาดการวิเคราะห์เทียบเคียงผลการดำเนินงานกับหน่วยงานคู่เทียบ (Benchmarks) ขาดการบุกระบวนงานที่มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างนวัตกรรมในการลดต้นทุนและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน พร้อมระบุผลลัพธ์ของการลดต้นทุนหรือเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน

2) โอกาสในการพัฒนา จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) ในกลุ่มผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน ของหน่วยงาน คือ

หมวด 1 การนำองค์กร หน่วยงานมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับเกณฑ์ PMQA ที่ค่อนข้างครบถ้วนแล้ว ควรปรับปรุงวิธีการบรรยายข้อมูลให้กระชับ ชัดเจน การเพิ่มเติมข้อมูล คือ ปรับรูปแบบการตอบข้อคำถามตามเกณฑ์ โดยสามารถใช้หลักการทำงานทางระบาดวิทยา คือ Time Place Person มาประยุกต์ใช้ โดยระบุว่าหน่วยงานได้ดำเนินการเมื่อไร กับใคร อย่างไร ยกตัวอย่างให้เห็นภาพชัดเจน ประเด็นผลกระทบที่มีผลต่อเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เช่น ผลกระทบต่อกรณีโรคระบาดในแหล่งท่องเที่ยวพื้นที่ชายแดน ที่เป็นบริบทของเขตสุขภาพที่ 8 ประเด็นการคาดการณ์ผลกระทบ ให้ยกตัวอย่างกรณีวัณโรคดื้อยา ประเด็นอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยว ประเด็นโรคติดเชื้อ เช่น โรคไข้เลือดออก อาหารเป็นพิษ ที่อาจส่งผลต่อความเชื่อมั่นของนักท่องเที่ยวชาวยุโรป ที่เข้ามาท่องเที่ยวในพื้นที่ จนส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ให้มีการปรับปรุงวิธีการตอบคำถามตามเกณฑ์ เน้นภารกิจ ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ให้มีความกระชับมากขึ้น การระบุข้อมูลการดำเนินการ ควรยึดหลัก ADR คือ Approach มีแนวทางการดำเนินงานของกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ แบบแผนหรือไม่ คงเส้นคงวาหรือไม่ ทำซ้ำได้หรือไม่ Deploy การนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งจะดูความครอบคลุม ทั่วถึงทุกระดับ ทุกพื้นที่ Result ประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบุและจำแนกข้อมูลที่ชัดเจน ระหว่างกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่รับบริการโดยตรงจากหน่วยงาน ระบุข้อมูลผลลัพธ์เป็นจำนวนหรือร้อยละ หรือหากยังไม่มีผลลัพธ์ ให้ควรคาดการณ์จำนวนหรือร้อยละ ที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการ ส่วนการค้นหาความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานมีเทคโนโลยีสารสนเทศที่หลากหลาย โดยเฉพาะช่องทางสื่อออนไลน์ที่มี คลอบคลุมเกือบทุกแพลตฟอร์ม สามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการค้นหาความต้องการฯ และตอบสนองความต้องการได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หน่วยงานดำเนินการเปิดเผยข้อมูล (Open Data) บนเวปไซต์อยู่แล้ว ที่ทำให้ได้รับคะแนนในหมวดนี้ค่อนข้างสูง แต่หน่วยงานไม่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐาน เนื่องจากไม่ได้แสดงกลไก กระบวนการ วิธีการ และดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายใด จึงได้ผลลัพธ์ตามกระบวนการนั้น ส่วนการตอบคำถาม เช่น การกำหนดตัววัดเพื่อการติดตามงานอย่างมีประสิทธิผล ควรตอบในประเด็นตัวชี้วัดงบประมาณ และแผนงานโครงการ ให้อธิบายตัวชี้วัดที่สำคัญก่อน อธิบายให้เห็นว่าเกิดจากกระบวนการ กลไก วิธีการอย่างไร ก่อนที่จะได้ผลลัพธ์

หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร การตอบคำถามของการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ได้ หน่วยงานมีการดำเนินการตามเกณฑ์ แต่ในบางหัวข้อตอบไม่ตรงประเด็น ซึ่งต้องศึกษาตัวอย่างแนวทางการตอบคำถามจากหน่วยงานอื่น หรือมีการดำเนินการแต่ไม่ได้นำมาตอบ เนื่องจากอาจการตีความประเด็นคำถามไม่ชัดเจน ไม่เข้าใจซึ่ง

สามารถสอบทวนคำถามกับทางกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรคได้

หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ หน่วยงานควรระบุข้อมูลที่ครบถ้วนตาม Value Chain ครอบคลุมทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุน ในข้อที่ไม่ได้รับคะแนนจากผู้ประเมิน ต้องทบทวนโดยทำความเข้าใจกับข้อคำถามและเขียนรายงาน สิ่งที่หน่วยงานได้ดำเนินการ ซึ่งบางครั้งหน่วยงานได้ดำเนินการ แต่ไม่ได้เขียนลงแบบประเมิน หน่วยงานควรใช้จุดแข็งของของบุคลากรที่มีความถนัดทางเทคโนโลยี สร้างโอกาสในการนวัตกรรมกระบวนการให้เกิดขึ้นในหน่วยงาน

3) แนวทางในการพัฒนา จากการวิเคราะห์ผลผลการประเมิน และสังเกตการณ์ คืนข้อมูลในการประชุมคณะทำงานฯ หน่วยงานควรมีการพัฒนาในแต่ละหมวด ดังนี้

หมวด 1 การนำองค์กร

(1) วิเคราะห์การดำเนินงานในอนาคตและกำหนดทิศทางในการเตรียมการเชิงรุกเพื่อรองรับกับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยประเด็นการดำเนินการด้านการป้องกันควบคุมโรคในอนาคต เช่น การกระจายอำนาจด้านการป้องกันควบคุมโรคไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การท่องเที่ยว โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ชายแดน และแรงงานข้ามชาติ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีผลต่อการเกิดโรค อุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การเตรียมการเชิงรุกเพื่อรองรับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงานสาธารณสุขที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อบจ.) เวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว ระบบสุขภาพชายแดน เป็นต้น

(2) ติดตามการดำเนินการและประเมินผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยติดตามผลกระทบทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การใช้จ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ทางสังคม ได้แก่ การติดตามข่าวที่บิดเบือนทำให้สังคมเข้าใจคลาดเคลื่อน ทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผลกระทบต่อการใช้สารเคมีกำจัดยุงที่เป็นพาหะนำโรค ขยะติดเชื้อจากกระบวนการควบคุมโรค ขยะและน้ำเสียจากห้องปฏิบัติการด้านการควบคุมโรค ทางสาธารณสุข ได้แก่ อัตราการป่วยตาย จากโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ โดยกำหนดกรอบเวลาในการติดตามระยะสั้น 1 ปี และระยะยาว 3 - 5 ปี และนำเทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ ระบบ GIS ระบบ Dashboard เข้ามาใช้ในการดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานภายนอกกรมควบคุมโรค

หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หน่วยงานพัฒนาแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี ของหน่วยงาน ที่พร้อมรับมือกับความท้าทาย ที่ระบุไว้ในหมวด 1 การนำองค์กร โดยมีกระบวนการการพัฒนาแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปีของหน่วยงาน มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ 2) การจัดทำกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อความท้าทาย การเปลี่ยนแปลง พร้อมกำหนดตัวชี้วัด 3) การสื่อสารแผนฯ สู่การปฏิบัติ และการประเมินการรับรู้แผนการปฏิบัติราชการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงาน พร้อมการรับฟังความคิดเห็น ความคาดหวังผ่านการตรวจราชการ การประชุมรับฟังแลกเปลี่ยน การสำรวจความพึงพอใจในการให้บริการ

หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(1) หน่วยงาน ทบทวน วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเฉพาะกลุ่ม โดยกลุ่มผู้รับบริการ ของหน่วยงาน คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่หรือเดินทางเข้ามาในเขตสุขภาพที่ 8 และผู้ที่เดินทางระหว่างพรมแดนระหว่างประเทศ โดยสามารถจำแนกเป็น กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มวัย และกลุ่มโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มป่วย/พิการ กลุ่มพื้นที่เฉพาะ และกลุ่มผู้รับบริการโดยตรงจากหน่วยงาน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานราชการนอกสังกัด

กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานอิสระภายใต้กำกับรัฐ NGOs 5 องค์กรระหว่างประเทศ หน่วยงานเอกชน และภาคประชาชน เป็นองค์กร/ภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเฝ้าระวังและการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน/พื้นที่

(2) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการค้นหาความต้องการและคาดหวัง ช่องทาง Website ของหน่วยงาน ช่องทางผ่านสื่อ Social media พัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจที่ให้แต่ละกลุ่มงานนำไปใช้ในรูปแบบเดียวกัน เพื่อวิเคราะห์ ความต้องการในภาพรวม และเฉพาะกลุ่ม เพื่อนำผลมาปรับปรุงการพัฒนาการบริการให้สอดคล้องต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(3) พัฒนาแนวทางการบูรณาการประเมินความพึงพอใจและความผูกพันกับฐานข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากแหล่งข้อมูลนอกหน่วยงาน หรือหน่วยงานเครือข่าย ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

(1) พัฒนาการดำเนินงานด้านนวัตกรรมวิจัย การจัดการความรู้ให้กับบุคลากรภายใน และภายนอกหน่วยงาน โดยมีกระบวนการคือ ดำเนินการทบทวน วิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา สำรวจความต้องการด้านการทำวิจัย นวัตกรรมและผลิตภัณฑ์ทางวิชาการ มีแนวปฏิบัติด้านการสนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมของหน่วยงาน จัดทำแผนการทำวิจัยของหน่วยงานระยะ 3 ปี ติดตามการดำเนินงานฯ และสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในปีต่อไป

(2) หน่วยงานพัฒนาแผนการป้องกันการโจมตีทางไซเบอร์ที่มีประสิทธิภาพ ทบทวนและประเมินความเสี่ยงการโจมตีทางไซเบอร์ของหน่วยงาน นำเสนอผลการทบทวนและประเมินความเสี่ยงฯ และรูปแบบการป้องกันการโจมตีทางไซเบอร์ฯ เพื่อขอความคิดเห็นและข้อความร่วมมือดำเนินงานจากที่ประชุมฯ หน่วยงาน ซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table Top Exercise) เพื่อทบทวน ปรับแก้ไข ให้เหมาะสมกับการใช้เป็นแนวปฏิบัติประกาศใช้การป้องกันความเสี่ยงและการโจมตีทางไซเบอร์ ติดตามการดำเนินงานฯ และสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร พัฒนาให้บุคลากรมี Multi-skill พร้อมรับปัญหาที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทักษะที่ใช้ทำงานในสายอาชีพ (Hard skill) เช่น ด้านระเบียบวินัยทางราชการ กฎหมายด้านการป้องกันควบคุมโรค การจัดการข้อมูล ทักษะความสามารถเชิงสมรรถนะ (Soft skill) เช่น ทักษะด้านเทคโนโลยี (เช่น โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ ระบบออนไลน์ต่าง ๆ) ทักษะด้านการสื่อสาร (การพูดในที่สาธารณะ การสร้างสื่อรูปแบบต่าง ๆ) และทักษะด้านการประสานงาน ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) กำหนดหลักสูตรตามยุทธศาสตร์การพัฒนาของกรมควบคุมโรค และความต้องการของบุคลากร การส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนาด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบ e-learning ออนไลน์ โดยการรวบรวมหลักสูตรและแหล่งเรียนรู้พร้อมแนวทางการใช้งานที่สะดวกต่อการเข้าถึงการเรียนรู้ และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการพัฒนา และประเมินผลการพัฒนา

หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ

เน้นการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างนวัตกรรมในการลดต้นทุน และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของหน่วยงาน โดยศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับหน่วยงานเทียบเคียงที่มีภารกิจเดียวกัน ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ในประเด็น อัตรากำลัง งบประมาณ สถานที่ ระบบงาน แผนการดำเนินงาน โครงการ การดำเนินการตามมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรค และดำเนินการศึกษาพัฒนาเพื่อค้นหาเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมใน

การลดต้นทุนและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยพัฒนาเป็นนวัตกรรมตามกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking)

นอกจากประเด็นเนื้อหากระบวนการดำเนินการและผลลัพธ์ ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในการตอบแบบประเมินตามเกณฑ์พัฒนาเพื่อให้หน่วยงานได้รับคะแนนที่สอดคล้องกับการดำเนินการจริงของหน่วยงาน คือ ตอบข้อคำถามโดยใช้คำสำคัญที่สอดคล้องกับข้อคำถาม ทำความเข้าใจข้อคำถามโดยสอบถามกับกรมควบคุมโรคและหน่วยงานข้างเคียง ตอบคำถามด้วยคำตอบที่กระชับ ชัดเจน โดยการยกตัวอย่างในแต่ละประเด็น ยกตัวอย่างชื่อนวัตกรรม ใช้หลักการตอบให้ครอบคลุมตามแนวคิด ADR คือ Approach Deploy Result

4) ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินตามเกณฑ์หมวด 1 - 6 ซึ่งเป็นหมวดกระบวนการที่หน่วยงานได้พัฒนาการดำเนินการในปี พ.ศ. 2566 มีผลคะแนนเพิ่มขึ้นในหมวด 1-5 หมวด 6 คะแนนคงเดิม รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินตามเกณฑ์ PMQA ปี พ.ศ. 2565 -2566

หมวด	ปี พ.ศ. 2565	ปี พ.ศ. 2566	คะแนนส่วนต่าง	ร้อยละ
หมวด 1 การนำองค์กร	433	461	28	6.47
หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์	344	410	66	19.19
หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	383	477	94	24.54
หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	436	500	64	14.68
หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร	408	441	33	8.09
หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ	396	396	0	0.00

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร ด้วยเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี มีช่องว่างในการพัฒนาคือ ขาดการคาดการณ์ผลการดำเนินงานและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ที่ครอบคลุมด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข เพื่อนำไปวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อรองรับความท้าทายที่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงาน ซึ่งอาจเกิดจากหน่วยงานดำเนินการตามภารกิจ หน้าที่ของหน่วยงานและเกิดผลกระทบกับประชาชนในเชิงบวก คือประชาชนได้รับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีมาตรฐาน ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ[5] กำหนดให้หน่วยงานราชการนอกจากจะให้บุคลากรเฝ้าระวังผลกระทบทั้งเชิงบวกอาจจะยังไม่เพียงพอ ต้องเฝ้าระวังเชิงลบด้วย โดยเฉพาะในภาวะปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลง หน่วยงานต้องสร้างความร่วมมือของเครือข่ายในการเฝ้าระวังผลกระทบเชิงลบต่อสังคม จะช่วยให้ให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ครบถ้วน ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปกิต มูลเพ็ญ และอติพร เกิดเรือง[6] ที่พบว่า ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่วางมักไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การจำแนกกลุ่มผู้รับบริการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประเมินความต้องการและความผูกพันที่ระบุได้ไม่ชัดเจน อาจเกิดจากหน่วยงานเป็นหน่วยงานวิชาการ มีการบริการโดยตรงกับประชาชนน้อย ทำให้ไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้รับบริการได้อย่าง

ครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องให้การประเมินความต้องการไม่ครอบคลุมด้วย ซึ่งกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค[5] ระบุให้หน่วยงานที่สังกัดกรมควบคุมโรคดำเนินการจำแนกกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ได้รับสารสนเทศเกี่ยวกับกลุ่มและประเภทของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยสามารถการจำแนกตามลักษณะของผลผลิตหรือการบริการ ช่องทางการให้บริการ ผู้รับบริการ พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ความต้องการและความคาดหวัง พฤติกรรม ความนิยม หรือลักษณะที่เหมือนกันในแต่ละกลุ่มหรือปัจจัยอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การออกแบบผลผลิต บริการ และกระบวนกาปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละกลุ่มหรือบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ อนันตะ[8] ที่พบว่าหน่วยงานขาดการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ การระบุนวัตกรรมที่ชัดเจนและเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์ กระบวนการแนวทาง กลไกเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรที่ชัดเจน และการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดต้นทุน และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยหน่วยงานมีการดำเนินการและมีนวัตกรรม แต่ควรปรับวิธีการการตอบข้อคำถามการประเมินให้กระชับ ตรงประเด็น ระบุผลลัพธ์และยกตัวอย่างประกอบให้ชัดเจน โดยเน้นภารกิจยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน การนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีอยู่แล้ว มาใช้ในการค้นหาความต้องการผู้รับบริการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อธิบายกระบวนการ กลไก วิธีการสร้างนวัตกรรม ก่อนที่จะได้ผลลัพธ์ ใช้เทคโนโลยีในการพัฒนานวัตกรรมกระบวนการ โดยอาจเกิดจากคณะทำงาน PMQA ที่ยังขาดความความใจในข้อคำถาม ซึ่งคณะทำงานควรจะทำความเข้าใจ และตอบคำถาม และระบุข้อมูลตามที่สถาบันส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี สำนักงาน ก.พ.ร.[9] ที่ใช้ เป็นกรอบ A D R คือ Approach แสดงถึงแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน สามารถทำซ้ำได้ Deploy การนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบมีมาตรฐานในการนำไปใช้ ทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจที่ตรงกัน Result ผลลัพธ์ของกระบวนการที่เกิดขึ้น แนวทางในการพัฒนา คือ วิเคราะห์การดำเนินงานในอนาคตและกำหนดทิศทางในการเตรียมการเชิงรุกเพื่อรองรับกับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ติดตามการดำเนินการและประเมินผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จัดทำและพัฒนาแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี พร้อมการประเมินการรับรู้แผนการปฏิบัติราชการ สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมภรณ์ กุลทอง และนิตยา สินเธาว์[10] ที่ระบุว่าหน่วยงานควรมีการติดตามผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทบทวน วิเคราะห์ค้นหาความต้องการและคาดหวังกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเฉพาะกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมโนชัย สุดจิตร[11] ที่พบว่า การจำแนกกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และจัดช่องทางรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินความ พึงพอใจ และความไม่พึงพอใจหลังการให้บริการ พัฒนาการดำเนินงานด้านนวัตกรรม วิจัย การจัดการความรู้ โดยกำหนดขั้นตอน วิธีการพัฒนานวัตกรรม วิจัยให้เป็นมาตรฐาน และมีการจัดการความรู้ที่เป็นระบบต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มโนชัย สุดจิตร[11] ที่พบว่า การจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ต้องทำให้องค์การมีฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้น ทั้งข้อมูลภายในและภายนอกอย่างเพียงพอ ทันสมัยและสามารถประมวลวิเคราะห์มาใช้เพื่อใช้ในการจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็ว และหน่วยงานควรสนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมของหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา แย้มนิล[12] ที่พบว่าการนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการองค์กร เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ทำให้ภารกิจขององค์กรประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากร

ของหน่วยงานต้องได้รับการพัฒนาให้บุคลากรมี Multi-skill มีศักยภาพเพียงพอที่พร้อมรับปัญหาที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อำพร มณีเนียม ,ศดานนท์ วัตตธรรม, ประลอง นนท์ณรงค์ และรังสรรค์ วัฒนาชัยวณิช[13] ที่ระบุว่า การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่หลากหลาย มีการศึกษาและ ฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สามารถเข้าถึงความรู้และทักษะที่ก้าวหน้าได้ด้วยตนเอง จะยกระดับการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้มีระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเทียมเท่ามาตรฐานระดับสากล การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาพัฒนากระบวนการทำงานทั้งกระบวนงานหลัก และสนับสนุน และต่อยอดเป็นนวัตกรรม เพื่อทำให้เกิดการลดต้นทุน เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ วาณิชวศิน[14] ที่พบว่าระบบงานหลักและระบบงานสนับสนุนต้องพัฒนาโดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence-AI) Big Data เพื่อให้เกิดเป็นสำนักงานดิจิทัล

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานควรพัฒนาสมรรถนะคณะทำงาน สร้างความเข้าใจในเกณฑ์ เพื่อสามารถนำข้อมูลที่หน่วยงานดำเนินการตามภารกิจ มาตอบคำถามตามเกณฑ์ PMQA ได้กระชับ ตรงประเด็น ครบถ้วน ครอบคลุมทั้งกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินการ และมีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่หมวด 1 - หมวด 6 หน่วยงานควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงาน อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ตลอดจนรวบรวมลักษณสำคัญขององค์กรเพื่อให้บุคลากรภายในหน่วยงานเข้าถึงข้อมูล และนำไปตอบแบบประเมินตามเกณฑ์และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ โดยประสานเกณฑ์การดำเนินงานเข้ากับกระบวนการปฏิบัติงานตามภารกิจของหน่วยงาน และกำหนดให้มีการติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาแนวทางตามเกณฑ์การประเมินที่ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบพระคุณ ดร.วรวัตต์ ชาญวิรัตน์ ที่ให้คำปรึกษาการรูปแบบการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ขอบคุณผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และคณะกรรมการ PMQA ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. (2565). รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/odpc8/news.php?news=41285&deptcode=
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2565). การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.opdc.go.th/content/Nzc
3. กลุ่มติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานประจำปี 2565 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://anyflip.com/dikfw/mxhw
4. Kemmis, S & Mc Taggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2563). คู่มือการตรวจสอบความพร้อมสำหรับการดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA 4.0. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://psdg.anamai.moph.go.th/th/cms-of-59/211543

5. ปกิต มูลเพ็ญ และอติพร เกิดเรือง. (2564). ประสิทธิผลการดำเนินงานเพื่อเป็นองค์การสมรรถนะสูงของกองบังคับการสายตรวจและปฏิบัติการพิเศษ กองบัญชาการตำรวจนครบาล. วารสาร มจร.อุบลปริทรรศน์. 6(2), 49-62.
7. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค. (2565). คู่มือการตรวจสอบความพร้อมสำหรับการดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA 4.0 (PMQA 4.0 Checklist) กรมควบคุมโรค (ฉบับปรับปรุง). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1275220220829050646.pdf
8. สุชาติ อนันตะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขโดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2(1), 31-40.
9. สถาบันส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2564). รายงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) ของสำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://pdg.industry.go.th/th/reprotpmqa4-0
10. ปัทมภรณ์ กุลทอง และนิตยา สินเธาว์. (2566). แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4.0 (PMQA 4.0) ของศูนย์การทหารราบ ค่ายธนะรัชต์ อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์. 25(1), 166-179.
11. มโนชัย สุดจิตร. (2560). การบูรณาการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์การกับการจัดการ คุณภาพภาครัฐ: กรณีศึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันพระปกเกล้า 15(2), 116-135.
12. อังคณา แย้มนิล. (2564). การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในการบริหารองค์กร ภายใต้นโยบาย Thailand 4.0 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 8(1), 108-122.
13. อำพร มณีเนียม, ศดานนท์ วัตตธรรม, ประลอง นนท์ณรงค์ และรังสรรค์ วัฒนาชัยวณิช. (2564). การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการภาครัฐ.วารสารมหาจุฬาตานีปริทรรศน์ ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 3(6), 23-28.
14. สมศักดิ์ วาณิชวศิน. (2562). แนวทางสู่ความเป็นเลิศของสำนักงาน กสทช. ผ่านการประยุกต์ใช้มาตรฐานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ.วารสารกิจการสื่อสารดิจิทัล. 3(3), 196-216.

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Community acquired Pneumonia with Sepsis : Case study 2 Case

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

วไลลักษณ์ สีละพัฒน์
walailak seelapat

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลห้วยเม็ก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 ของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัย Pneumonia with Septic shock โดยรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 70 ปี ไข้ เหนื่อยเพลีย ทานได้น้อย มา 3 วัน มีโรคประจำตัวคือ Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Ischemic heart disease และพบ SIRs 3 ข้อ , NEWs 12 คะแนน แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะจนอาการดีขึ้น และจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 8 วัน รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 89 ปี ไข้ ซึม ทานได้น้อย มา 2 วัน มีโรคประจำตัวคือ Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Old cerebrovascular accident และพบ SIRs 2 ข้อ , NEWs 8 คะแนน แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ จนอาการดีขึ้น และจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

คำสำคัญ: ปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

This study was case study aimed to study and compare nursing care for pneumonia patients with sepsis through 2 case studies. Two case pneumonia with sepsis in Huaimek Hospital were purposive conducted between 1 January to 30 September 2024. Data were collected from inpatient medical records taking history from patients and relatives. Compare nursing activities Related textbooks and research documents comparative data were analyzed according to disease progression. Causes risk factors condition assessment treatment received and nursing process. The concept of Gordon's 11 functional health patterns was used as a guide to assess a patient problem, define a nursing diagnosis, plan for nursing care and evaluate.

Results : Case1, female 70 years old has co-morbidities Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Ischemic heart disease. 3 days ago she had a high fever and weakness. She received a symptom assessment history and physical examination and detected 3 points of Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) and 3 points of National Early Warning Score (NEWs) 12. She received admit at the female medicine ward for antibiotics until improve. Total treatment was 8 days. Case2, female 89 years old has co-morbidities Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Old cerebrovascular accident. 2 days before came to the hospital she had a fever and weakness . She received a symptom assessment, history and physical examination and detected 2 points of Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) and 8 points of National Early Warning Score (NEWs). She received admit at the female medicine ward for antibiotics until improve. Total treatment was 6 days.

Keywords: Pneumonia with sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากมีการติดเชื้อในร่างกาย เป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินต้องให้การรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (severe septicemia) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) เพราะมีการทำลายเนื้อเยื่อการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวนำไปสู่การเสียชีวิตได้กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้องรังและมีภาวะทุพโภชนาการผู้สูงอายุผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆเข้าสู่ร่างกายและผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี อวัยวะที่ติดเชื้อและทำให้เกิดภาวะช็อคได้บ่อย คือการติดเชื้อในปอด ติดเชื้อในช่องท้อง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ[1,2]

โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ หรือ pneumonia เป็นชนิดของปอดอักเสบที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเชื้อโรคที่เข้าสู่ปอดและทำให้เกิดการอักเสบของถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งเชื้อที่พบจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ และสภาพแวดล้อมที่เกิดโรค เช่น ได้รับเชื้อจากชุมชนทั่วไป เรียกปอดอักเสบในชุมชน (community - acquired pneumonia - CAP) หรือ ได้รับเชื้อจากภายในโรงพยาบาล เรียกปอดอักเสบในโรงพยาบาล (nosocomial pneumonia หรือ hospital - acquired pneumonia - HAP)[3] ทั้งนี้ เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยได้แก่ Streptococcus pneumoniae , Haemophilus influenzae type b , Chlamydia pneumoniae , Legionella spp . และ Mycoplasma pneumoniae ส่วนเชื้อไวรัส ได้แก่ Respiratory Syncytial Virus (RSV) , Influenza หรือเชื้อไข้หวัดใหญ่ และเชื้อราจากมูลนกหรือซากพืชซากสัตว์[4]

การดูแลรักษามุ่งเน้นที่ความรวดเร็วในการคัดกรองอาการของผู้ป่วยที่แสดงอาการเบื้องต้นให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทันที ประกอบด้วยการบริหารสารน้ำและเลือดทดแทน การให้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือดและยาที่เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลาง และค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด[5] แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ตัวชี้วัดที่สำคัญคือ การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับการวินิจฉัย การได้รับสารน้ำ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก ในกรณีไม่มีข้อห้าม ซึ่งตัวชี้วัดข้างต้นต้องปฏิบัติได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต ภายใน 3 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30[6]

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิต ปี 2563 ถึง 2566 เท่ากับ 32.81, 31.91, 34.09 และ 35.35 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตในระดับเขต 7 เท่ากับ 28.41, 27.45 ,33.09 และ 34.75 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในภาพรวมของจังหวัดกาฬสินธุ์ค่อนข้างสูง เท่ากับ 55.77, 55.78, 56.86 และ 48.15 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[8] สาเหตุอัตราการตายสูงเนื่องจากอวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลวจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทั่วร่างกายเป็นเวลานาน การวินิจฉัยที่ล่าช้า ทำให้การรักษาไม่ทันท่วงที รวมถึงการได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ในประเทศไทยมีการศึกษาผลการใช้ Early Goal-Directed Therapy (EGDT) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าสามารถชะลอความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตาย[7] จากการวิเคราะห์

ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลห้วยเม็ก ในปีงบประมาณ 2563 - 2566 พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแลเลือด จำนวน 297, 198, 123 และ 109 คน จำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบ 314 , 229 , 192 และ 239 คน จำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 22 , 28 , 33 และ 26 คน ไม่พบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต จากสถิติดังกล่าวพบว่า จำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มที่สูง[8] แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจึงต้องได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยเม็ก มีเป้าหมาย คือการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว ให้สารน้ำที่เพียงพอเหมาะสม ได้รับยาปฏิชีวนะทันท่วงที การดูแลผู้ป่วยจึงต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ตั้งแต่กระบวนการประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะขั้นสูงในการจัดการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลักคือ การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กลับสู่ภาวะปกติเร็วที่สุด และจำหน่ายกลับบ้านได้สามารถดูแลตนเองได้ดีไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคเดิมอีกใน 1 เดือน[9]

ผู้ทำการศึกษาซึ่งปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยในมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในพื้นที่มียังมีแนวโน้มที่สูง จึงมีความสนใจในการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การบริหารยาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลมีองค์ความรู้ มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย ที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลห้วยเม็ก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทย อายุ 70 ปี มาด้วยอาการ ไข้ เหนื่อยเพลีย ทานได้น้อย มา 3 วัน ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหน แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Septic shock with Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Ischemic heart disease จาก SIRs 3 ข้อ , NEWs 12 คะแนน และ ผล CXR ที่พบ Infiltration at LUL และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อ CBC: WBC 26,050 cell/mm3,PMN 84.6 cell/mm3 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000cc iv load 500 cc then 60 cc/Hrs. แพทย์ให้ Retained foley catheter วันแรกได้รับยา

ปฏิชีวนะเป็น Ceftriazone 2 gm.iv OD พบว่าผู้ป่วยยังมีไข้สูง ในวันที่ 2 แพทย์เปลี่ยนยาฉีดเป็น Ceftazidime 2 gm. iv q 12 hrs และในวันที่ 5 แพทย์เพิ่มยาปฏิชีวนะอีกชนิดคือ Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs หลังจากได้รับการดูแลรักษาไข้ลดลงตามลำดับ ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน หลังรับนอนในโรงพยาบาล 8 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 89 ปี มาด้วยอาการ ไข้ ซึม ทานได้น้อย มา 2 วัน ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหน แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Septic shock with Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Old cerebrovascular accident จาก SIRs 2 ข้อ , NEWs 8 คะแนน และผล CXR ที่พบ Infiltration at LUL และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อ CBC: WBC 24,540 cell/mm3, PMN 81.0 cell/mm3 ได้รับสารน้ำคือ 0.9% NSS 1000cc iv load 500 cc then 60 cc/Hrs. ได้รับยาปฏิชีวนะในวันแรกเป็น Ceftriazone 2 gm.iv OD ในวันที่ 3 แพทย์เปลี่ยนให้ Ceftazidime 2 gm. iv q 12 hrs และเพิ่ม Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs หลังจากได้รับการดูแลรักษา ไข้ลดลงตามลำดับ ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน หลังรับนอนในโรงพยาบาล 6 วัน

ตารางที่1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	70 ปี 4 เดือน	89 ปี 3 เดือน
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
สถานภาพสมรส	หม้าย	หม้าย
อาชีพ	ทำนา	ทำนา
การศึกษา	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
สิทธิการรักษา	UC ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	UC ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
ภูมิลำเนา	อ.ห้วยเม็ก จ.กาฬสินธุ์	อ.ห้วยเม็ก จ.กาฬสินธุ์
ผู้ดูแล	บุตร	บุตร
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด
วันเข้ารับการรักษา	20 พฤษภาคม 2567	27 เมษายน 2567
วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล	28 พฤษภาคม 2567	3 พฤษภาคม 2567
การวินิจฉัยเบื้องต้น	Pneumonia with Septic shock with Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Ischemic heart disease	Pneumonia with Septic shock with Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Old cerebrovascular accident

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การตรวจพิเศษ และการรักษาของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ เหนื่อยเพลีย ทานได้น้อย มา 3 วัน	ไข้ ซึม ทานได้น้อย มา 2 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 วันก่อนมารพ. ผป.มีไข้ เหนื่อยเพลีย ทานได้น้อย ซึมลง ญาติจึงนำส่งรพ. ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหน	2 วันก่อนมารพ. ผป.มีไข้ ซึม ทานได้น้อย ญาติจึงนำส่งรพ. ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การตรวจพิเศษ และการรักษาของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	DM & HT & IHD รับการรักษาเดิมที่ รพ.ทรายทองวัฒนา จ.กำแพงเพชร ก่อนย้ายมาอยู่ที่ ต.ห้วยเม็ก อ.ห้วยเม็ก จ.กาฬสินธุ์	DM & HT & old CVA (เคยมีประวัติซีกซ้ายอ่อนแรง รับการรักษาต่อเนื่อง ปัจจุบันสามารถเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีอ่อนแรง) รับการรักษาที่ รพ.ห้วยเม็ก ต.ห้วยเม็ก อ.ห้วยเม็ก จ.กาฬสินธุ์
โรคประจำตัว	DM & HT & IHD	DM & HT & old CVA
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร	ประวัติ แพ้ยา Paracetamol ปฏิเสธการแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยา, ปฏิเสธการแพ้อาหาร
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นเหนื่อย มีไข้สูง BT = 40˚C , PR = 111 /min , RR = 22/min , BP = 91/54 mmHg , BW = 68 kgs. H = 152 cms. , BMI = 29.43 , O2 sat = 92%RA , SIRs 3 ข้อ , NEWs 12 คะแนน	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นเหนื่อย มีไข้สูง BT = 39.7˚C , PR = 84 /min , RR = 22/min , BP = 140/68 mmHg , BW = 43 kgs. H = 154 cms. , BMI = 18.13 , O2 sat = 92%RA SIRs 2 ข้อ , NEWs 8 คะแนน
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CXR : Cardiomegaly Lung : Infiltration at LUL CBC : WBC 26,050 cell/mm3 PMN 84.6 cell/mm3 Hemoculture I : gram positive cocci in cluster Hemoculture II : gram positive cocci in cluster	Lung : Infiltration at LUL CBC : WBC 24,540 cell/mm3 PMN 81.0 cell/mm3 Hemoculture I : No growth after 5 days Hemoculture II : No growth after 5 days
การรักษา	Day 1 - 0.9% NSS 1000cc iv load 500 cc then 60 cc/Hrs. - Ceftriazone 2 gm.iv OD - O2 canular 3 lite/min - Retained foley catheter Day 2 - off Ceftriazone - add Ceftazidime 2 gm. iv q 12 hrs Day 5 - add Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs ยาเดิม - ASA 81 mg 1 tab oral OD - Lasix 40 mg oral 1 tab OD (ช) - Spironolactone 25mg. 1 tab oral OD - Simvastatin 25 mg. 1 tab oral Hs - Losatan 50 mg. 1 tab oral OD - Mixtard (30:70) 4-0-4 unit sc	Day 1 - 0.9% NSS 1000cc iv load 500 cc then 60 cc/Hrs. - Ceftriazone 2 gm.iv OD - O2 canular 3 lite/min Day 3 - off Ceftriazone - add Ceftazidime 2 gm. iv q 12 hrs - add Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs ยาเดิม - Hydralazine 25 mg 1 tab oral tid pc - Atenolol 50 mg 1 tab oral OD - B.complex 1 tab oral tid pc - Amlodipine 5 mg 2 tab oral OD - Glipizide 5 mg 1 tab oral OD

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตัวเอง รับรู้ว่าตัวเองไม่สุขสบาย มีไข้ เหนื่อยเพลีย ไม่อยากอาหาร รับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้น่าจะรุนแรงผู้ป่วยมีท่าทางวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตัวเอง รับรู้ว่าตัวเองไม่สุขสบาย มีไข้ เหนื่อยเพลีย ไม่อยากอาหาร รับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้น่าจะรุนแรงผู้ป่วยมีท่าทางวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย
แบบแผนสุขภาพที่2 โภชนาการและการ เผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อแต่รับประทานได้น้อย ไม่รู้สึกอยากอาหาร รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารรสไม่จัด ดื่มน้ำขวด ปฏิเสธการสูบบุหรี่ , ปฏิเสธการดื่มสุรา , ปฏิเสธการดื่มชากาแฟหรือเครื่องดื่มชูกำลัง มีปัญหาเรื่องการเคี้ยว BMI 29.432 kg./mm2	ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อแต่รับประทานได้น้อย ไม่รู้สึกอยากอาหาร รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารรสไม่จัด ดื่มน้ำขวด ปฏิเสธการสูบบุหรี่ , ปฏิเสธการดื่มสุรา , ปฏิเสธการดื่มชากาแฟหรือเครื่องดื่มชูกำลัง มีปัญหาเรื่องการเคี้ยว BMI 18.131 g./mm2
แบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระวันละ 0-1 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 4-6 ครั้ง ไม่แสบขัด การเจ็บป่วยครั้งนี้ แพทย์ให้ Retained foley catheter	ขับถ่ายอุจจาระวันละ 0-1 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 4-6 ครั้ง ไม่แสบขัด
แบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายชัดเจน ส่วนมากจะเดินรอบบ้าน การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยไม่มีการออกกำลังกายใดๆเนื่องจากมีอาการเหนื่อย ผู้ป่วย กลัวจะทำให้หายใจหอบได้ใส่ท่อช่วยหายใจ	ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายชัดเจน ส่วนมากจะเดินรอบบ้าน การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยไม่มีการออกกำลังกายใดๆ เนื่องจากมีอาการเหนื่อย ผู้ป่วย กลัวจะทำให้หายใจหอบได้ใส่ท่อช่วยหายใจ
แบบแผนสุขภาพที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	นอนคืนละ 5-7ชั่วโมง โดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อยเนื่องจากจำเป็นตองปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล	นอนคืนละ 5-7ชั่วโมง โดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อยเนื่องจากจำเป็นตองปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
แบบแผนสุขภาพที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตัวเองเป็นไข้ มีอาการเหนื่อยเพลีย ผู้ป่วยแจ้งญาติให้พามารับการรักษาที่รพ.หลังสังเกตอาการแล้วอาการไม่ทุเลา	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตัวเองเป็นไข้ มีอาการเหนื่อยเพลีย ผู้ป่วยแจ้งญาติให้พามารับการรักษาที่รพ.หลังสังเกตอาการแล้วอาการไม่ทุเลา
แบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้อาการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงและพร้อมรับการรักษา แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กลัวจะเป็นภาระให้บุตร ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องโรคและแผนการรักษาเป็นระยะๆ	ผู้ป่วยรับรู้อาการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงและพร้อมรับการรักษา แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กลัวจะเป็นภาระให้บุตร ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องโรคและแผนการรักษาเป็นระยะๆ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยสามีเสียชีวิตแล้ว อาศัยอยู่กับบุตร ครอบครัวมีความสัมพันธ์รักใคร่กันดี ดูแลช่วยเหลือกันดี	ผู้ป่วยสามีเสียชีวิตแล้ว อาศัยอยู่กับบุตร ครอบครัวมีความสัมพันธ์รักใคร่กันดี ดูแลช่วยเหลือกันดี
แบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยสามีเสียชีวิตและหมดประจำเดือนแล้ว	ผู้ป่วยสามีเสียชีวิตและหมดประจำเดือนแล้ว
แบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและการทนต่อความเครียด	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาลดี ปรึกษาบุตรเมื่อต้องการการตัดสินใจ และ ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องโรคและแผนการรักษาเป็นระยะๆ	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาลดี ปรึกษาบุตรเมื่อต้องการการตัดสินใจ และ ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องโรคและแผนการรักษาเป็นระยะๆ
แบบแผนสุขภาพที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	ผู้ป่วย เป็นเสาหลักเป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัว นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีความเชื่อเรื่องการแพทย์แผนปัจจุบัน เชื่อว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะได้รับการดูแลรักษาอย่างดี	ผู้ป่วย เป็นเสาหลักเป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัว นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีความเชื่อเรื่องการแพทย์แผนปัจจุบัน เชื่อว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะได้รับการดูแลรักษาอย่างดี

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	หญิงไทย อายุ 70 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด รับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ออกกำลังกาย	หญิงไทย อายุ 89 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน รับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ออกกำลังกาย	พบว่าทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพที่เป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เหมือนกันคือ เป็นผู้สูงอายุ ไม่ออกกำลังกาย มีโรคประจำตัวที่เหมือนกันคือ โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง จะมีที่แตกต่างคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีโรคร่วมคือโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีโรคร่วมคือโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (เคยมีประวัติซีกซ้ายอ่อนแรง ปัจจุบันสามารถเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีอ่อนแรง) ทั้ง 2 รายมีแบบแผนการรักษาที่เหมือนกันคือ เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการรับรู้อาการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรง พร้อมรับการรักษา แต่มีความวิตกกังวลต่อการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี
2.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ไข้เหนื่อยเพลีย ทานได้น้อย มา 3 วัน พบ SIRs 3 ข้อ , NEWs 12	ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ไข้ซึม ทานได้น้อย มา 2 วัน พบ SIRs 2 ข้อ , NEWs 8 คะแนน CXR	พบว่า ทั้ง 2 ราย แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Septic shock จากผลการตรวจร่างกายและการตรวจชันสูตร

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	คะแนน CXR พบ Infiltration at LUL CBC: WBC 26,050 cell/mm3, PMN 84.6 cell/mm3	พบ Infiltration at LUL CBC: WBC 24,540 cell/mm3, PMN 81.0 cell/mm3	
3.การรักษา	- 0.9% NSS 1000cc iv load 500 cc then 60 cc/Hrs. - D1:add Ceftriazone 2 gm.iv OD - D2: off Ceftriaxone add Ceftazidime 2 gm. iv q 12 hrs - D5: add Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs	- 0.9% NSS 1000cc iv load 500 cc then 60 cc/Hrs. - D1:add Ceftriazone 2 gm.iv OD - D3: off Ceftriazone add Ceftazidime 2 gm. iv q 12 hrs และ add Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs	แพทย์ให้การรักษาคล้ายกันโดยเริ่มที่การให้สารน้ำ ซึ่งเป็น isotonic crystalloids โดยให้ 0.9% NSS 1000cc iv drip สำหรับยาปฏิชีวนะ กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มต้นที่ Ceftriazone 2 gm.iv OD ในวันที่ 2 เปลี่ยนให้ Ceftazidime 2 gm. iv q 12 hrs และในวันที่ 5 เพิ่ม Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs กรณีศึกษาที่ 2 วันแรกให้ Ceftriazone 2 gm.iv OD ในวันที่ 3 เปลี่ยนให้ Ceftazidime 2 gm. iv q 12 hrs และ Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไข้เริ่มลดลงตามลำดับ วันแรกผู้ป่วยทั้ง 2 ราย on O2 canular 3 lite/min หลังจากนั้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย O2 sat อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ได้ on O2 canular ในวันถัดมา และผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ได้จำหน่ายให้กลับบ้านได้หลังรับนอน 8 วัน ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 แพทย์ให้กลับบ้านหลังรับนอน 6 วัน
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ 2 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 3 ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอาหารใน	1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ 2 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 3 ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอาหารใน	- ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังรับการรักษา อาการดีขึ้นตามลำดับ Fingertip Pulse Oximeter (O2 sat) > 95% ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลว และไม่ติดเชื้อเพิ่ม - ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะ โดยกรณีศึกษาที่ 1 ได้รับ Ceftriazone ในวันแรกและแพทย์เปลี่ยนให้ Ceftazidime ในวันที่ 2 และเพิ่ม Clindamycin ในวันที่ 5 ส่วนในกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับ Ceftriazone ในวันแรก แพทย์เปลี่ยนให้ Ceftazidime และเพิ่ม Clindamycin ในวันที่ 3 หลังรับการรักษาอาการดีขึ้นตามลำดับ National Early Warning Score (NEWs) คะแนนลดลงตามลำดับ Fingertip Pulse Oximeter (O2 sat) > 95% ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลว และไม่ติดเชื้อเพิ่ม - ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังรับการรักษา อาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น ญาติ/ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเต็มใจในการทำกิจกรรม - ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังรับการรักษา อาการดีขึ้นตามลำดับ ไข้ลดลง ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายมากขึ้น ไม่

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	ร่างกายเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 7 เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก DMETHOD	ร่างกายเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 7 เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก DMETHOD	มีอาการปวดเมื่อยตามตัว ไม่มีอาการอ่อนเพลีย มีแรงมากขึ้น ไม่ซึม ไม่มีอาการเพ้อ - ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังรับการรักษา อาการดีขึ้นตามลำดับ น้ำหนักไม่ลดลงจากเดิม ไม่มี poor skin turgor รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่บ่นเบื่ออาหาร - ผู้ปวยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย และญาติ มีความวิตกกังวลลดลง มีเสียงหัวเราะ มีรอยยิ้ม นอนหลับพักผ่อนได้ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ - ผู้ปวยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย และญาติ รับทราบข้อมูลพยาธิสภาพ แนวทางการรักษา และบอกวิธีดูแลตนเองที่บ้านได้

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเหมือนกัน จาก ผล CXR ที่พบ Infiltration at LUL และผล CBC ที่มี WBC และ PMN ที่สูงผิดปกติ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีระดับความเจ็บป่วยที่รุนแรงกว่า SIRs 3 ข้อ ,NEWs 12 คะแนน ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 SIRs 2 ข้อ ,NEWs 8 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นสูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมจึงมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว พยาบาลต้องมีสมรรถนะ และความเชี่ยวชาญ ในการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วครอบคลุม สามารถรายงานแพทย์ได้ทันเวลา และต้องใช้ทักษะขั้นสูงในการประเมินการเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด บทบาทที่สำคัญของพยาบาลต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และใช้ Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) และ National Early Warning Score (NEWS) เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว แก้ไขภาวะวิกฤตได้ทัน ทำให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน[9,10,11]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการอบรมฟื้นฟู การคัดกรองและการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อ โดยใช้ Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) และ National Early Warning Score (NEWS) อย่างสม่ำเสมอ

2. ควรมีการอบรมฟื้นฟู การจัดแบ่งประเภทผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ความถี่ในการประเมินผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข.ข้อมูลการเสียชีวิตพ.ศ.2563-2565
2. จันจิรา กุยแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565; 7:22-29
3. ชิโนรส วงค์ธิดา. การศึกษาประสิทธิภาพจากการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2563; 3: 39 - 50

4. นงณภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.2560;2
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล.ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์คลังนานาธรรม. 2551; 4
6. เพชรรุ่ง อิฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562; 13 : 72 - 80
7. ศุภโชค เข็มลา. อัตราการตายภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock ภายหลังการให้สารน้ำปริมาณไม่เกิน 1,500ml. เปรียบเทียบกับ การให้สารน้ำปริมาณมากกว่า 1,500ml. วารสารโรงพยาบาลนครพนม.2561 ;4 : 4 - 16
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลห้วยเม็ก. ฐานข้อมูลHDC ผู้รับบริการโรคติดเชื้อ พ.ศ.2565. กาฬสินธุ์.
9. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551; 2
10. สุภาคินี สุคนธนากุล. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563; 5 :201 - 208
11. อัชฌาณัฐ วังโสม. ฐิตินันท์ วัฒนชัย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561; 18 : 123 - 132
256

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

Development for type 2 diabetes patients care model with strict behavior modification to enter diabetes in remission Subdistrict Health Promoting Hospital, Chumphon Province

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น[1] ,พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์[1] ,ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ[2] ,ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์[3]
Dueanphen Kianbun[1] , Pongthien Punpipatpaibun[1] , Bhumtapat Mayusiri[2] , Nakanchaya Navawatcharin[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Rresearch and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยดเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ77.37 อายุเฉลี่ย56.01 + 9.80 BMI ผิดปกติ ร้อยละ 100.00 FBS เกินร้อยละ 77.4 และ A1C เกิน 77.4 รับประทานยา Metformin Pioglitazone ร้อยละ 97.08 Glipizideร้อยละ 62.04 pioglitazone ร้อยละ 7.29 หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ BMI ผิดปกติ ร้อยละ 97.1 FBS เกินร้อยละ 59.5 และ A1C เกิน 32.1 รับประทานยา Metformin Pioglitazone ร้อยละ 81.38 Glipizide ร้อยละ 50.36 pioglitazone ร้อยละ 5.10 ลดขนาดยา ร้อยละ 25.18 และหยุดยา ร้อยละ 5.83 ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลหลังอาหาร ระดับน้ำตาลสะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด, โรคเบาหวานระยะสงบ

Abstract

This research and development aimed to study the development of a care model for type 2 diabetic patients with strict behavioral modification to enter remission diabetes at the sub-district health promotion hospital, Chumphon Province. The sample group consisted of type 2 diabetic patients at the sub-district health promotion hospital, Chumphon Province. Data were collected using a recording form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that before the operation, the majority of the sample group was female (77.37%), with an average age of 56.01 + 9.80, abnormal BMI (100.00%), FBS over 77.4%, and A1C over 77.4%. They took Metformin Pioglitazone (97.08%), Glipizide (62.04%), and pioglitazone (7.29%). After the operation, The majority of the sample had abnormal BMI (97.1%), FBS exceeding 59.5%, and A1C exceeding 32.1%. 81.38% took Metformin Pioglitazone, 50.36% took Glipizide, 5.10% took pioglitazone, 25.18% reduced the dose, and 5.83% stopped taking the medication. The results of the comparison of the health status of type 2 diabetic patients at the Subdistrict Health Promoting Hospital,

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
[2] ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

Chumphon Province before and after the operation found that there were differences in body weight, body mass index, blood sugar level, and accumulated blood sugar level, with the mean scores decreasing significantly at the .05 level.
Keywords: Type 2 diabetic patient care, strict behavior modification, remission diabetes

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มอาการทางเมตะบอลิซึมที่มีลักษณะสำคัญ คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การตอบสนองต่ออินซูลินในเนื้อเยื่อเป้าหมาย ล ด ล ง (resistance to insulin actions in peripheral tissues) หรือ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) และ 2) การหลั่ง อินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนไม่เพียงพอ(inadequate secretion of insulin) หรือ ภาวะพร่องอินซูลิน (impaired insulin secretion) โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิดตาม สาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรคได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes) โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ (other specific types of diabetes) และโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์(gestational diabetes mellitus [GDM])[1,2]

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า Diabetes Remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก นายแพทย์กรภัทร มฏระสาคร ได้ให้จำกัดความ ของโรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง การที่ผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้น้อยกว่า 6.5% เกิน 3 เดือนโดยไม่ใช้ยาเบาหวาน ในการนี้สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมวิชาชีพ ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อนำไปสู่โรคเบาหวานระยะสงบนั้นจะเน้นที่การจัดการด้านการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 3 ถึง 6 เดือน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักลงได้ ร้อยละ 10-15[3] จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่าการลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัวจะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อนส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานระยะสงบของ เรื่องการจำกัดพลังงานในอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะอ้วนร่วมด้วยโดยการรับประทานอาหารพลังงานต่ำมากเพียงอย่างเดียวสามารถทำให้เกิดการสงบของเบาหวานได้[4]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรได้ให้ความสำคัญพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ มีการจัดทีมไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลชุมชนที่มีการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ และนำมาจัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$ โดยหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกายลดลง ทั้งนี้ บุคลากรผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนานี้มีความพึงพอใจในภาพรวมมากถึง ร้อยละ 91.60 จากผลการศึกษาจึงมาพัฒนารูปแบบและศึกษาใน รพ.สต ในจังหวัดชุมพร โดยปรับคู่มือ ขั้นตอน ให้ง่าย สะดวกกับการปฏิบัติงานใน รพสต. คงใช้รูปแบบเดิม กลุ่มเป้าหมายเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใน 10 ปี

โดยกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ 5 A Self-management[5] รูปแบบในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มงวด ได้แก่ การรับประทานอาหารแบบคาร์โบไฮเดตรต่ำ การรับประทานอาหารพลังงานต่ำโดยใช้โมเดล 2:1:1 กา รอดอาหารเป็นช่วง การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม MI (Motivational Interviewing) การติดตามทาง application ไลน์ หรือโทรศัพท์ 2) จัดทำคู่มือการดำเนินงานระบุเนื้อหาที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงาน 3) ระบุกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ (การคัดเลือกผู้ป่วย การให้ข้อมูล การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ และการเก็บข้อมูล) ปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการรับประทานยาเป็นเวลา 3 เดือน ประเมิน ติดตามวัดผลน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม เพื่อประเมินการหยุดการใช้ยาเบาหวาน ซึ่งหากผู้ป่วยหยุดยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดอีก 3 เดือน และมีระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่า 6.5 ผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้

โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด โดยพบสูงถึงร้อยละ 90-95 ของจำนวนผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด และศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เป็นปัญหาสำคัญที่พบว่ามักเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขึ้นทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่ หลอดเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ โดยทำการศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อันจะนำไปสู่การพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุม ลดความเสี่ยง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ลดภาวะพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยเบาหวานบางรายอาจเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ ลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในผู้ป่วย ผู้ให้บริการโรงพยาบาล และระดับประเทศ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีมาตรฐานและเหมาะสมตามบริบทจังหวัดชุมพรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

วิธีการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ศึกษา

ระหว่าง เดือน เมษายน 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 รวม 4 เดือน ระยะที่ 2 ระยะขยายผล ศึกษาระหว่างเดือน สิงหาคม 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 5 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 10 ปี และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร2) ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร จำนวน 274 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดกิจกรรม การจัดทำคู่มือและแบบติดตามการดำเนินการตามรูปแบบ การสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การทบทวน ปรับปรุง และขยายผล การดำเนินการตามรูปแบบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ประกอบด้วย

Assess ได้แก่ การติดตาม FBS, HbA1c ,BW, Behavior ,Knowledge, stage of change

Advice ได้แก่ Education/Skill train/Tool-kit /Guideline (VLCD ,HP, GF, Plate model ,IF, Exercise) MI:OARS/BI

Agree ได้แก่ การกำหนด SMART Goal setting: behaviors Goal achievement

Assist ได้แก่ กิจกรรม Positive feedback /Empowerment /Motivation /Telehealth / F/U

Arrange ได้แก่ การติดตาม Goal achievement /Behavior change/ Clinical outcomes

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดรายบุคคล (5A)

2.2 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ได้แก่ FBS, HbA1c, Creatinine, eGFR, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, Urine microalbuminภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication)

1.2 การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ประกอบด้วย Assess, Advice, Agree, Assist และArrange

1.3 การจัดทำคู่มือและแบบติดตามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

1.4 การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

1.5 สรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

2.1 การทบทวน ปรับปรุง และขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

2.2 การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

2.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมสุขภาพ และ สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล Dependent t – test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และ สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตร อุดมศักดิ์

ผลการวิจัย

จากการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร สามารถสรุปผลการศึกษา ได้ดังต่อไปนี้

ก่อนดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ77.37 อายุเฉลี่ย56.01 $\pm$ 9.80 BMI ผิดปกติ ร้อยละ 100.00 FBS เกินร้อยละ 77.4 และ A1C เกิน 77.4 รับประทานยา Metformin Pioglitazone ร้อยละ 97.08 Glipizide ร้อยละ 62.04 pioglitazone ร้อยละ 7.29

หลังการดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ BMI ผิดปกติ ร้อยละ 97.1 FBS เกินร้อยละ 59.5 และ A1C เกิน 32.1 รับประทานยา Metformin Pioglitazone ร้อยละ 81.38 Glipizide ร้อยละ 50.36 pioglitazone ร้อยละ 5.10 ลดขนาดยา ร้อยละ 25.18 และหยุดยา ร้อยละ 5.83

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
BW	72.20	12.56	69.84	14.64	273	12.588	.000	1.98642	2.72293
BMI	29.05	4.43	28.06	4.57	273	13.293	.000	.84602	1.14018
FBS	139.41	39.57	118.91	25.39	273	9.717	.000	16.34075	24.64465
A1C	7.48	1.28	6.73	0.98	273	13.453	.000	.63719	.85566

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ก่อนดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ77.37 อายุเฉลี่ย 56.01 + 9.80 BMI ผิดปกติ ร้อยละ 100.00 FBS เกินร้อยละ 77.4 และ A1C เกิน 77.4 รับประทานยา Metformin Pioglitazone ร้อยละ 97.08 Glipizide ร้อยละ 62.04 pioglitazone ร้อยละ 7.29 สอดคล้องกันกับการศึกษาของนลิน จรุงธนะกิจ (2564) ได้ศึกษาผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (โควิด-19) โรงพยาบาลไทรงาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงสูง (HbA1c ≥ 7%) โดยทั้งเพศชายและเพศหญิงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบ ก่อนรับบริการตามแนวทางฯ กลุ่มตัวอย่างที่มี HbA1c ≥ 7% เพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.2 และ 59 ตามลำดับ ดังนั้น จึงได้จัดทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ประกอบด้วย Assess, Advice, Agree, Assist และArrange ตามแนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด[5] ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[7, 8, 9] ส่งผลให้ หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ BMI ผิดปกติ ร้อยละ 97.1 FBS เกินร้อยละ 59.5 และ A1C เกิน 32.1 รับประทานยา Metformin Pioglitazone ร้อยละ 81.38 Glipizide ร้อยละ 50.36 pioglitazone ร้อยละ 5.10 ลดขนาดยา ร้อยละ 25.18 และหยุดยา ร้อยละ 5.83 และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยที่ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ และคณะ (2567)[10] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$ โดยหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอด

อาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกายลดลง ทั้งนี้ บุคลากรผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนานี้มีความพึงพอใจในภาพรวมมากถึง ร้อยละ 91.60 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และคณะ (2567)[9] พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการประกอบด้วย การพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic) โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับบริการ การแบ่งกลุ่มเลือก intervention ที่สะดวก และดี เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบอย่างรวดเร็ว การออกแบบการสื่อสารและสร้างแรงบันดาลใจ นำไปสู่ทักษะการดูแลอย่างเข้มข้น ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และประวัติการทานยาของผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง (SMBG) เพื่อวางแผนติดตามผล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดตามภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (self-monitoring) พร้อมบันทึกผลข้อมูล รวมถึงออกแบบให้มีปัจจัยสนับสนุนในชุมชน เช่น สินค้าสุขภาพ หรือสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ผู้บริหารสนับสนุนหรือเป็นหัวหน้าทีม การทำงานเป็นทีม (Team Work) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม การปฏิบัติตามแผนงาน และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีแนวทางการดำเนินงานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานและเหมาะสมตามบริบทและคาดหวังให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ลดค่าใช้จ่ายการรักษา ลดอัตราป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญจน์มิตา ธัญวัฒน์ธีรากุล.(2566). การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ผลการวิจัย พบว่า (1) การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ ของผู้ป่วยเบาหวานมีรูปแบบกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่องค์กร การภาคีสร้างภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมการสร้างคณะทำงาน/ทีมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ชัดเจน และการจัดทำรูปแบบการเรียนการสอนของผู้ป่วยเบาหวานในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ที่ประกอบได้ ด้วย 14 กิจกรรม 14 สัปดาห์ โดยผสมผสานการเจาะน้ำตาล การวัดองค์ประกอบร่างกาย (body composition) และใช้แนวคิดใน 4 เรื่องสำคัญ ได้แก่ (1) Information Processing and Evaluation (2) Self- Monitoring (3) Education (4) Meal Planning (2) การประเมินผลลัพธ์กระบวนการเรียนรู้ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยได้ประสบผลสำเร็จ ด้านกระบวนการเรียนรู้ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีความรู้ด้านการบริ โภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนใช้ รูปแบบ รวมทั้งด้านกายภาพ พบว่าระดับ HbA1c ลดลงเมื่อวัดผลหลังจากการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

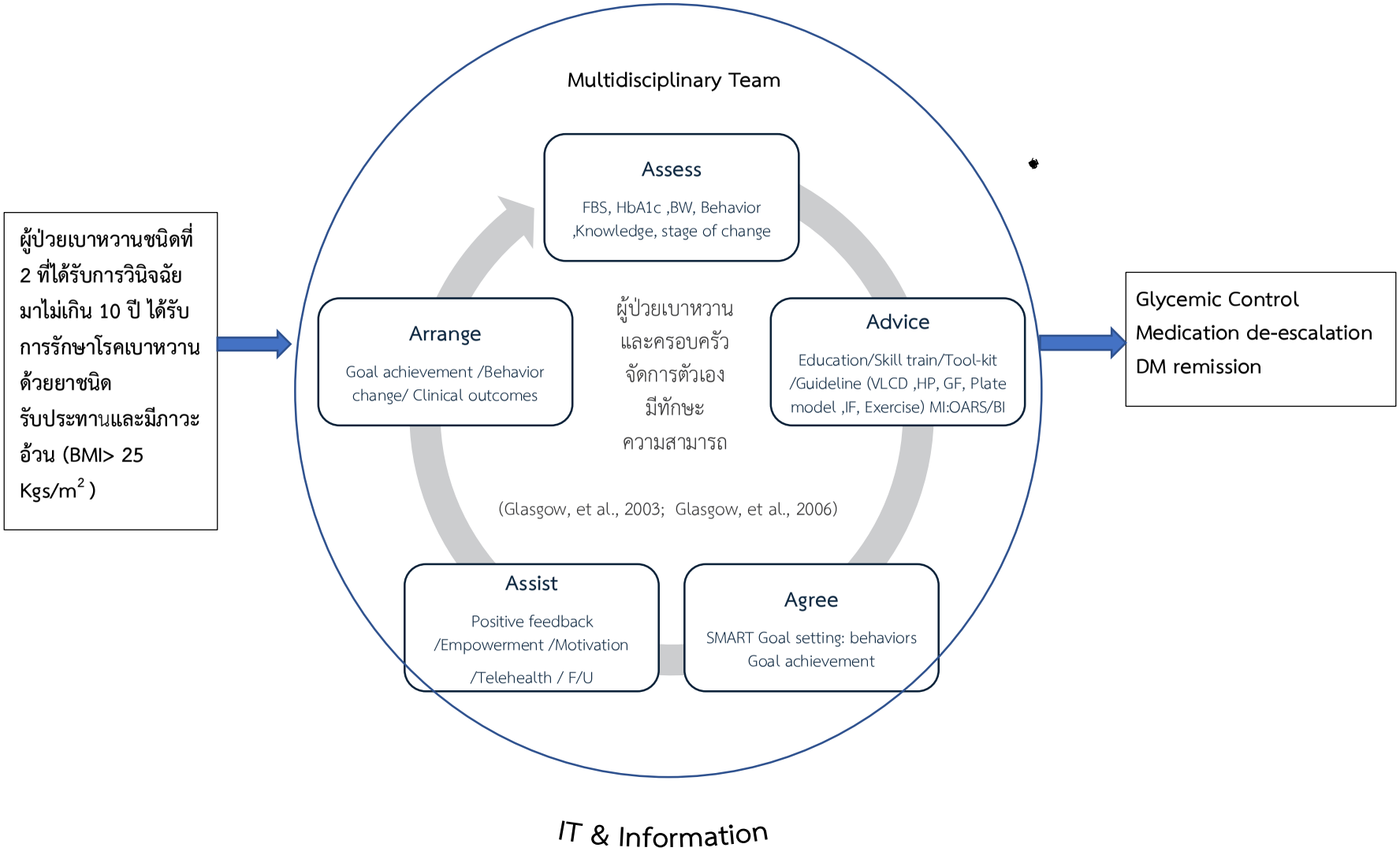
ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร สามารถสรุปแนวคิดในการดำเนินการ ได้ดังต่อไปนี้

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH
VOL. 9 NO. 6 November – December 2024

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร



ระยะเวลา		ทีมสหวิชาชีพ	5 A Self-management (Glasgow, et al., 2003; Glasgow, et al., 2006)					Tool Kit เครื่องมือ-อุปกรณ์	รายงาน/ บันทึกข้อมูล
			Assess การประเมินปัญหา	Advice การให้ข้อมูลและคำแนะนำ	Agree การตั้งเป้าหมาย	Assist การช่วยเหลือและสนับสนุน	Arrange การติดตาม		
Day 0 Preparation-Stage of change 3	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 5 ปีได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยารับประทาน และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร^2) สมัครใจเข้าร่วม ไม่มีข้อห้ามตามเกณฑ์	**แพทย์**	ประเมินและบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ผล Lab ได้แก่ FBS, HbA1c, Creatinine, eGFR, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, Urine microalbuminภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication)	ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้างวด ข้อดีความเป็นไปได้ในการปรับยา การควบคุมโรค และ remission	<u>กำหนดเป้าหมายทางคลินิก</u> โดยแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย (HbA1C) ลดลง /น้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) ลดลง/น้ำหนักตัวลดลง 5-10% /การปรับลดยา	MI:OARS >BI -กระชับ-เสริมสร้างแรงจูงใจ -เน้นความรู้ที่เป็นเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีความต้องการก่อน -เพิ่มเติมความรู้/ทักษะที่จำเป็น Skill Training -ตอบ/แก้ปัญหาและอุปสรรค	-ทีมสหวิชาชีพอยู่ในกลุ่มLine/ -Telephone	1.คู่มือการปฏิบัติงาน 1.plate model ทัพพี 2.IF Model 3.ตารางออกกำลังกาย 4.readiness ruler	
		พยาบาลCM/ พยาบาล ผู้รับผิดชอบ	- สร้างความเป็นมิตร ความไว้วางใจ - ประเมินความต้องการ ความรู้ Stage of change ≥3 - ประเมินแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เช่น ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน	MI:OARS/BI -VLCD /LCD ,HP, GF, -Plate model -IF, Exercise **(ไม่มีโภชนากร)**	กำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ กำหนดด้วยตนเอง มีลักษณะเป็น **SMART** goal -ชัดเจน (**S**pecific) -วัดได้ (**M**easurable) -บรรลุได้ (**A**chievable) -ปฏิบัติได้จริง (**R**ealistic) -มีเวลาที่ชัดเจน (**T**ime)				บันทึก google form
		เภสัชกร	-การใช้ยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ (drug compliance) / กลไกการออกฤทธิ์ของยา /การใช้ยา (taking medication)	MI:OARS/BA/BI					
		โภชนากร	ประเมินการรับประทานอาหาร /stage of change ด้านอาหาร	MI:OARS/BI -VLCD /LCD ,HP, GF, Plate model ,IF					
		.....*							
Week1 และ 2		พยาบาลCM/ พยาบาล ผู้รับผิดชอบ	ประเมินแรงจูงใจ stage of change	MI:OARS/BA			Line/Telephone		บันทึก google form
Week 4 และ 8	F/U DM Clinic /BW/FPG/BP	พยาบาลCM/ พยาบาล ผู้รับผิดชอบ	ประเมินแรงจูงใจ stage of change	MI:OARS/BA			DM clinic		บันทึก google form
Week 12	F/U DM Clinic /BW/FPG/BP/HbA1c	แพทย์	ผลLab ได้แก่ FBS, HbA1c,BW,BP				DM clinic		บันทึก google form

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด โดยคณะทำงานพัฒนารูปแบบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

1.1 ศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่ดำเนินการประสบความสำเร็จนำโดยนพ.สาธารณสุขจังหวัดชุมพร คณะทำงานบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

1.2 ศึกษาสถานการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ ในด้านบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาความพร้อมและสอบถามความต้องการและอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรและคณะทำงาน

1.3 กำหนดกรอบแนวคิดและร่างรูปแบบการพัฒนาดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชุมพร

→ ร่าง กรอบแนวคิดรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

2.1 ประชุมระดมสมอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น ทบทวนผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน มาปรับให้เหมาะสมกับบริบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

2.2 คณะทำงานพัฒนารูปแบบปรับปรุงคู่มือ แบบบันทึกรายบุคคลตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ

→ ร่าง รูปแบบฉบับทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

3.1 นำผลการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดกลุ่มเป้าหมาย

3.2 ประชุมชี้แจงคณะทำงาน ผู้รับผิดชอบงาน ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 77 แห่ง

3.3 ทดลองใช้รูปแบบในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 เดือน

3.4 ติดตามสนับสนุนการดำเนินการใช้รูปแบบโดยคณะทำงานพัฒนารูปแบบจังหวัดชุมพร

3.5 ประชุมทบทวนหลังการทำลองใช้รูปแบบ โดยคณะทำงานพัฒนารูปแบบ

→ ร่าง รูปแบบฉบับปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 4 สรุปรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

4.1 ถอดบทเรียนการทดลองใช้รูปแบบโดยคณะกรรมการพัฒนารูปแบบและตัวแทนผู้ปฏิบัติงานตามรูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร

4.2 ปรับปรุงรูปแบบฉบับทดลองใช้ เพื่อให้เนื้อหามีความถูกต้องเหมาะสม สมบูรณ์โดยคณะกรรมการพัฒนารูปแบบ

4.3 สรุปรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร เผยแพร่และขยายผลต่อไป

→ รูปแบบฉบับสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานพ.ศ.2543. พิษณุโลก : กลุ่มโรคไม่ติดต่อสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่9จังหวัดพิษณุโลก, 2546.
2. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2554). ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน. URL <http://www.diabassocthai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=30%3A2011-02-22-14-26-02&catid=5%3A2011-01-25-09-12-47&Itemid=6&lang=en> 2554.
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. .(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
4. ศิริเนตร สุขดี อังศินันท์ อินทรคำแหง พัชรี ดวงจันทร์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ ของชุมชนในตาบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสุขศึกษา. ปีที่ 40 เล่มที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2560
5. DeWalt, et al. (2004). Literacy and Health outcomes. Journal of General International Medicine. 19: 1228-1239.
6. นลิน จรุงธนะกิจ.(2564). ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (โควิด-19) โรงพยาบาลไทรงาม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 15(36). 129-42
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพ: บริษัท ศรีเมือง การพิมพ์
8. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.
9. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, พนิดา เจริญกรุง, ศศิภรณ์ สารแสง.(2567). ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 20(2) 17-26
10. ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น พนัดดา นักดนตรี.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(1). 298=307
11. กัญจน์มิตา ธัญวัฒน์ธีรากุล.(2566). การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2. วารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ส า นักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 3(2). 130-51
12.Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., and Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Joint Commission journal on quality and safety, 29(11), 563–574.
13.Glasgow, R. E., Emont, S., and Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International, 21(3), 245–255.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันความรุนแรงของการดำเนินโรค หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Outcome of using the nursing practice guideline for sepsis patients to prevent severity of disease progression at Medical ward, Wanonniwat hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

พจนาฏ ศรีธรรมมา[1]
Podjanald Srithumma[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันความรุนแรงของการดำเนินโรค ในแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 20 คน 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส ระหว่างวันที่ 9 กันยายน – 30 พฤศจิกายน 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ แบบเดิม จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่ จำนวน 30 คน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯแบบใหม่ และแบบบันทึกผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติ เครื่องมือในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบเดิมและแบบใหม่อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 104.75, S.D.=17.13; $\overline{X}$= 123.60, S.D.=6.90) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่สูงกว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.951, p<0.001) ด้านผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯแบบเดิมเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระดับรุนแรง/เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อร้อยละ 10.0 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.3 นอนรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วันร้อยละ 76.7 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 6.07 วัน (S.D.=5.03) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระดับรุนแรง/เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลงเป็นร้อยละ 3.3 อัตราการเสียชีวิตลดลงเป็นร้อยละ 0.0 นอนรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.7 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงเหลือ 3.93 วัน (S.D.=2.19) และพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯแบบใหม่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, หอผู้ป่วยอายุรกรรม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study outcome of using the nursing practice guideline for sepsis patients to prevent severity of disease progression at Medical ward, Wanonniwat hospital, Sakon Nakhon Province. The sample were 2 groups included: 1) Registered nurses who work in medical ward 20 persons, select by purposive sampling, and 2) the sepsis patients who admitted at medical ward during 9 September – 30 November 2024 of all 60 participants, 30 were using nursing practice guideline old version and 30 were using new version, selected by the purposive sampling technique, The data collection instrument consisted: questionnaires of general data of registered nurses, adherence to sepsis practice guidelines, satisfaction of using nursing practice guideline new version and recording form of patient

[1] โรงพยาบาลวานรนิวาส

outcome. The experimental instrument was the nursing practice guideline for sepsis patient new version. Data were analyzed by descriptive statistic and compare mean with paired t-test.

The result found; mean score of performed total item of sepsis practice guideline old version and new version were the level of high ($\overline{X}$=104.75, S.D.=17.13; $\overline{X}$=123.60, S.D.=6.90), and comparing found mean score of performed new version higher than old version significantly (t=-5.951, p<0.001). On the other hand, the patient's outcome found the group of using sepsis practice guideline old version were complication with 10% of severe sepsis/septic shock, 3.3% of the death rate, 76.7% of admitted in hospital less than 7 days, average of hospital stay with 6.07 days. And the group of using sepsis practice guideline new version found complication with severe sepsis/septic shock decreased to 3.3%, the death rate decreased to 0.0%, admitted in hospital less than 7 days increased to 96.7%, average of hospital stay decreased to 3.93 days. The registered nurses satisfied using sepsis practice guideline new version was the level of highest.
Keyword: nursing practice guideline, sepsis, medical ward.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของการติดเชื้อ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คนทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วย ประมาณการในปี 2560 มีผู้ป่วยติดเชื้อ 48.9 ล้านรายในแต่ละปี และมีผู้เสียชีวิต 11 ล้านราย อีกทั้งผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิตจากภาวะติดเชื้อมีปัญหาสุขภาพในระยะยาว (Rudd K et al., 2020) และการติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกัน จากสถิติในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 พบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ภาพรวมร้อยละ 33.71, 35.24 และ 30.5 ตามลำดับ ส่วนของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 27.25, 28.25 และ 23.17 ตามลำดับ[1]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระยะ คือ 1) systematic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบของร่างกายที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อ ผู้ป่วยต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ (1) อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส (2) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 bpm (3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 bpm หรือ $PaCO_2$ น้อยกว่า 32 mmHg (4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 หรือน้อยกว่า 4,000 cell/mm^3 หรือมี immature form มากกว่าร้อยละ 10 2) Sepsis คืออาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมีภาวะ SIRS 3) Severe sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่มีอวัยวะในร่างกายทำงานล้มเหลวอย่างน้อย 1 อวัยวะขึ้นไป และ 4) Septic shock คือ ภาวะ sepsis ที่มีความดันโลหิตต่ำ (systolic blood pressure น้อยกว่า 90 mmHg หรือลดลงมากกว่า 40 mmHg จากค่าพื้นฐาน[2]

การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรกจะช่วยทำให้การค้นหาสาเหตุ วินิจฉัยโรคและให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว หากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้แต่แรกและรวดเร็ว[3] จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ป้องกันหรือชะลอการเกิดการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราตายได้[4] ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลรักษาแบบมุ่งเป้าในระยะแรก มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบปกติ[4,5,6]

การศึกษาวิจัยที่นำแนวปฏิบัติการรักษาแบบมุ่งเป้าไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมพบว่า พยาบาลสามารถดัก

จับอาการของผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว บริหารยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมง ป้องกันและลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลว และลดอัตราการเสียชีวิต[5,7] อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากร้อยละ 41.40 เหลือร้อยละ 17.10[6] แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ 2567 มีเป้าหมายของอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าร้อยละ 26

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired โรงพยาบาลวานรนิวาสระหว่างปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 10.39, 16.33 และ 13.29 ตามลำดับ[8] และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเท่ากับ 154 ราย, 228 ราย และ 290 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นจำนวน 113 ราย, 162 ราย และ 205 ราย ตามลำดับ ผู้ที่มีการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นและเกิดภาวะช็อก (Severe sepsis และ Septic shock) ต้องย้ายเข้าไปรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 9 ราย, 4 ราย และ13 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนปัญหาหน้างานพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม ยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของ 1 Hour 6 bundle โดยเฉพาะการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง, การส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติไม่ตรงกัน อีกทั้งยังมีพยาบาลวิชาชีพน้องใหม่ปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี จำนวน 12 คน ที่มีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับได้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้ครอบคลุมมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันความรุนแรงของการดำเนินโรคในบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันความรุนแรงของการดำเนินโรค หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุกรรมระหว่างการใช้แนวปฏิบัติแบบเดิมและแบบใหม่

2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การเสียชีวิตและระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการใช้แนวปฏิบัติแบบเดิมและแบบใหม่

3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่

สมมติฐานการศึกษา

1) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่สูงกว่าการใช้แนวปฏิบัติแบบเดิม

2) ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลัง

ใช้แนวปฏิบัติแบบใหม่ดีกว่าการใช้แนวปฏิบัติแบบเดิม

3) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่อยู่ในระดับพึงพอใจมากถึงมากที่สุด

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเดิมและแบบใหม่ แผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง และใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และยินดีเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา หรือต้องการออกจากการศึกษา

2) กลุ่มผู้ป่วย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส ระหว่างดำเนินการศึกษา และผู้ป่วยหรือญาติยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยต้องการออกจากการศึกษา

คำนวณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากโปรแกรม G* power analysis[10] ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก means: Differences between two independent means (two groups), Type of power analysis เลือก A priori: Compute required sample size-given α, power, and effect sizes เลือกการทดสอบ two tails กำหนดค่าอิทธิพลขนาดสูง (Effect size) เท่ากับ 0.80 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ 0.85 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน[11] เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (2) แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเดิมและแบบใหม่ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น การพยาบาลในระยะเร่งด่วน มีข้อคำถาม 12 ข้อ และการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง มีข้อคำถาม 14 ข้อ การให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของการปฏิบัติสม่ำเสมอ และ 1 จะเป็นตัวเลขแทนความหมายของการไม่ทำตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่วางไว้ การวัดระดับข้อมูลเป็นแบบอันตรภาคชั้น การแปลผลพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[12] แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำคือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลางคือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติระหว่างร้อยละ 60-79 และระดับสูงคือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติร้อยละ 80 ขึ้นไป (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีข้อคำถาม 6 ข้อ ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด ระดับข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) การแปลความหมายใช้เกณฑ์เฉลี่ยดังนี้[13] คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 เท่ากับ ไม่พึงพอใจ 1.81-2.60 เท่ากับพึงพอใจน้อย 2.61-3.40 เท่ากับพึงพอใจปานกลาง 3.41-4.20 เท่ากับพึงพอใจมาก และ 4.21-5.00 เท่ากับพึงพอใจมากที่สุด

ตอนที่ 2 แบบเก็บรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ HN อายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่รับผู้ป่วยต่อจากแผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ความรุนแรงของการดำเนินโรค (การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และการเสียชีวิต) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่ที่ปรับปรุงจากฉบับเดิม โดยการเพิ่มความถี่ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อดักจับอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้เร็วขึ้น และให้การดูแลรักษาได้ทันท่วงที ป้องกันการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบเก็บรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 1.00 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยพบว่าแบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1) ประชุมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวานรนิวาส เพื่อทบทวนปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผ่านมา วิเคราะห์สาเหตุ และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2) ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการแก้ไขปัญหา โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทบทวนบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ปรับปรุงล่าสุด

3) เขียนเค้าโครงการศึกษาเพื่อรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

4) หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครแล้ว จึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการศึกษาทดลอง โดยประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุกรรมทั้งหมด เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา และขั้นตอนการศึกษา อีกทั้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพซักถามจนเข้าใจกระบวนการปฏิบัติ

ขั้นดำเนินการ

1) ดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเดิมกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 30 คน หลังจากนั้นจึงให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทำแบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯแบบเดิม และผู้วิจัยเก็บรวบรวบรวมผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติฯแบบเดิม

2) จัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมโดยแบ่งเป็น 2 ครั้งๆละ 10 คน เพื่อไม่ให้กระทบต่อการปฏิบัติงาน จุดมุ่งหมายในการประชุมคือต้องการสะท้อนข้อมูลผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบเดิม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการ เพื่อสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หลังจากนั้นจึงอธิบายถึงเหตุผลของการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นฉบับใหม่ เพิ่มความถี่ในการประเมินอาการผู้ป่วย เพื่อดักจับอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเคร่งครัดด้วยการให้การพยาบาลในระยะเร่งด่วนเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ก่อนเริ่มการใช้แนวปฏิบัติฯแบบใหม่

3) ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่ที่ปรับปรุงขึ้น รายละเอียดของแนวปฏิบัติฯแบบเดิมและแบบใหม่

4) ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย หลังจากนั้น จึงให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบทดสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่ เป็นต้น

5) ผู้วิจัยเก็บบันทึกผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่จากข้อมูลเวชระเบียน หลังจากเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวานรนิวาส ระหว่างวันที่ 9 กันยายน - 30 พฤศจิกายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวานรนิวาส วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติ

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเดิมและแบบใหม่ใช้สถิติ Paired t – test 4) นำเสนอผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การเสียชีวิตและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลใช้อัตราส่วน จำนวน ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2567 เอกสารเลขที่ SKN REC 2024-101 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.0 มีอายุระหว่าง 22-29 ปี ร้อยละ 60.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 80.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การงานในโรงพยาบาลไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 60.0 ไม่เคยได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 90.0

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเดิมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการพยาบาลในระยะเร่งด่วนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.0 และระดับสูงร้อยละ 45.5 ด้านการพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่องมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.0 และระดับสูงร้อยละ 45.0 ส่วนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทั้งด้านการพยาบาลในระยะเร่งด่วนและการพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยรวมหลังใช้แนวปฏิบัติฯแบบเดิมเท่ากับ 104.75 (S.D.=17.13) และหลังใช้แนวปฏิบัติฯแบบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 123.60 (S.D.=6.90) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่สูงกว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.951, p<0.001) และเมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการพยาบาลในระยะเร่งด่วนและด้านการพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่สูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (t=-6.149, p<0.001;t=-5.619, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติฯแบบเดิมและแบบใหม่

ตัวแปร	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แบบเดิม		การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การพยาบาลในระยะเร่งด่วน	48.0	7.85	56.95	3.12	19	-6.149	<0.001*
การพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่อง	56.75	9.36	66.65	4.26	19	-5.619	<0.001*
ภาพรวม	104.75	17.13	123.60	6.90	19	-5.951	<0.001*

* p<.01

ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ: ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.30 ปี (S.D.=15.78 ปี) มีโรคประจำตัวร้อยละ 83.3 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.10 ปี (S.D.= 20.40 ปี) มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการ	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯแบบเดิม		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่	
	จำนวน (n=30)	ร้อยละ	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	11	36.7	16	53.3
หญิง	19	63.3	14	46.7
2. อายุ				
น้อยกว่า 40 ปี	2	6.7	7	23.3
40 – 49 ปี	5	16.7	3	10.0
50 – 59 ปี	8	26.7	3	10.0
60 ปีขึ้นไป	15	50.0	17	56.7
	$\bar{X}$=59.30 ปี, S.D.=15.78ปี Max=91ปี, Min=21ปี)		$\bar{X}$=54.10ปี, S.D.=20.40ปี, Max=78ปี, Min=15ปี)	
3. โรคประจำตัว				
ไม่มี	5	16.7	8	26.7
มี	25	83.3	22	73.3

ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเดิมและแบบใหม่: กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเดิมเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง/ภาวะช็อกจากการติดเชื้อร้อยละ 10.0 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.3 ส่วนใหญ่นอนรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วัน ร้อยละ 76.7 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 6.07 วัน (S.D.=5.03 วัน) ส่วนกลุ่มได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง/ช็อกจากการติดเชื้อพบร้อยละ 3.3 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.0 นอนรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วัน ร้อยละ 96.7 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 3.93 วัน (S.D.=2.19 วัน)

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่โดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.70 S.D.= 0.47) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ให้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$= 4.75, S.D.= 0.44) รองลงมาคือ สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$= 4.70, S.D.= 0.47) และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{X}$= 4.65, S.D.= 0.49) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ เนื้อหาของแนวปฏิบัติเข้าใจง่าย ($\bar{X}$= 4.50, S.D.= 0.61)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันความรุนแรงของการดำเนินโรค หอผู้ป่วยอายุรกรรม เปรียบเทียบระหว่างการใช้แนวปฏิบัติฯแบบเดิมและแบบใหม่ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่สูงกว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ จันทะวัง[14] ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติการพยาบาลแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้ทุกครั้ง และการศึกษาของพรรณี ชูศรีและคณะ[15] ที่พบว่าหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดจนการศึกษาของภัทราวรรณ ขุนทองและวารินทร์ บินโฮเซ็น[16] ที่ศึกษาคุณภาพการจัดการด้านกระบวนการและพบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ทุกครั้งมากกว่าร้อยละ 80 และการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเกาะสมุยโดย นาตยา บุญสุข[4] ที่พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สามารถอธิบายได้ว่าในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการสะท้อนข้อมูลผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ แบบเดิมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่วางไว้และชี้ประเด็นให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติฯแบบเดิม หลังจากนั้นจึงอธิบายให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่ที่ปรับปรุงขึ้นจากปัญหาที่พบและการทบทวนวรรณกรรม โดยการปรับความถี่ในการประเมินผู้ป่วยโดยเฉพาะการพยาบาลในระยะเร่งด่วนเพื่อดักจับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีเพื่อป้องกันความรุนแรงของการดำเนินโรคเข้าสู่การติดเชื้อในระดับรุนแรงและการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตได้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มให้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่ที่ปรับปรุงขึ้นส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯแบบใหม่สูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กระบวนเหล่านี้เป็นการพัฒนาบุคลากรให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีระบบของ David Easton[9] และผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วย

ผลการศึกษานี้พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง/เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 3.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 3.3 เป็นร้อยละ 0.0 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยไม่เกิน 7 วัน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.7 และค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลลดลงเป็น 3.93 วัน (S.D.=2.19 วัน) เมื่อเทียบกับหลังใช้แนวปฏิบัติฯแบบเดิม อีกทั้งความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติฯแบบใหม่อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินทร วิบูลชัยและคณะ[17] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มงานศัลยกรรมและพบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยลดลงร้อยละ 6.6 เป็น 0.0 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น และการศึกษาของธารทนา วงษ์ทวีและคณะ[7] ที่พบว่าภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแล

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้ค่าเฉลี่ยลำดับความรุนแรงของการเกิดอวัยวะล้มเหลวในวันที่ 2 ของการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยวิกฤติภายในเวลาที่กำหนดและพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ตลอดจนการศึกษาของนาตยา บุญสุข[4] ที่พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 42.0 เหลือร้อยละ 18.1 และพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมนั้น พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความสามารถในการตรวจจับความเปลี่ยนแปลง (Early Detection) ของอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้อง รายงานแพทย์ถึงความผิดปกติที่ตรวจพบอย่างรวดเร็ว และใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เป็นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ลดการเกิดภาวะคุกคามต่ออวัยวะและการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้[18]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวางแผนพัฒนาสมรรถะพยาบาลให้มีทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่สามารถพบได้ในหอผู้ป่วยต่างๆของโรงพยาบาลโดยเฉพาะบุคลากรใหม่เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้ชัดเจนมากขึ้น รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยชน์ต่อองค์กรได้แก่ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ลดเรื่องร้องเรียนจากการให้บริการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบวัดผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด (Health KPI) [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2567]. แหล่งข้อมูล http://healthkpi.moph.go.th
2. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, Schein RM, Sibbald WJ. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee, American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. Chest 1992,101(6),1644-1655.
3. Fylnn MMB, Elizabeth B. Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. American Journal Nursing 2018,118(2),34-39.
4. นาตยา บุญสุข. ผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลเกาะ สมุย. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2566,10(7),286-296.
5. ประภาพรรณ สิงห์โตและทองเปลว ชมจันทร์. กระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2564,3(2),1-21.
6. นิตยา ภูริพันธ์, อำนาจ กาศสกุลและณัฐวรรณ พละวุฑิโฒทัย. ผลลัพธ์ของการพัฒนาการใช้ Sepsis Protocol Checklist Lerdsin Hospital. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563,36(1),12-20.
7. ธารทนา วงษ์ทวี, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจและสุนทรี เจียรวิทยกิจ. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะเซพซิสต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2563,26(2),155-171.

8. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2567. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2567 จากแหล่งข้อมูล HDC Service
9. Easton D. A sytems analysis of political life. New Yourk:Wiley;1965b.
10. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, & Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007,39,175-191.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;1988.
12. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
13. ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. การตลาดบริการ. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด;2549.
14. สมใจ จันทะวัง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานหอผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2561,26(1),35-46.
15. พรรณี ชูศรี, อิสราภรณ์ ปัญญาและปิยะเนตร ปานเกิด. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข 2565,1(2),12-27.
16. ภัทราวรรณ ขุนทองและวารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2566,5(3),1-18.
17. สิรินทร วิบูลชัย, วนิดา เคนทองดี และพรพิมล คำประเสริฐ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563,38(2),119-128.
18. ลักคณา บุญมี, จิริยา อินทนา, คริณธร มังคะมณี, เยาวลักษณ์ มีบุญมากและอัคนี วันชัย. ผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อกระแสเลือด: บทบาทพยาบาล. เชียงรายเวชสาร 2561,10(2),268-276.

ความชุกและการกระจายตัว ของการติดเชื้อ Human papillomavirus High Risk Group ของสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

The Prevalence and Genotypic distribution of high risk Human papillomavirus among Thai Women Who screened Cervical Cancer in Ubonratchathani Cancer Hospital

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

กมล วิสุวรรณ[1]
Kamol Wisuwan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการการติดเชื้อ Human Papillomavirus ในสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เมษายน 2567 จำนวน 1,576 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกในการติดเชื้อ HPV คิดเป็น ร้อยละ 11.17 สายพันธุ์ที่พบมาก 5 ลำดับแรกคือ สายพันธุ์ 52, 16, 58, 66 และ 39 คิดเป็น ร้อยละ 14.85, 12.60, 9.71, 8.60 และ 8.52 ตามลำดับ ในกลุ่มที่พบติดเชื้อไวรัส HPV พบผลการตรวจเซลล์วิทยาผิดปกติ ร้อยละ 18.28 โดยผลทางเซลล์วิทยาที่ตรวจพบคือ ASC-US ร้อยละ 65.7, LSIL ร้อยละ 25 และ HISL ร้อยละ 6.2 กลุ่มช่วงอายุที่พบการติดเชื้อ HPV มากที่สุดคือ ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 13.66 และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HPV พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เพิ่มความเสี่ยง 15.94 เท่า (OR=15.94, 95%CI 10.06-25.27) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 18 ปี ทำให้เพิ่มความเสี่ยง 3.42 เท่า (OR=3.42, 95%CI=2.44-4.78) สรุปผลการศึกษา พบความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV คิดเป็นร้อยละ 11.17 สายพันธุ์ที่พบมาก 5 ลำดับแรก คือ สายพันธุ์ 52, 16, 58, 66 และ 39 ที่ร้อยละ 14.85, 12.60, 9.71, 8.60 และ 8.52 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ, เชื้อไวรัสเอชพีวี, การตรวจเซลล์วิทยา, สตรีไทย

Abstract

The purpose of survey research was to study about the prevalence of Human papilloma Virus infection and the risk factors related with HPV infection among Thai women in Ubon Ratchathani Cancer Hospital. The study design was retrospective analytic study. The data form 1,567 women who had cervical cancer screening in Ubon Ratchathani Cancer Hospital between October 2023 until April 2024 were used for statistical analysis. T

he results showed that the prevalence of HPV infection was 11.17 %. The five most common high-risk HPV genotypes identified were HPV types 52 (14.85%), 16 (12.60%), 58 (9.71%), 66 (8.60%), and 39 (8.83%), respectively. The reported prevalence of cytological abnormalities was 18.28%, with the most common types being ASC-US (65.7%), LSIL (25%), and HSIL (6.2%). High-risk HPV infection was most frequently found in women under the age of 40, with a prevalence of 13.66%. Risk factors associated with high-risk HPV infection included alcohol consumption (OR = 15.94, 95% CI: 10.06–25.27) and having the first sexual intercourse before the age of 18 (OR = 3.42, 95% CI: 2.44–4.78).

Keyword:, Prevalence and distribution of infection , High risk Human Papilloma Virus, Liquid base cytology, Thai women.

[1] โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก ข้อมูลจาก Global cancer statistics 2020 พบว่าอัตราการเกิดพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 604,000 ราย และพบผู้เสียชีวิตประมาณ 342,000 ราย โดยอัตราการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 13.3 ต่อแสนประชากร และพบว่าอุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง[1] สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูก ถือเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ซึ่งพบอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทย พบอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate, ASR) อยู่ในลำดับที่ 1 พบ 23.4 ราย ต่อประชากรแสนคนต่อปี จากสถิติข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2559- 2561 พบอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate, ASR) อยู่ในลำดับที่ 5 พบ 11.1 ราย ต่อประชากรแสนคนต่อปี ของมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย[2] จากการศึกษาพบว่าการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มีความสัมพันธ์กับการเกิด pre-malignant และ malignant lesion พบว่าประมาณร้อยละ 90 ของสตรีที่มีความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูกมีการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร่วมด้วย[3] เชื้อไวรัสเอชพีวี มีมากกว่า 200 สายพันธุ์ โดยสามารถแยกสายพันธุ์ของไวรัส HPV ตามความความรุนแรงในการก่อโรค (Oncogenic potential) แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk group) สามารถทำให้เกิด LSIL, high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) มีจำนวน 14 สายพันธุ์ ได้แก่ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59, 68, 73 และ 82 ซึ่งสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 จะมีคุณสมบัติเป็น oncogenic type สูงกว่าสายพันธุ์อื่น และกลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low-risk group) คือ เชื้อไวรัสเอชพีวี ที่ทำให้เกิด condyloma และ Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) ได้แก่สายพันธุ์ 6, 11, 42-44, 53-55, 62 และ 70 โดยเชื้อไวรัสเอชพีวี กลุ่มนี้ไม่ก่อให้เกิดมะเร็ง[4] จากข้อมูลการศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ชนิดความเสี่ยงสูงในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย ในภาคกลางพบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 16 (39.21%) มากที่สุด รองลงมาเป็นชนิด 18, 52, 58 ตามลำดับ ในภาคเหนือพบการติดเชื้อ HPV ชนิด 16 (41.86%) มากที่สุด รองลงมาจะเป็น 52, 18, 58 ตามลำดับ[5] ภาคเหนือตอนล่าง พบการติดเชื้อไวรัสร้อยละ7.20 % และพบสายพันธุ์ 52 (18.08%) มากที่สุด รองลงมาเป็นสายพันธุ์ 16 (9.39 %) และพบสายพันธุ์ 58 (8.45%)[6] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบข้อมูลการศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่ระบุสายพันธุ์ ที่มีความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ในจังหวัดอุบลราชธานี และพื้นที่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัย จึงมีความประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และศึกษาความสัมพันธ์การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี กับผลการด้านเซลล์วิทยา (Cytology) และผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology) เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนตามนโยบายป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการการติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี กับผลการตรวจด้านเซลล์วิทยา (Cytology) และผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology)
3. เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาวางแผนนโยบายป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยการใช้ฐานข้อมูลระบบ HIS ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มสตรีไทยที่มารับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในระหว่างปีงบประมาณ 2566 ระหว่างตุลาคม 2566 ถึง เมษายน 2567 จำนวน 1,567 ราย ที่มาตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ สตรีไทย ไม่เคยเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบสมบูรณ์ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ สตรีชาวต่างชาติ และเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของคุณศิริญญา เพชรพิชัย และคณะ เป็นการศึกษา ความชุกของการติดเชื้อ Human papilloma Virus สายพันธุ์เสี่ยงสูงของสตรีไทยในพื้นที่จังหวัดพิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท และกำแพงเพชร ปี พ.ศ.2564 พบความชุก ร้อยละ 7.20[6]

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากร

$$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1)+p(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

เมื่อ N คือ จำนวนประชากร จำนวน 2,291 คน

p คือ สัดส่วน เท่ากับ 0.072

d คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.0072 จากคำนวณขนาดตัวอย่างเท่ากับ 1566.5 ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้จำนวนตัวอย่าง 1567 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศ (HIS) ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล ผลการตรวจเชื้อไวรัสเอชพีวี โดยระบุ 14 สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง (HPV HR 14 genotypes) ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา ผลการตรวจชิ้นเนื้อ การเป็นประจำเดือนครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 18 ปี ประวัติการมีประจำเดือน จำนวนการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) และ Chi-Squar โดยกำหนดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p< 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ EC 006/2024 เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อยหลัง (Retrospective study) กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,567 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็นช่วงอายุซึ่งประกอบด้วย ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 432 คน (27.5%) กลุ่มช่วงอายุระหว่า 41-50 ปี จำนวน 547 คน (34.9%) กลุ่มช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 442 คน (28.2%) และกลุ่มช่วงอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 146 คน (9.3%) แยกผู้มารับบริการออกเป็นพื้นที่จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดมุกดาหาร และไม่ระบุจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 56.3, 23.9, 9.1, 9.3, 1.1 และไม่ระบุจังหวัด 0.3 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อ HPV พบจำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 11.17 ไม่พบการติดเชื้อ HPV จำนวน 1,392 คน คิดเป็นร้อยละ 88.83 และดำเนินการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา (Cytology) ในรายที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี จำนวน พบเซลล์ผิดปกติ มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 และผลการตรวจพบเซลล์ปกติ จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8% ในส่วนข้อข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ พบเพียงร้อยละ 0.4 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.6 ข้อมูลการ

ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 6.5 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.4 ข้อมูลการเป็นประจำเดือนครั้งแรกในช่วงอายุ 10-13 ปี พบร้อยละ 63.4 มีประจำเดือนช่วงอายุเกิน 13 ปี ร้อยละ 35.5 ข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 18 ปี พบร้อยละ 26.9 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุมากกว่า 18 ปี พบร้อยละ 71.9 ข้อมูลจำนวนการตั้งครรภ์ พบว่าตั้งครรภ์น้อยกว่า 2 ครั้ง พบร้อยละ 4.7 ตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง พบร้อยละ 6.6

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในช่วงอายุต่าง ๆ โดยการแยกช่วงอายุ 4 ช่วงอายุ ประกอบกอบด้วย ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี พบการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 13.66 ช่วงอายุ 41-50 ปี พบการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 10.05 ช่วงอายุ 51-60 ปี พบการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 9.73 และช่วงอายุมากกว่า 60 ปี พบข้อมูลการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 12.33 ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา พบว่ามีผลผิดปกติ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ผลปกติ ร้อยละ 81.8 ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา พบว่าช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี พบความผิดปกติ ร้อยละ 2.31 กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 41-50 ปี พบความผิดปกติ ร้อยละ 3.29 กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 51-60 ปี พบความผิดปกติทางด้านเซลล์วิทยา ร้อยละ 0.90 และกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ไม่พบความผิดปกติทางด้านเซลล์

จากการศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี พบว่ามีการติดเชื้อมากกว่า 1 สายพันธุ์ จำนวน 31 คน (17.71%) และติดเชื้อแบบสายพันธุ์เดียว จำนวน 144 คน (82.29%) จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่เป็นแบบสายพันธุ์เดียว สูงสุด 5 ลำดับ ประกอบด้วยสายพันธุ์ 52, 16, 58, 66 และ 39 คิดเป็นร้อยละ 14.85, 12.60, 9.71, 8.60 และ 8.52 ตามลำดับ และเมื่อแยกพิจารณาการติดเชื้อ HPV พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีร้อยละ 50.85 จังหวัดศรีสะเกษ พบติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 22.28 จังหวัดอำนาจเจริญ พบการติดเชื้อไวรัสเอช พีวี ร้อยละ 15.42 จังหวัดยโสธร พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 9.71 จังหวัดมุกดาหาร พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 1.14 และไม่ระบุจังหวัด ร้อยละ 0.60

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ของสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี แบบ Bivariate analysis ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงสูงถึง 15.94 เท่า (OR=15.94, 95% CI=10.06-25.27) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 18 ปี มีความเสี่ยงสูงถึง 3.42 เท่า (OR=3.42, 95%CI=2.44-4.78)

จากการศึกษากรณีพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี จำนวน 175 คน ได้มีการติดตามผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา (Cytology) ผลปกติ ร้อยละ 81.72 และพบผลการตรวจทางเซลล์วิทยา ที่มีความผิดปกติ ร้อยละ 18.28 เมื่อพิจารณาผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา ในรายที่พบความผิดปกติ มีรายละเอียดดังนี้ ASC-US ร้อยละ 65.7 ผล AGC-US ร้อยละ 3.1 ผล LSIL ร้อยละ 25 และ HISL ร้อยละ 6.2 จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มากกว่า 2 สายพันธุ์ จะพบความผิดปกติสูง มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี 16 และ 33 จำนวน 1 ราย พบผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ เป็น HSIL คิดเป็นร้อย 100 กลุ่มตัวอย่าง ที่พบการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ 16, 56 และ 58 พบผลการทางเซลล์วิทยาเป็น LSIL คิดเป็น 100 % กลุ่มตัวอย่างที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 31 และ 66 พบผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา เป็น ASC-US คิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่าง ที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 31, 35 และ 58 พบผลการตรวจทางเซลล์วิทยา เป็น ASC-US คิดเป็นร้อยละ 100

จากการศึกษาผลการตรวจเซลล์วิทยาผิดปกติ จำนวน 32 ราย และทำการติดตามผลการตรวจทางด้านชิ้นเนื้อ ทั้งหมด จำนวน 32 ราย พบว่า ผล

การตรวจชิ้นเนื้อปกติ ร้อยละ 31.2 พบความผิดปกติระดับ ASC-US ร้อยละ 21.8 พบความผิดปกติระดับ LSIL ร้อยละ 21.8 พบผิดปกติระดับ HSIL ร้อยละ 3.2 พบ Unremarkable จำนวน 3 ราย ร้อยละ 9.4 และไม่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ความชุกในการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 11.17 และไม่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 88.83 สายพันธุ์ที่พบมากที่สุด 5 ลำดับคือ สายพันธุ์ 52, 16, 58, 66 และ 39 ร้อยละ 14.85, 12.60, 9.71, 8.60 และ 8.52 ตามลำดับ กลุ่มช่วงอายุที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มากที่สุดคือ ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สูงถึงร้อยละ 13.66 ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา (Cytology) พบความผิดปกติ ร้อยละ 18.2 การศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี แบบ Bivariate analysis ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ (OR= 15.94, 95%Cl=10.0- 25.27) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 18 ปี (OR= 3.42, 95%Cl=2.44-4.78) และได้มีการศึกษาผลการตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 32 ราย พบความผิดตั้งแต่ ASC-US, LSIL และ HSIL ร้อยละ 21.8, 21.8 และ 3.2 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มีความแตกต่างจากการศึกษาของ ธิดารัตน์ มละสาร ที่ศึกษาความชุกการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี พบเพียงร้อยละ 4.08[7] และการศึกษาของ Swangvaree และคณะที่พบความชุกร้อยละ 6.2[8] แต่การศึกษาความชุกครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phoolcharoen และคณะที่ทำการศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยโดยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดปทุมธานี พบอุบัติการณ์ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 13.7[9] และการศึกษาของ ไพศรี ตรีผลพันธุ์ ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในผู้รับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ซึ่งพบอุบัติการณ์ ความชุกการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 14.43[10] ถือว่าเป็นการศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งพบความชุกในการติดเชื้อใกล้เคียงกันกับการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการศึกษาในต่างประเทศที่พบอุบัติการณ์ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่สูงใกล้เคียงกัน เช่น การศึกษาของ Yang Di. และคณะ[11] ศึกษาในกลุ่มประชากรประเทศจีน ที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและพบความชุกการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 12.45 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา และคณะ ที่ศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในภาคเหนือ ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 19.3 [12]

ความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สูงสุด 5 ลำดับแรกคือ สายพันธุ์ 52 16 58 66 และ 39 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ ศิริญญา เพชรพิชัย และคณะ ที่ศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในเขตสุขภาพที่ 3 ที่พบความชุกสูง 3 ลำดับแรกคือ 52 16 58 และ 68[6] และการศึกษาความชุกครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุริยา ฟองมูล และคณะ[13] ที่ศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งพบความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สูงร้อยละ 6 และพบสายพันธุ์สูงสุด 5 ลำดับคือ 52, 16, 58, 18 และ 66 ตามลำดับ

ในส่วนช่วงอายุการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี จากข้อมูลสามารถพบได้ในทุกช่วงอายุแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคล ซึ่งพฤติกรรมหลักๆคือการพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ช่วงอายุที่มีการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สูงสุดคือ ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 13.66 และพบความผิดปกติในการตรวจทางด้านเซลล์วิทยาสูงร้อยละ 2.31 และพบว่าช่วงอายุ 41-50 ปี ที่พบการติด

เชื้อไวรัสเอชพีวีร้อยละ 10.05 พบผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยาสูงร้อยละ 3.29 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริญา เพชรพิชัย[6] คณะ ที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 9.03 และยังพบงานวิจัยของ Clarke และคณะ[14] ที่ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่พบความผิดปกติที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และมีความผิดปกติในการตรวจทางเซลล์วิทยาในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งพบว่า ช่วงอายุ 21-24 ปี พบความผิดปกติสูง ร้อยละ 50.2 และในกลุ่มอายุช่วง 30-24 ปี พบความผิดปกติ ที่ร้อยละ 30.2 และยังมีการศึกษาพบว่า ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี 2563 ได้รายงาน การพบการเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่ อายุ 25 ปี ร้อยละ 3.9 และ ช่วงอายุ 25-40 ปี สูงร้อยละ 34.6[15]

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในสตรีไทยที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งจากข้อเท็จจริง พบว่าช่วงอายุของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี พบอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัส และผลผิดปกติทางด้านเซลล์วิทยา (Liquid base cytology) ค่อนข้างสูง และงานวิจัยนี้ก็ยังไม่ได้แยกช่วงอายุที่ต่ำกว่า 40 ปี ให้ชัดเจน และละเอียดกว่านี้ ดังนั้น ประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาในอนคต ที่ควรศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสเอชพีวีในช่วงอายุต่ำกว่า 40 ปี เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการปรับรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ให้สิทธิการตรวจคัดกรองฟรี เฉพาะช่วงอายุ 30 และไม่เกิน 60 ปี

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่มีการติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิด สูงถึง 31 รายคิดเป็นร้อยละ 17.76 จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มากกว่า 1 สายพันธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มากกว่า 2 สายพันธุ์ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธ์ 16 และ 33 จำนวน 1 ราย พบผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ เป็น HSIL (100 %) กลุ่มตัวอย่าง ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 16, 56 และ 58 พบจำนวน 1 ราย ผลการตรวจทางเซลล์วิทยา เป็น LSIL (100 %) กลุ่มตัวอย่างที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 31, และ 66 พบจำนวน 1 ราย ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา เป็น ASC-US (100%) และลุ่มตัวอย่าง ที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 31, 35 และ 58 พบการติดเชื้อจำนวน 1 ราย ผลการตรวจทางเซลล์วิทยา เป็น ASC-US (100%) แต่เนื่องจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไป ดังนั้นควรมีการศึกษาว่าความแตกต่างระหว่างการติดเชื้อแบบชนิดเดียว กับการติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิด ว่ามีจะผลกระทบต่อความผิดปกติทางด้านเซลล์วิทยา หรือ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นความผิดปกติทางด้านเซลล์วิทยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่ได้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมในการทำงานวิจัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะกรรมการจริยาธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่ได้ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลในทางสถิติ ขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ ทุกท่านที่ได้รวบรวมเก็บข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjoatarm I, Jemal A, et al.(2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancer in 185 Countries. CA CANCER J CLIN 71:209-49.

2. Rojanamatin J, Ukranum W, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A, et al.(2021). Cancer in Thailand Volume X, 2016-2018. Bangkok .[cited 2021 Sep 19]. Available from:https:www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html
3. International Agency for Research on Cancer Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Human;papillomavirus.Lyon,France:IARC1995;64:35-222.
4. Smith JS,Lindsay L,Hoots B,Keys J,Franceschi S,Winter R,et al.(2007). Human papillomavirus type distribution in vasive cervical cancer and high-grade cervical lesion: a mata-analysis update.Int J Cancer 121:621-32.
5. Thainsang P, Krittika B, Jarunya N.(2022) Retrospective study of human papilloma virus infection in Thailand A Systematic Review. THAI CANCER JOURNAL. ภาษาไทย
6. ศิริญญา เพชรพิชัย, ณัฐพร คล้ายคลึง, อมรรัตน์ โพธิ์ตา, อนุกูล บุญคง และ ปาริชาติ กัญญาบุญ.(2564). ความชุกของการติดเชื้อ Human papillomavirus สานพันธุ์เสี่ยงสูงของสตรีไทยในพื้นที่จังหวัดพิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท และกำแพงเพชร. วารสารกรมวิมยาศาสตร์การแพทย์ 63(4) ตุลาคม -ธันวาคม 2564.
7. Malasan T.(2022). Prevalence and genotypic distribution of human papillomavirus infection among women in Kamalasai District Kalasin Province. Hej. 144-22.
8. Swangvaree SS, Kongkaew P, Rugsuj P, saruk O.(2010). Prevalence of high-rich humanpapillomavirus ibfection and cytologic result in Thailand. Asia Pac J Cancer Prev 11(6): 1465-8.
9. Phoolcharoen N, Kantathavorn N, Sricharunrat T, Saeloo S, Krongthong W. A.(2017). population-based study of cervical cytology findings and human papillomavirus infection in a suburban area of Thailand. Gynecol Oncol Rep. 21:73-7.
10. Paisri T.(2024). Prevalence and factors associated with human papilloma virus (HPV) infection among screening services recipients at Health promotion center 10th (Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)
11. Yang D, Zhang J, Cui X, Ma J, Wang C, Piao H.(2022). Risk factors associated with human papillomavirus infection, cervical cancer, and precancerous lesion in large-scale population screening. Frontiers in Microbiology. 13:914516.
12. ทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา, สุขใจ ผลอำไพสถิตย์, อัญชลี ชัยนวล, กรองทิพย์ บุญสม, สังคม วิทยานันทน์, สมคิด ธิจักร และ คณะ. (2562). ความชุกของการติดเชื้อไวรัส Human papillomavirus (HPV) และไทป์ต่างๆ ในสตรีไทยที่มีผลแปปสเมียร์ปกติ. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 61 (2): 73-85.
13. ดุริยา ฟองมูล, มินตา นากอง, สมเกียรติ ลลิตวงศา, วรันกร เกยูรวงศ์.(2558). ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแปปปิโลม่าชนิดความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 48 (3):231-40.
14. Clarke MA, Risley C, Stewart MW, Geisinger KR, Hiser LM, et al.(2021). Age-specific prevalence of human papillomavirus and abnormal cytology at baseline in diverse statewide prospective cohort of individuals undergoing cervical cancer screening in Mississippi. Cancer Medicine 10:8651-50.
15. งานเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรคมะเร็ง.(2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2563. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

การพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3

Development of a service model for herbal compresses to reduce low back pain in first-time pregnant women in the third trimester of pregnancy.

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

จุฑารัตน์ แวดล้อม[1]
Jutharat Waedlom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยประเภทการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ด้วยวิธีศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 และเพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และสถิติ paired t test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 มีการพัฒนาโดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning: P) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action: A) 3) การสังเกต ตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation: O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection: R) เกิดกระบวนการแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน มีกระบวนการทำงานเชิงระบบ มีแนวทางเวชปฏิบัติการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทย การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลโพนพิสัย พบว่าความพึงพอใจของการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (S.D. = 0.33) โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความปวดก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า การประคบสมุนไพรร้อนชื้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การให้บริการ, ประคบสมุนไพร, ปวดหลังส่วนล่าง, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This was the One-Group Pretest-Posttest design of research and developmental study. The aim of the study was to assess the herbal compresses for low back pain relief in the third trimester of primigravid women to improve the herbal compression service model together with studying its effects in the third trimester of primigravid women. Sample groups were 30 primigravid individuals with the third trimester visiting Prenatal clinic for antenatal care at Phon Phisai Hospital, Phon Phisai district, Nong Khai province, who were purposively selected. The tools used to collect data were questionnaires and data were analyzed using descriptive statistics including means of frequency, distribution and percentage values, and paired t test statistics.

The herbal compression service model for low back pain relief in the third trimester of primigravid women were improved with PAOR which was consisting of planning, action, observation, and reflection, lead to a clear

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

process and service guidelines have emerged. There was a systematic work process. There were guidelines for screening and referring patients from Thai traditional medicine department. The satisfaction of herbal compresses for low back pain relief in the third trimester of primigravid women at Phon Phisai Hospital was overall a high value with the mean pain score of 4.76, S.D. = 0.33, in comparison of differences between before receiving services and after receiving services. This showed that the herbal compression was effective for reducing of pain score significantly ($p < 0.001$).

Keywords: Model improvement, providing services, herbal compression, low back pain, pregnancy women.

บทนำ

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทยที่เปลี่ยนไป[1] เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของสตรีให้พร้อมในการเป็นแม่ มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพที่ดีไปจนถึงการควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพจิต การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในทุกพื้นที่ และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเท่าเทียมกัน โดยหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและเมื่อคลอดแล้วหญิงหลังคลอดมีสุขภาพที่ดี ในช่วงระหว่าตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อตอบสนองต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อสภาวะร่างกายและจิตใจ โดยหญิงตั้งครรภ์เกือบทุกรายที่มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะตั้งครรภ์ เช่น เท้าบวม ตะคริวที่ขา ปวดหลัง เป็นต้น[2] ในประเทศไทยพบอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 60 – 73[3] และเมื่ออายุครรภ์และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร่างกายจะรักษาสภาวะสมดุลเพื่อไม่ให้ล้มโดยการปรับตัวของกระดูกสันหลังส่วนเอว ทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อทางด้านหลังต้องหดตัวส่งผลให้เกิดการแอ่นหลังมากขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอึดอัด ตึงแน่นบริเวณหน้าท้อง และอาการที่พบมากที่สุดในช่วงสุดท้ายของการตั้งครรภ์คือ อาการปวดหลังส่วนล่าง จะเกิดขึ้นบริเวณปั้นเอว (L5) ถึงกระเบนเหน็บ (S1)[4] อาการปวดหลังจะพบในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ประมาณร้อยละ 50 และเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น 32 – 40 สัปดาห์จะพบอาการปวดหลังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67[5]

อาการปวดหลังส่วนล่างมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ อาจจะทำให้สูญเสียรายได้ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษา โดยมีวิธีการรักษา 2 รูปแบบ คือการใช้ยาและไม่ใช้ยาซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การปรับเปลี่ยนท่าทางที่ใช้ในชีวิตประจำวัน การควบคุมน้ำหนัก การแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม การนวด การประคบสมุนไพร และการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารต่างๆ ซึ่งช่วยให้ร่างกายมีความยืดหยุ่น ช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง โรงพยาบาลโพนพิสัยมีหญิงตั้งครรภ์ปี 2562-2567 ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพนพิสัย จำนวน 4,925 ราย , 4,407 ราย, 4,117 ราย, 4,157 ราย, 3,890 ราย และ 3,356 ราย ตามลำดับ มีอาการปวดหลัง จำนวน 3,447 ราย, 3,084 ราย, 2,881 ราย, 2,909 ราย, 2,728 ราย, และ 2,349 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่ในแต่ละปีพบว่ามีอาการปวดหลังประมาณ ร้อยละ 70[6] หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการตรวจครรภ์ ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ เพื่อให้ครรภ์นั้นแข็งแรงและปลอดภัยทั้งมารดาและทารกตามเกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันโรงพยาบาลโพนพิสัยได้นำศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เปิดให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพรในการบำบัดรักษาโรค การนวดไทย การอบไอน้ำสมุนไพรและการประคบสมุนไพร ซึ่งการประคบสมุนไพรเป็นวิธีที่สะดวกและ

ปลอดภัย จะช่วยให้เกิดการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เส้นเอ็นและเพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อได้มากขึ้น ซึ่งผลการประคบสมุนไพรร้อนชื้นต่อระดับความปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความปวดก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า การประคบสมุนไพรร้อนชื้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)[7]

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ โดยมีการให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพกายสุขภาพจิต จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 จึงได้สุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง รองลงมาตะคริวน่อง ปวดขัดสะโพก ปวดขาตามลำดับ โดยวิธีการแก้ไขปัญหาของหญิงตั้งครรภ์จะให้ญาติหรือสามีใช้ยาหม่องทาถูนวดบริเวณที่ปวดหรือไม่ก็อดทน ซึ่งไม่รู้วิธีการว่าจะต้องทำอย่างไร เนื่องจากถ้ารับประทานยาแก้ปวดก็กลัวที่จะส่งผลต่อทารกในครรภ์และจากข้อเสนอแนะของหญิงตั้งครรภ์ต้องการวิธีอื่นเพื่อเป็นทางเลือกในการลดอาการปวดและเป็นวิธีที่ง่ายสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และในมิติผู้ให้บริการพบว่ายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการระหว่างแพทย์แผนไทยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ นำไปสู่การคลอดที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 เพื่อให้มีแนวทางในการให้บริการที่ชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาอาการปวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยประเภทการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ด้วยวิธีศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ผู้ให้บริการ จำนวน 9 คน ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 1 คน พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 6 คน 2) หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 2) หญิงตั้งครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 29 – 42 สัปดาห์ ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมีระดับความปวดตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีบาดแผลเปิด

หรือแผลติดเชื้อที่บริเวณหลังส่วนล่าง 5) อายุระหว่าง 22-40 ปี 6) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการครรภ์เป็นพิษ (Toxemia of Pregnancy) 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg) ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะหรือคลื่นไส้และอาเจียน 3) หญิงตั้งครรภ์ที่มีไข้เกิน 37.5 องศาเซลเซียส 4) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน 5) หญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารมาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง 6) ผู้มีประวัติแพ้สมุนไพร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ระหว่างเดือนมิถุนายน -สิงหาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. ลูกประคบสมุนไพร ผลิตโดยโรงผลิตยาสมุนไพร โรงพยาบาลโพนพิสัย ขนาด 150 กรัม ประกอบด้วย ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ ผิวมะกรูด ใบมะขาม ใบส้มป่อย เกลือ การบูร

2. เครื่องมือวัดระดับความปวด (pain rating scales) แบบมาตรวัดด้วยใบหน้า (face rating scales)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ อายุครรภ์

2. แบบบันทึกระดับความปวด หมายถึง ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งทางด้านประสาทสัมผัส (ร่างกาย) และอารมณ์ (ความรู้สึก) ที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือเมื่อเนื้อเยื่อมีโอกาสบาดเจ็บ หรือ เสมือนว่ามีการบาดเจ็บ โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความปวด (pain rating scales) แบบมาตรวัดด้วยใบหน้า (face rating scales) คือการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด ซึ่งเป็นการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด เริ่มตั้งแต่ไม่ปวดแทนด้วยภาพสีหน้ายิ้ม ไล่เรียงมาจนถึงปวดมากที่สุดแทนด้วยภาพเศร้า แบ่งเป็น 10 ระดับ ดังนี้ ระดับ 0 หมายถึง ไม่ปวด ระดับ 1 หมายถึง ปวดน้อยมากแทบไม่รู้สึก ระดับ 2 หมายถึง ถ้าไม่สังเกตุก็ไม่ค่อยปวด(อาการปวดยังไม่รบกวนการทำกิจกรรมต่าง) ระดับ 3 หมายถึง อาการปวดกวนใจบ้างในบางครั้ง ระดับ 4 หมายถึง อาการปวดกวนใจอยู่บ่อยๆ(แต่ยังทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ) ระดับ 5 หมายถึง อาการปวดขัดขวางกิจกรรมบางอย่าง ระดับ 6 หมายถึง ปวดจนต้องหยุดพักหรือหลีกเลี่ยงการทำงานหรือกิจกรรมที่เคยทำอยู่ตามปกติ ระดับ 7 หมายถึง ปวดจนทำกิจวัตรประจำวันลำบาก (ยืน นั่ง นอน มีอาการปวดจนลืมไม่ลง) ระดับ 8 หมายถึง ปวดจนทำอะไรไม่สะดวก (ทำกิจกรรมต่างๆลำบาก/ทำได้แย่ลง) ระดับ 9 หมายถึง ปวดจนแทบไม่ไหว ระดับ 10 หมายถึง ปวดมาก ปวดเกินจะรับไหว ไม่สามารถอธิบายได้

3. แบบสอบถามความพึงพอใจ โดยคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale)[8] ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ การแปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนน[9] ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ความพึงพอใจมาก หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ความพึงพอใจน้อย หมายถึงช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ความพึงพอใจน้อยที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 (ช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1– 31 พฤษภาคม 2567) มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) ศึกษาวิเคราะห์สภาพ หาประเด็นพัฒนา โดยการ

สนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย แพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 1 คน พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 6 คนและหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่เคยมาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 5 คน 2) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) นำปัญหาข้อค้นพบมาประชุมชี้แจงและกำหนดประเด็นการพัฒนาและหาแนวทางการพัฒนา หลังจากนั้นจัดทำรูปแบบการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 (ระหว่างเดือนมิถุนายน -เดือนกรกฎาคม 2567) โดยใช้แนวคิดการดำเนินการวิจัยของ Kemmis & McTaggart ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือกระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning : P) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action : A) 3) การสังเกต ตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation : O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection : R)[10] ได้ดำเนินการหลายๆ วงรอบจนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายหรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ มีการปรับแผน (revised plan) ลงมือปฏิบัติและสังเกตผล (act & observe) และการสะท้อนผล (reflect) จนกว่าจะบรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้[11] โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเดิมในระยะที่ 1 จำนวน 14 คน แบ่งเป็น 2 วงรอบ ดังนี้ วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย 4 กระบวนการย่อย 1) มอบหมายหน้าที่ทีมผู้ร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 1 คน พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 6 คน และหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่เคยมาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 5 คน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) กำหนดรูปแบบการพัฒนา 3) การนำไปปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 4) การติดตามและสะท้อน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในวงรอบที่ 2 และกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผล วงรอบที่ 2 นำแนวทางการพัฒนาที่ปรับปรุงไปปฏิบัตจริงตามแผน มีกระบวนการย่อย 2 กระบวนการ ดังนี้ 1) การปฏิบัติจริงและการติดตาม 2) นำผลการปฏิบัติมาสะท้อนและทบทวนรูปแบบที่พัฒนา โดยการสนทนากลุ่ม นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 (ระหว่างเดือนสิงหาคม -เดือนพฤศจิกายน 2567) ได้มาโดยการใช้เทคนิคการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ระหว่างเดือนมิถุนายน -สิงหาคม พ.ศ. 2567 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยการนำแนวทางรูปแบบการให้บริการที่พัฒนาแล้วไปใช้ และประเมินผลการใช้ ได้แก่ คะแนนความปวด และความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประเด็นการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความสมบูรณ์ ซึ่งใช้สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) โดยใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.5-1.0 ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.5-1.0 ทุกข้อ

แบบสอบถามหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย นำไปตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) กำหนดค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ อายุครรภ์ ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive

Statistics) ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2) เปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) ได้แก่ Paired t-test

3) คะแนนความพึงพอใจ ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 61/67 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์การให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า

ประเด็นที่ 1 ด้านรูปแบบการให้บริการหรือกระบวนการให้บริการเดิม พบว่า 1) ไม่มีการให้บริการและขั้นตอนสำหรับการประคบสมุนไพรหญิงตั้งครรภ์ที่ชัดเจนให้กับทีมสหวิชาชีพทราบ 2) ขาดการสื่อการประชาสัมพันธ์ให้กับเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ 3) บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบแนวทางการให้บริการ ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนการให้บริการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

ประเด็นที่ 2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 1) ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเรื่องการประคบสมุนไพรลดอาการปวดหลัง 2) การเข้ารับบริการการประคบสมุนไพรในหญิงตั้งครรภ์มีจำนวนน้อย 3) หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

ประเด็นที่ 3 ความต้องการหรือโอกาสพัฒนาหรือการพัฒนาส่วนขาด ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า 1) ควรพัฒนารูปแบบให้มีขั้นตอนบริการให้ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโพนพิสัย 2) มีสื่อการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 3) มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร 4) มีขั้นตอนให้บริการรวดเร็วไม่รอนาน 5) จัดตารางงานมอบหมายให้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยให้บริการที่คลินิกฝากครรภ์

2. ผลการพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือกระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning: P) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action: A) 3) การสังเกต ตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation: O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection: R) ได้ดำเนินการหลายๆ วงรอบจนกระทั่งเกิดกระบวนการแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน ให้มีจัดบริการคลินิกเป็นเชิงประจักษ์ในคลินิก “ครรภ์รักษา” ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ โดยจัดกิจกรรมการให้คำแนะนำ ส่งเสริมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การบริหารร่างกายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การใช้ยาสมุนไพรในหญิงตั้งครรภ์ประโยชน์ของการนวดการประคบ ทำให้เกิดกระบวนการทำงานเชิงระบบภายใต้มาตรฐานการรักษาและแนวทางเวชปฏิบัติการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทย การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลโพนพิสัย โดยมีขั้นตอนการให้บริการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จุดคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทำการการคัดกรองเบื้องต้น มีการวัดสัญญาณชีพทุกราย โดยพยาบาลวิชาชีพคลินิกฝากครรภ์ และแพทย์แผนไทยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องประโยชน์ ข้อห้าม ข้อควรระวัง เกณฑ์ในการประคบสมุนไพร

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่จุดหน้าห้องตรวจ ทำการซักประวัติ คัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

ขั้นตอนที่ 3 แพทย์แผนไทยให้การตรวจวินิจฉัย และให้การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบสมุนไพร พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมถึงประโยชน์ ข้อห้าม ข้อควรระวังของการประคบสมุนไพร

ขั้นตอนที่ 4 แพทย์แผนไทย ประเมินผลการรักษา และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวเป็นผลงานเชิงประจักษ์ทีมสหวิชาชีพมีความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการมากขึ้น และเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล

3. การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 30.77±4.40 ปี ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 71.23±10.16 ส่วนมากมีน้ำหนักตัว 70 - 79 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 50.0 อาชีพหลักลูกจ้าง/รับจ้าง ร้อยละ 36.7 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 35.70±1.60 สัปดาห์ ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 33 – 37 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 83.3

2. ผลการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความปวดก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า การประคบสมุนไพรร้อนชื้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยหลังจากการประคบสมุนไพรร้อนชื้นในหญิงตั้งครรภ์มีอาการปวด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 (S.D. = 0.93) ซึ่งลดลงจากก่อนการประคบสมุนไพรร้อนชื้น ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.58 (S.D. = 1.17) แสดงว่าการประคบสมุนไพรร้อนชื้นสามารถลดอาการปวดได้ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น (n = 30)

ประเด็น	ระดับความปวด ก่อนการประคบ		ระดับความปวด หลังการประคบ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อาการปวดหลัง	5.87	1.17	1.97	0.93	17.21	<0.001*

3. ความพึงพอใจของการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (S.D. = 0.33) หญิงตั้งครรภ์พึงพอใจกับการแนะนำโครงการของผู้วิจัยและผู้วิจัยมีความชำนาญในการประคบสมุนไพรอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.93 (S.D. = 0.25) รองลงมาหลังการประคบสมุนไพรไม่มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และลูกประคบสมุนไพรมีกลิ่นหอมทำให้รู้สึกสดชื่นผ่อนคลายอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 (S.D. = 0.40) หลังการประคบสมุนไพรหญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกผ่อนคลายตำแหน่งที่ได้ทำการประคบตรงตามตำแหน่งของอาการปวด และหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.87 (S.D. = 0.43)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบพบว่า ไม่มีการให้บริการและขั้นตอน

สำหรับการประคบสมุนไพรหญิงตั้งครรภ์ที่ชัดเจนให้กับทีมสหวิชาชีพทราบ ขาดการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ให้กับเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบแนวทางการให้บริการ ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนการให้บริการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบประโยชน์ของการประคบสมุนไพร จึงมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ซึ่งใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning : P) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action : A) 3) การสังเกต ตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation : O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection : R) ได้ดำเนินการหลายๆ วงรอบจนกระทั่งเกิดกระบวนการแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน จึงได้จัดทำ Flowchart ในการดำเนินงานและแนวทางเวชปฏิบัติการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทย การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลโพนพิสัย ที่ชัดเจน โดยมีขั้นตอนการให้บริการ 1) จุดคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทำการการคัดกรองเบื้องต้น มีการวัดสัญญาณชีพทุกราย โดยพยาบาลวิชาชีพคลินิกฝากครรภ์ และแพทย์แผนไทยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องประโยชน์ ข้อห้าม ข้อควรระวัง เกณฑ์ในการประคบสมุนไพร 2) พยาบาลวิชาชีพที่จุดหน้าห้องตรวจ ทำการซักประวัติ คัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก 3) แพทย์แผนไทยให้การตรวจ วินิจฉัย และให้การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบสมุนไพร พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมถึงประโยชน์ ข้อห้าม ข้อควรระวังของการประคบสมุนไพร 4) แพทย์แผนไทยประเมินผลการรักษา และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีกระบวนการทำงานเชิงระบบภายใต้มาตรฐานการรักษาและแนวทางเวชปฏิบัติการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทย การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลโพนพิสัย เป็นผลงานเชิงประจักษ์ ทีมสหวิชาชีพมีความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการมากขึ้น และเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล

การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ผลการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความปวดก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า การประคบสมุนไพรร้อนชื้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของจุฑารัตน์ แวดล้อม ในการศึกษาผลของการประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 พบว่า การประคบสมุนไพรร้อนชื้นลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)[7] และสอดคล้องกับผลการวิจัยของซูฟียา เลาะมะ และคณะ ภายหลังได้รับการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการปวดหลังของกลุ่มออฟฟิศซินโดรมน้อยกว่าก่อนใช้ลูกประคบสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้นการประคบสมุนไพรช่วยบรรเทาอาการปวดหลังของกลุ่มออฟฟิศซินโดรมได้[12] สอดคล้องกับงานวิจัยของชัยญา นพคุณวิจัย พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าระดับความรุนแรงของอาการปวดจากการการทดลองก่อนและหลังการใช้ยาประคบสมุนไพรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ความรู้สึกของอาการปวดหลังลดลง[13] และการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยว่าลูกประคบผ้าร้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)[14] นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าหลังการประคบสมุนไพรหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ไม่มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และลูกประคบ

สมุนไพรมีกลิ่นหอมทำให้รู้สึกสดชื่นผ่อนคลายอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 (S.D. = 0.40) จะเห็นได้ว่าสมุนไพรต่าง ๆ ที่มีสรรพคุณทางยาและความหอมระเหยเมื่อผ่านความร้อนด้วยการนึ่ง ยังช่วยให้สมุนไพรนั้นกระจายตัวได้มากขึ้น และคุณสมบัติการช่วยผ่อนคลาย[15] และกลิ่นของสมุนไพรช่วยให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลาย ดังนั้นจึง เห็นว่าการประคบร้อนด้วยสมุนไพรให้ผลดีในการลดปวด[16] ซึ่งการประคบความร้อน ด้วยสมุนไพรหรือการใช้ลูกประคบด้วยสมุนไพร นั้นมีวิธีการที่ไม่ซับซ้อน และสามารถประคบในบริเวณที่ต้องการได้[17] และสอดคล้องกับงานวิจัยของจุไรรัตน์ บุญรวบ พบว่าการประคบสมุนไพร อาการปวดลดลง การเคลื่อนไหวองศาคอได้มากขึ้น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อทนได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิติดีขึ้นเมื่อเทียบกับประคบร้อน กับยาทาไดโคลฟีแนก การประคบสมุนไพรความร้อนและสมุนไพร มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อคือทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวลง บรรเทาอาการปวดและลดการอักเสบ และกลุ่มน้ำมันหอมระเหย (volatile oil) ของสมุนไพรมีผลต่อสมองในการตอบสนองทางอารมณ์ต่ออาการปวดทำให้เกิดการรับรู้ในทางบวกและเกิดความพึงพอใจ มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินออกมาทำให้ร่างกายผ่อนคลายอาการปวดลดลงและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[18] นอกจากนี้การใช้ลูกประคบเพื่อการนวดสมุนไพร ยังถูกใช้กันมากในต่างประเทศ เนื่องจากได้รับการยอมรับคุณสมบัติทางยาในด้านการบรรเทาความปวดรวมถึงปวดเมื่อยตามร่างกายหลังจากทำงาน หนัก ช่วยให้ร่างการฟื้นฟูสภาพได้เร็วนอกจากนี้การอบสมุนไพร ที่มีส่วนผสมคล้ายคลึงกับลูกประคบนั้น ยังช่วยให้สุขภาพดีผิวหนังสะอาดเนียนนุ่ม[19]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษารูปแบบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการรักษาฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

2. ควรนำลูกประคบสมุนไพรไปพัฒนาเพื่อให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีประสิทธิมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). นโยบายและ ยุทธศาสตร์ การพัฒนาอนามัยการเจริญ พันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการ เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: ไม่ได้ตีพิมพ์.
2. ศิริมา เขมะเพชร. (2555). เอกสารการสอนเรื่องการเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
3. กาญจนา โกทิยะ. (2554). ผลของโปรแกรมกายบริหารต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
4. กาญจนา โกทิยะ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2559). การบริหารร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 8(3), 154-167.
5. สุชาดา มหาวนากูล และดุจใจ ชัยวานิจศิริ. (2559). อาการปวดหลังขณะตั้งครรภ์ของหญิงที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 9, 33-40.
6. โรงพยาบาลโพนพิสัย. (2567). ทะเบียนให้บริการหญิงตั้งครรภ์. โรงพยาบาลโพนพิสัย, หนองคาย.
7. จุฑารัตน์ แวดล้อม. (2567). ผลของการประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(2), 192-199.
8. Likert. (1967). The Human Organization: Its Management and Value. New York: McGraw Hill.
9. สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยด้านสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
10. Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). The Action Reacher Planer. Victoria: Deakin University.

11. Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (Eds.), The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks, California: SAGE.
12. ซูฟียา เลาะมะ และคณะ. (2565). ประสิทธิผลของการใช้ลูกประคบสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดของกลุ่มออฟฟิศซินโดรม ศูนย์การเรียนรู้ด้านการแพทย์วิถีไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.งานประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 7 (NSCIC2022) (น. 583-596). สุราษฎ์ธานี: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎ์ธานี.
13. ชัยญา นพคุณวิจัย. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาทาสมุนไพรกับยาประคบสมุนไพรต่อการรักษาอาการปวดในโรคลมปลายปัตคาด สัญญาณ 1 และ3 หลังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะค่าอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี, วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 17(2), 285-295.
14. ประวิทย์ อินทรสุขุม. (2560). การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้ลูกประคบร้อนสมุนไพรกับลูกประคบผ้าร้อนในการบรรเทาความปวดในระยะคลอดขแงผู้คลอดครรภ์แรก, วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(1), 149-157.
15. Sita Pleejan, et al. (2017). The effect of using herbal compress in promoting elderly physical-mental health in Ban Phaeng Hospital, Ban Phaeng District, Nakhon Phanom Province. [Online], Available: https://www.npm.moph.go.th. (2024, 20 June). (in Thai)
16. Tussawan Zungkarak, et al. (2013). Effects of Hot Compress, Thigh Muscle Exercise and Homebased Support on Pain Level, Joint Stiffness and Daily Activities in Patients with Primary Osteoarthritis of the Knee. Journal of Public Health Nursing. 25(1), 64-84. (in Thai).
17. ศุภรัตน์ ผุดวัฒน์, กาญจนา ปานจีน และมนภาส ธรรมโชติ. (2563). การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ บ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13 (1), 360-367.
18. จุไรรัตน์ บุญรวบ. (2561). รายงานการวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการประคบสมุนไพร ประคบร้อน กับยาทาไดโคลฟีแนกในผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อบ่าทราพรีเซียสส่วนบน. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
19. Zhu X, Poctor M, Bensoussan A, Wu E, Smith C A. (2008). Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhea. [Online], Available: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18425916/. (2024, 20 June). (in Thai)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinในคลินิก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care for Patients with Atrial Fibrillation Treated with Warfarin: A comparative 2 Case Study.

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

อาภรณ์ ดีอันกอง[1]
Arporn Deeunkong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว ได้รับยา Warfarin เปรียบเทียบกรณีศึกษา ผู้ป่วย 2ราย โดยการคัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่มารับ การรักษาในคลินิก Warfarin และรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา : จากการศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย สรุปได้ว่าการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย ค้นหาความต้องการด้านสุขภาพ ให้การพยาบาลที่สอดคล้อง กับภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว ที่ได้รับยา Warfarin ไม่มีภาวะ แทรกซ้อนจากยา ผู้ป่วยปลอดภัย จากกรณี ศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุการเกิดโรค และโรคร่วมที่ต่างกัน รายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็น ภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว มีโรคร่วมคือ โรคหัวใจรูมาติก, โรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบและเบาหวาน รายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคหัวใจสั่นพลิ้ว มีโรคร่วมคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง ต่อมลูกหมากโต และโรคเก๊าท์ ปัญหาการพยาบาลที่เหมือนกัน ดังนี้ 1. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่าย 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและมีโรคร่วมหลายโรค และมีปัญหาการพยาบาลที่แตกต่างกัน ดังนี้ รายที่ 1 พบปัญหาทางการพยาบาลได้แก่ 1. เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน ลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม เนื่องจากPotassium ในเลือดต่ำ 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อน มีโรคร่วมหลายโรค รายที่ 2 พบปัญหาทางการพยาบาลได้แก่ 1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพใน การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด ลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ 2. ไม่สุขสบายเนื่องจาก ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 3. มีภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 4. มีภาวะเสียงต่อการเกิด ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อน มีโรคร่วมหลายโรค

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว, ยา Warfarin

Abstract

This study aimed to study nursing care for patients with atrial fibrillation who received Warfarin. The case study compared 2 patients by purposive selection of patients who received treatment at the Warfarin clinic and were treated as inpatients at Sichomphu Hospital, Khon Kaen Province. The instruments used for data collection included data recording forms from patient medical records, interviews, and observations. Data were collected for analysis, nursing diagnosis was determined using the patient assessment form according to Gordon's 11 health models, data was analyzed, and nursing action plans were planned using the nursing process.

Results: From the study, comparing 2 cases, it can be concluded that the use of nursing process in caring for patients, finding health needs, providing nursing care that is consistent with atrial fibrillation receiving Warfarin, no complications from the drug, the patient is safe. From the study case, both cases have different causes, occurrence of the disease and comorbidities. Case 1 was diagnosed with atrial fibrillation with comorbidities of rheumatic heart disease, mitral valve

Keywords: Nursing, Atrial fibrillation, Warfarin

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจำนวนมากถึง 1.5 ล้านคน การแพร่หลายของโรคสอดคล้องกับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบในประชากรอายุระหว่าง 65 – 74 ปี ร้อยละ 1.5 ต่อมาคือ 75 – 84 ปีร้อยละ 2.2 และ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุและปัจจัยการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

เกิดโรค ได้แก่ ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจล้มเหลว[1]

ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว Atrial fibrillation เป็นภาวะหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นภาวะหัวใจห้องบนเกิดการสั่นพริ้วและส่งสัญญาณมากผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ หลักการดูแลรักษาของผู้ป่วยหัวใจ เต้นสั่นพลิ้ว ประกอบไปด้วย ควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะทั้งขณะพักและขณะออกกำลังกายการดูแลป้องภาวะลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันในอวัยวะสำคัญส่วนอื่นของร่างกายซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนของ AF ที่อันตราย แพทย์มักจะให้ยา Warfarin ป้องกันการกระจายของลิ่มเลือดไปอุดตัน อวัยวะต่างๆ เช่น สมอง หัวใจ และปอด เพื่อควบคุมจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจในระยะยาว

Warfarin เป็นยาในกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดกิน (Oral anti-coagulant) กลไกการออกฤทธิ์ประกอบไปด้วย 2 กลไก ได้แก่ ยับยั้งเอนไซม์ vitamin K quinine reductase และ vitamin K epoxide reductase ซึ่งกลไกดังกล่าวอาจจะก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้

1. ภาวะเลือดออกที่ไม่รุนแรง (Minor bleeding) คือ ภาวะเลือดออกที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา พยาบาล ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 2. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง (Major bleeding) คือ อาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากยา Warfarin (Serious adverse drug event) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอเป็นเลือด หรือมีเสมหะเป็นเลือด หรือการเกิดเลือดออกที่ทำให้ ภาวะ Hb ลดลงมากกว่า 2 g/dl หรือจำเป็นต้องมีการให้เลือด อย่างน้อย 2 ยูนิต รวมถึงภาวะเลือดออกที่ต้องช่วยเหลือชีวิตและภาวะเลือดออกที่ทำให้เสียชีวิต[2,3,4]

ด้วยนโยบายการพัฒนาระบบบริการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีชมพูได้มีการจัดตั้งคลินิก Warfarin ให้บริการทุกวันพฤหัสบดี เวลา เช้า–บ่าย จากการทบทวนย้อนหลังพบว่ามีผู้ป่วย AF มารับบริการที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ปกติ (INR 2-3) โดยมีข้อมูล ปี 2563-2565 ร้อยละ 54.14, 55.12, 55.46 ตามลำดับ[5] จากการทบทวนมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกรุนแรง (Major bleeding /Thromboembolism, stroke, UGIB) โดยมีข้อมูลปี 2563 -2565 พบร้อยละ 1.83, 2.18, 3.42 ตามลำดับและพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง คะแนนแบบติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarinยังอยู่ในระดับต่ำ

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิก Warfarin เป็นผู้มีบทบาทสำคัญ อย่างมากในการประเมิน ปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ พยาธิสภาพของโรค ความรู้เรื่องยา Warfarin และ การออกแบบ แบบติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยา Warfarin จะทำให้สามารถ ประเมินปัญหา สาเหตุการเจ็บป่วย ได้ครอบคลุมมากขึ้น แพทย์ตรวจรักษา ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยปลอดภัย หากมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาขนาดยา พยาบาลต้องมีการอธิบาย ให้ชัดเจน ทั้งด้านการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และประเมินประสิทธิภาพการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข[6]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว ที่รับยา Warfarin กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation : AF) ที่มีโรคร่วมต่างกัน จำนวน 2 ราย ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรค Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู ระหว่างเดือนมิถุนายน -กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 1 วัน โดยขอเข้าถึงข้อมูลในวันที่ 3 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2566 ถึง วันที่ 18 กรกฎาคม

2566 รวม ระยะเวลา 5 วัน โดยขอเข้าถึงข้อมูลในวันที่ 3 สิงหาคม 2566

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรค ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation : AF) ที่รับยา Warfarin ในพื้นที่อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. เลือกศึกษาผู้ป่วย.ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation : AF) ที่รับยา Warfarin จำนวน 2 ราย มีปัจจัยโรคร่วมที่ซับซ้อนต่างกัน จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และทะเบียนการรับบริการงานผู้ป่วยใน

4. ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

5. แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

6. ศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามประเมินผลการพยาบาลและแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

7. สรุปผลการศึกษา เรียบเรียงเนื้อหา ตามหลักวิชาการ และการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล เผยแพร่ไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยาWarfarinในคลินิก โดยใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษา ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

1.การประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ค่า PT 32.6 INR 2.83 ปกติ การทำงานของไตปกติ ผู้ป่วยเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอแห้ง มีหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน รายที่ 2 มีค่า CBC wbc 13.67 (10*3/microliter) Mono 9% แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ค่า PT 104.7 INR 9.10 ค่าที่สูงในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยา Warfarin แสดงว่ามีเลือดออกตามร่างกายได้ง่าย

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล จากแบบแผนประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนกอร์ดอนสามารถนำข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาล ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 การพยาบาล :เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน ลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ[7] **ข้อมูลสนับสนุน** S =เหนื่อยหายใจลำบากนอนราบไม่ค่อยได้ O=เท้าทั้ง2ข้างบวม +1 = CXR พบ Cardiomegaly and Cephalization = PE มีเสียง wheezing BL = T36.5 ^{o}C P 78 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ R 24 ครั้ง/นาที BP 118/60 mmHg pSO_2 96% **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย **กิจกรรมการพยาบาล**	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** S = ผู้ป่วยบ่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยเพลีย ไอมีเสมหะ เป็นบางครั้ง O = RR 24 ครั้ง/นาที SpO_2 96% = PE wheezing Both Lung CXR Rt lung infiltration = WBC 13.67 (10*3/microliter) และ Monocyte 9% **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินภาวะ พร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมีลักกระการซีด มีอาการกระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง หากมีอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที

ตารางที่ 1 การพยาบาล :เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก หายใจเร็วตื้น นอนราบไม่ได้ และสังเกตอาการไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังเสียงปอด เช่น Crepitation, Wheezing 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อนในท่าหัวสูง 30- 45 องศา และได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ On O_2 Mask C bag 10 LPM 3. แนะนำจำกัดน้ำ <800ml/day ตามแผนการรักษา และจำกัด โซเดียมในอาหารและเครื่องดื่ม 4. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระดับต่ำกว่าขอบเตียง และบันทึกลักษณะสี จำนวน ปัสสาวะที่ออกมา 5. บันทึกน้ำเข้า น้ำออกและชั่งน้ำหนัก ทุกวันตอนเช้า 6. ให้ยาขับปัสสาวะ Furosemide (20) 2Amp iv Stat และสังเกตอาการข้างเคียงของยา มีอาการมือสั่น ปากแห้ง หมาสั่น ความดันโลหิตต่ำ แจ้งแพทย์ ทันที 7. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาคำสั่งแพทย์ 8. แนะนำผู้ป่วยและญาติ เมื่อกลับบ้านสังเกตอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก การทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ไอ นอนราบไม่ได้ สังเกตอาการบวม ที่แขน หรือขา กดปุ่มให้มาโรงพยาบาลก่อนนัด **การประเมินผล** บันทึก I/O น้ำออกมากกว่าน้ำเข้า อาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยหายใจสะดวกดี ไม่มีภาวะ Cyanosis	2. วัดและติดตามสัญญาณชีพ วัดระดับ O_2 Sat ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว และติดตาม ภาวะพร่องออกซิเจน 3. ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ไม่ไปดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนให้เพียงพอ โดยให้ On O_2 canular 3LPM ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ดูแลให้ได้รับยา Berodual พ่นครั้งละ 1 NB พ่น ทุก 6 ชั่วโมง ทำให้หลอดลมขยายตัว หายใจได้ดีขึ้น 6. ดูแลให้ได้ยาละลายเสมหะ Bromhexine 8 mg/tab 1 tab oral 3 ครั้ง หลังอาหาร เช้า - กลางวัน – เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นร่วมด้วย ให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกมาง่ายขึ้น 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะCeftriaxone 2 กรัม ทางหลอด เลือดดำ วันละ1 ครั้ง ตามแผนการรักษาและสังเกต อาการข้างเคียงของยา หากมีผดผื่นขึ้นหรือข้างเคียงของ ยา หากมีผดผื่นขึ้นตามผิวหนัง หายใจลำบาก หน้าบวม ปากบวม ลิ้นบวม แจ้งแพทย์ 8. ดูแลให้รับการพักผ่อนเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างเพื่อลดการใช้ออกซิเจน **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไอลดลง นอนหลับพักได้ หายใจสะดวกขึ้น ไม่เหนื่อยเพลีย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากPotassium ในเลือดต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** S = ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยง่าย ปลูกผัก เสียเหงื่อมาก O= ค่า K 3.07 ต่ำกว่าเกณฑ์ (3.5-5.5 mmo/l) = รับประทานยา Furosemide 40 mg/เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า– เที่ยง **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพลัดตกหกล้ม **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ได้ รับยา M potassium Citrate (แบ่งจ่าย) 0.99/15 ml, 30 ml/ขวด รับบประทาน 30 ซีซี ทุก 3 ชม x 2 dose และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดท้อง รู้สึกสับสน ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน รีบแจ้งแพทย์ทันที 2. ประเมินอาการของภาวะ hypokalemia เช่น อาการเหนื่อยล้าง่าย หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ 3. ดูแลและประสานโภชนาการ เตรียมอาหารเบาหวานที่มี Potassium สูง ให้ผู้ป่วยได้รับประทาน เช่น กล้วย ส้ม เห็ด ถั่วต่างๆ มันฝรั่ง 4. บันทึก I/O ทุก 8 ชม เพื่อติดตามการสูญเสียPotassium 5. วัดติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชม พร้อมบันทึก 6. แนะนำญาติดูแลใกล้ชิด ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ลุก นั่ง เดิน ให้มีญาติ หรือคนดูแล 7. ดูแลจัดให้มีไม้กันเตียงขณะอยู่บนเตียง ป้องกันการพลัด ตกหกล้ม 8. ติดตามค่า Electrolyte **การประเมินผล** ไม่มีอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ไม่มีอาการ Hypokalemia เช่น อาการเหนื่อยล้าง่า	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2** เสี่ยงเกิดอันตรายเลือดออกง่ายจากการรับประทานยา Warfarin ไม่ถูกต้อง[8] **ข้อมูลสนับสนุน** S= ผู้ป่วยให้ประวัติมีจุดจ้ำเลือด ตามแขนขา ประมาณ 10 จุด เหนื่อย เพลีย เป็นมา 1 สัปดาห์ = ญาติให้ประวัติผู้ป่วยจัดยากินเองและมีการหลงลืม กินยาไม่ถูกต้อง O= ผล INR 9.10 วันที่ 14 ก.ค. 2566 **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่าย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชม 2. ประเมินและเฝ้าระวัง การขับถ่าย มีถ่ายดำ มีเลือดปน เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็น เลือด และจุดจ้ำเลือดเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์ให้ทราบทันที 3. ดูแลให้ได้รับยา vitamin K1 (10) มก ทางปากทันที และสังเกตอาการข้างเคียงจากย 4. ดูแลให้ได้รับยา Omeprazole 20mg /tab 1 tab oral 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น เพื่อลดการหลั่งกรดเกลือในกระเพาะอาหาร 5. ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด งดอาหารรสเผ็ด ป้องกันภาวะคลื่องกระเพาะอาหาร 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติ เมื่อแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยา ให้ญาติผู้ดูแลทำสัญลักษณ์บนซองยาให้เด่นชัด และมี การส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ดูแล เมื่อมีการเปลี่ยนขนาด ยาให้ทิ้งซองยาเดิม เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหลงลืมหยิบยามากิน 7. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้หยุด การให้ยา Warfarin 3 วัน และให้ยา Warfarin (2) มก ครึ่งเม็ดในวันที่ 4 (17 ก.ค.2566) และติดตาม ติดตามค่า INR วันละครั้ง และติดตามอาการขับถ่าย ปัสสาวะเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด **การประเมินผล**

ตารางที่ 1 การพยาบาล :เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น รับประทานได้ปกติ	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกเพิ่ม ขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่า INR 8.0 (17 ก.ค.2566)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายจากการรับประทานยา Warfarin **ข้อมูลสนับสนุน** S= ผู้ป่วยกินสลวกผักสีเขียวแอบกิน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ = ได้รับยา Anti-coagulant (Warfarin) 17 มก./สัปดาห์ = ผู้ป่วยบอกอาการปวดที่ขาซ้าย เป็นๆ หายๆ O= แบบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยได้ 28 คะแนน มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองปานกลาง **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดอันตรายจากการได้รับยา Warfarin **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชม. 2. ประเมินและเฝ้าระวังการขับถ่าย มีถ่ายดำ มีเลือดปน เลือดกำเดาและจุดจ้ำเลือดเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์ทันที 3. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะ ลิ่มเลือดอุดตัน อาการปวดศีรษะเฉียบพลันหรือเวียนศีรษะ หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว เห็นแขนขาบวม หน้ามืด หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก พูดลำบาก และแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก 4. ลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดเลือดออกโดยยกราวกั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการตกเตียง 5. แนะนำการรับประทานอาหาร ประเภท อาหารผักที่มีผลในการเสริมฤทธิ์ น้อยถึงปากกลาง เช่น ถั่วเหลือง ถั่วลันเตา ฟักทองพืชประเภทฟัก สามารถรับประทานได้ 6. ดูแลให้ได้รับยา Warfarin 3 mg/เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด สัปดาห์ละ1 ครั้ง ก่อนนอนเฉพาะวันอาทิตย์ Warfarin 2mg/เม็ด รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน 7. ติดตาม ค่า INR **การประเมินผล** ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติบอกการกินยาได้ถูกต้อง ตามแผนการรักษาของแพทย์	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3** ไม่สุขสบายจากภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ[9] **ข้อมูลสนับสนุน** S = มีไข้ ขับถ่ายปัสสาวะมีอาการแสบขัด ไม่ค่อยพุ่ง O= ผู้ป่วยเป็น BPH รักษา ต่อเนื่องมา 1 ปี = T 38.1 ^{O}C P 90 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที, BP 121/60 mmHg O_2 sat 96% = UA (14 ก.ค.2566) ผล wbc 30-50 cell/ Bacteria = 3^{+}, Cr (14 ก.ค.2566) = 1.98 **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นไม่มีภาวะติดเชื้อ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชม 2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ1 ครั้ง ตามแผนการรักษา 3. พยาบาล ประเมินอาการ ภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนัง แห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ/วิงเวียนศีรษะ รายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ชั่งน้ำหนักทุกวัน ประเมินภาวะน้ำเกิน 6. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะ ทำความสะอาด 7. แนะนำผู้ป่วย สังเกตลักษณะของน้ำปัสสาวะ ถ้า พบสีขุ่น มีหนอง มีเลือดปน ให้แจ้งเจ้าหน้าที่มารักษา 8. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการกินยา Doxazosin mesylate (2) ให้ต่อเนื่อง 9. ติดตามค่าเลือด INR ค่าเลือด การทำงานของไต Cr และผลการตรวจปัสสาวะ **การประเมินผล** สุขสบายขึ้น ไม่มีไข้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน กินอาหารได้ สดชื่นขึ้น ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ ปัสสาวะสีเหลืองใส สะดวกดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมีโรคร่วมหลายโรค(10) **ข้อมูลสนับสนุน** S =วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย มา รพ. 2 ครั้ง/เดือน O= สีหน้าเครียด กังวล **วัตถุประสงค์** ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ต้องกินยาต่อเนื่อง 2. แนะนำการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหาร มัน ทอด อาหารที่มีรส เค็มจัด เช่น ผงปรุงรส ซอสปรุงรส 3. ให้ความรู้ว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หัวใจ ควรจำกัดน้ำดื่ม 800 ซีซี/วัน จะทำให้ไม่มีภาวะน้ำท่วมปวด ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่4** มีภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง **ข้อมูลสนับสนุน** S = ผู้ป่วย บอกใส่ฟันปลอม เป็นสมณะ O=ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 36.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 14.25 kg/m2 ต่ำกว่าเกณฑ์ = ผิวหนังแห้ง ผิวหนังไม่ชุ่มชื้น **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินค่าดัชนีมวลกายเพื่อให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องโภชนาการ 2. ประเมินอาหารที่รับประทานทั้งปริมาณและคุณภาพรวมทั้งคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับจากอาหารในแต่ละวัน

ตารางที่ 1 การพยาบาล :เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
4. ให้คำแนะนำ เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจติดตามอาการ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ 5 . แนะนำการมีกิจกรรม ร่วมกับลูกหลาน เช่น ดูโทรทัศน์ กินข้าวร่วมกัน เพื่อผ่อนคลายลดความเครียด 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามให้ระบายความรู้สึก เพื่อลดความเครียด 7. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสารกับทีมสุขภาพ อาการผิดปกติมาก ติดต่อ 1669 หากมีอาการไม่มาก ติดต่องานผู้ป่วยนอก คลินิก Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู 8. แนะนำการใช้บริการปรึกษาแพทย์ทางไกล เพื่อลดค่าใช้จ่ายการเดินทางโดยต้องมีโทรศัพท์ Smart phone และมีสัญญาณ Internet ในการติดต่อสื่อสาร **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกช่องทางการสื่อสารได้ ผิดปกติมากติดต่อ 1669	3. ให้ความรู้ในเรื่องสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับและได้รับอาหารครบทั้งห้าหมู่และมีพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันคือ 1800 กิโลแคลอรี 4. แนะนำผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้เพื่อให้เคี้ยวอาหารช้าๆด้วยฟันทั้งสองข้างพร้อมกัน 5. ประสานนักโภชนาการจัดอาหารให้ผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล เป็น อาหารอ่อนย่อยง่าย ที่มีโปรตีนสูง เช่นข้าวต้มเนื้อปลา ข้าวต้มหมูบดครบ 3 มื้อ 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติว่าพระสงฆ์อาพาธสามารถรับประทานอาหาร เป็นวันละ 5-6 มื้อ ได้ไม่ผิดธรรมวินัย 7. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร **การประเมินผล** BMI 14.25 kg/m2 เท่าเดิม ผิวหนัง แห้ง แต่ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ปัญหาข้อนี้ ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแลเป็นสำคัญ ภาวะพร่องโภชนาการ การประเมินผลติดตามต้องใช้ระยะเวลานาน ถึงจะเห็นความเปลี่ยนแปลง
	วินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 5 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ **ข้อมูลสนับสนุน** S = ผู้ป่วย บอกเหนื่อย อ่อนเพลีย ปัสสาวะขัดไม่พุ่ง O= BUN 29.4 mg/dl Cr 1.98 mg/dl eGFR 29.5 ml/min (14 ก.ค.2566) = ผิวหนังแห้ง ผิวหนังไม่ชุ่มชื้น **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชม 2. พยาบาล ประเมินอาการ ภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนังแห้งกระหายน้ำ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ/วิงเวียนศีรษะ รายงานแพทย์ 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีน โปแทสเซียม โซเดียม และฟอสเฟตต่ำ จะช่วยลดการดูดซึมฟอสเฟตในลำไส้ ลดอัตราการเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโปรตีนที่รั่ว หลีกเลี่ยงการรับประทาน ไข่แดง เนื้อสัตว์ นม เมล็ดพืชต่างๆ เนื่องจากมีปริมาณฟอสเฟตสูง การรับประทาน 5. ชั่งน้ำหนักทุกวัน ประเมินภาวะน้ำเกิน 6. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะ ทำความสะอาด 7. แนะนำผู้ป่วย สังเกตลักษณะของน้ำปัสสาวะ ถ้า พบสีขุ่น มีหนอง มีเลือดปน ให้แจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล 8. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการกินยา Doxazosin mesylate (2) ให้ต่อเนื่อง 9. ติดตามการทำงานของไต Cr และผลการตรวจปัสสาวะ **ประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน ปัสสาวะสะดวกดี Cr 1.78 mg/dl eGFR 33.33 ml/min (17 ก.ค.2566)
	วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมีโรคร่วมหลายโรค[10] **ข้อมูลสนับสนุน** S= เป็นพระภิกษุ อยู่วัด จัดยากินเอง และมีการหลงลืม

ตารางที่ 1 การพยาบาล :เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	= ญาติและผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวล O=เป็นผู้สูงอายุ อายุ 87 ปี ตามองไม่ค่อยเห็น หูตึง **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ ภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการ ผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ ภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติ เพื่อลดความวิตกกังวล อาการผิดปกติมาก ติดต่อ 1669 หากมีอาการไม่มาก ติดต่องานผู้ป่วยนอก คลินิก Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มสามารถบอกช่องทางการสื่อสารได้ ผิดปกติมากติดต่อ 1669 ผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ ภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 การพยาบาล :เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติ เพื่อลดความวิตกกังวล อาการผิดปกติมาก ติดต่อ 1669 หากมีอาการไม่มาก ติดต่องานผู้ป่วยนอก คลินิก Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มสามารถบอกช่องทางการสื่อสารได้ ผิดปกติมากติดต่อ 1669 ผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ ภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการผู้ป่วย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการปฏิบัติตัว กับโรคที่เป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาต่อเนื่อง แนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ ภาวะเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อนการรักษา การได้รับยา Warfarin 2. ภาวะเลือดออกไม่รุนแรงที่ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น 3. ภาวะเลือดออกที่รุนแรง ต้องได้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดิน อาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอ เป็นเลือด ต้องรีบมาโรงพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ระบายความ รู้สึก เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยสร้างขวัญ กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 5. เปิดช่องทางให้มีการสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ กับ ทีมสุขภาพ เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติ เพื่อลดความวิตกกังวล อาการผิดปกติมาก ติดต่อ 1669 หากมีอาการไม่มาก ติดต่องานผู้ป่วยนอก คลินิก Warfarin โรงพยาบาลสีชมพู **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มสามารถบอกช่องทางการสื่อสารได้ ผิดปกติมากติดต่อ 1669

วิเคราะห์ ตารางที่ 3 ผู้ป่วยรายกรณีทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบ พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แนวทางการพยาบาลที่รูปแบบการพยาบาลภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยา Warfarinที่คล้ายกัน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกง่าย จากการรับประทานยา รายที่ 1 มีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน หัวใจลิ้น

หัวใจไมทรัลตีบ รายที่ 2 เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง ทั้ง 2 ราย เกิดจากพยาธสภาพของโรค ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยความซับซ้อน

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลตั้งแต่การประเมินสุขภาพ ตามแบบแผนประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนนกอร์ดอน มีการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการรักษา ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา เข้าใจโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และการปฏิบัติตัว

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ในการดูแลตั้งแต่การประเมินสุขภาพ ตามแบบแผนประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนนกอร์ดอน มีการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการรักษา ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีทั้งความเหมือนและความต่างขึ้นอยู่กับปัญหา และภาวะแทรก-ซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกันกับสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิต ได้เหมาะสม

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกัน รายที่ 1 มาด้วยเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว AF มีประวัติเป็น MS ไม่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ รายที่ 2 มาด้วย ไข้ อ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวก มีจุดจ้ำเลือด มีจุดจ้ำเลือด ตามแขนขา ประมาณ 10 จุด ปัสสาวะไม่ค่อยได้ ขณะขับถ่ายปัสสาวะมีอาการแสบขัด ไม่ค่อยพุ่ง ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว AF มีโรคร่วม Ischemic cardiomyopathy ผู้ป่วยปฏิเสธการการทำ CAG ทั้ง 2 ราย ต้องได้รับยา Anti - coagulant ชนิด Warfarin มีขนาดยาต่างกัน จากภาวะโรคร่วมและการรับประทานยาต่างกัน แต่ทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย พฤติกรรมดูแลตนเองยังไม่เหมาะสม ในรายที่ 2 มีความบกพร่องการได้ยิน การมองเห็น มีความเสี่ยงการกินยา Warfarin ไม่ถูกต้อง เกิดภาวะเลือดออก

สรุปและ อภิปรายผล

ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว เป็นภาวะหัวใจห้องบนเกิดการสั่นพริ้วและส่งสัญญาณมากผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ หลักกการดูแลรักษาของผู้ป่วย หัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ประกอบไปด้วย ควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะทั้งขณะพักและขณะออกกำลังกายการดูแลป้องภาวะลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันในอวัยวะสำคัญส่วนอื่นของร่างกาย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนของ AF ที่อันตราย ซึ่ง แพทย์ มักจะให้ยา Warfarin ป้องกันการกระจายของลิ่มเลือดไปอุดตันอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง หัวใจและปอด เพื่อ ควบคุมจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจในระยะยาวจากการศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า สาเหตุ การเกิด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว กรณีศึกษา 2 รายขาดความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด อาหารและเครื่องดื่มที่มีผลต่อการใช้ยา Warfarin กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ทั้ง 2 ราย มีภาวะพึ่งพิง หากผู้ดูแลมีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว รับประทานยา Warfarin เลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง การรับประทานยาถูกขนาดก็จะสามารถอยู่กับโรคได้ อย่างปกติสุข ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน[9,10]

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ประโยชน์และข้อจำกัด ใช้เป็นแนวทาง ในการนำมาพัฒนาระบบบริการ ได้ทุกกลุ่มโรคที่รับยา Warfarin พยาบาลซักประวัติโดยใช้แบบติดตามพฤติกรรม สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมปัญหา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม สะท้อนคุณภาพ ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น พัฒนาศักยภาพของบุคลากร มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เป็นข้อมูลในการช่วยตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาWarfarin และเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้ากับบุคคลที่สนใจ เป็นข้อมูลให้

ผู้ป่วยและญาติ ได้ศึกษาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคหัวใจ ชนิดหัวใจสั่นพลิ้ว และมีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจชนิด RHD, MS และโรคอื่นๆ ได้แก่ ต่อมลูกหมากโต โรคเบาหวาน และภาวะไตเสื่อม ที่เป็นกรณีศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้แบบติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ทุกกลุ่มโรคที่มารับบริการคลินิก

2. เพิ่มศักยภาพ พัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพทั้งอบรมระยะสั้น และการอบรมพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจสั่นพลิ้วที่รับประทานยา Warfarin เพื่อนำความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาพัฒนาคุณภาพการบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสนับสนุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(2562). อาการภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ สืบค้น วันที่ 1 ก.ค. 2566 https://www.thaihealth.or.th/อาการภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ/
2. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชนิดรับประทาน. สืบค้นวันที่ 14 ก.ค.66, จาก http://www.thaiheart.org/index.php?lay=show&ac=article&id=539252670&Ntype
3. . การใช้ยาวาร์ฟารินสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ. สืบค้นวันที่ 29 มิ.ย.66, จากhttps://www.siphhospital.com/th/news/article/share/warfarin
4. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .(2563). แนวทางการจัดการด้านยาใน Service Plan สาขาโรคหัวใจและสาขาโรคไต. สมุทรสาคร : บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด.
5. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสีชมพู.(2565) ขอนแก่น ข้อมูลผู้ป่วยรับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชนิดรับประทาน เอกสารคัดสำเนา โรงพยาบาลสีชมพู
6. เกษราภรณ์ จันดี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจสั่นพลิ้ว ที่รับประทานยาวาร์ฟารินในคลินิก :กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม , 4 (8) 244-265
7. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ครั้งที่ 11. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
8. วันเพ็ญ มูลอินต๊ะ. (2562). การพัฒนาระบบการบริบาลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลพระยา เชียงรายเวชสาร, 11(2), 1-8
9. ยมนา ชนะนิล, ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีต่อมลูกหมากโต.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 38(2) 11-23
10. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม. สืบค้นวันที่ 29 มิ.ย.66 ,จาก https://www.gotoknow.org/posts/115427

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.6 November - December 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567

ISSN : 2672-9717

PART III

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 589
ธวัชชัย บัวขาว

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี ตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 598
ฉวีวรรณ พวงมาลัย

ความสุขและความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา 607
สมรทิพย์ วิภาวนิช

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 614
ทรัพย์ทวี พวงคต

ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี 623
วันเพ็ญ เถาว์ทุมมา

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของตัวแทนครัวเรือนบ้านนาโพธิ์เหนือ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี 631
ดวงใจ พูลงาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี 639
จินดาพร บุรานอก ,ปณิธาน กระสังข์

การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 647
ปราณี อุสุพันธ์

การเตรียมความพร้อมร้านยาจังหวัดนครนายก สู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ 657
วราภรณ์ หงสาภินันทน์ ,ตุลาการ นาคพันธ์

รูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม 668
สุภัทร กตัญญูทิตา

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน 678
ธมภร โพธิรุด ,จิรพันธ์ อินทรศักดิ์ ,กัญชริญา ส่องสี

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐของบุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ 689
จิราวรรณ พรหมมานนท์

ความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตภาคเหนือ 696
พรรณพิไล สุทธนะ ,ปิ่นนเรศ กาศอุดม ,ดาราวรรณ บุญสนธิ

การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส โซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 702
คำไฝ พลสงคราม ,สัมพันธ์ เกษานุช

การประเมินคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 713
อุไรพร ดิเรกศรี

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567 722
กฤช โชติการณ์ ,อรนิฏา ธารเจริญ ,รัตติยา แดนดงยิ่ง

การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 733
พฤกษาชล เหล่าสกุลศิริ

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง หลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง 741
นันทวรรณ แสงโสภิต ,กันตินันท์ สอดสุข ,ศิริเนตร สุขดี

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์ 753
บรรทม แสนแก้ว

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 764
วนิดา คู่เคียงบุญ ,นันทยา นนเลาพล ,พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ ,สิโรนี ฟองแก้ว ,ไขพร อุ่นเทียมโสม และมนันยา มณีประกรณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 774
นงลักษณ์ โคกสีอำนวย ,สุวิมล แสงเรือง ,วีระวุฒิ ศรีอำนวย ,อาริยา แดงวงษา ,พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 785
ภัทรภร กิตติไชยากร ,ขนิษฐา มลิหอม ,ประยุทธ ศรีกระจ่าง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม 796
ดวงจันทร์ บัวรัตน์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ: กรณีศึกษา 2 ราย 803
ปิมประภา แพงศรี

ปัญหาและความต้องการระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์เพื่อรายงานการรักษาผู้ป่วยในงานการพยาบาลเรือนจำ 812
กฤชฐา สีหบัณฑ์ ,พรรณี บัญชรหัตถกิจ ,ทัศพร ชูศักดิ์

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 824
เชิด วรพันธ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 831
ปรียาวดี บุญไชยโย

ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 839
สุภาพร ปัญญาวงษ์ ,สรัญญา คุ้มไพฑูรย์ ,อนุชา ไทยวงษ์ ,กำทร ดานา

การพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชนอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 851
นิยากร อินทะขัน

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 861
กุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาว์

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 VOL. 9 NO. 6 November – December 2024 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลลัพธ์ของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง 872
ภวรัญชน์ จิรเชฐพัฒนา ,ศิราณี ศรีหาภาค

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย 884
ประนอม เปรมปรี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 899
มนัชญา สุขทองสา ,รุจิรา อำพันธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 905
กัลยา ภูห้องเพชร

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม 915
ยุพิน พิลายนต์

ความรู้และทัศนคติของพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาล และการศึกษาความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ **922**
จรินทิพย์ เติมศิลป์ ,วัชระ โยกมา ,กุลธรา จงตระการสมบัติ ,อริญชย์ เมตรพรมราช ,กันตภณ หันไชยโชติ

ผลการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหารด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม 934
ทองเสริฐ ใจตรง ,ชาญณรงค์ คนเพียร ,ทรงรักษ์ แอนดราดา

การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน 943
สุพัฒน์ วิเศษวงษา

การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง 952
อิสรา มิตรช่วยรอด ,เพ็ญ สุขมาก

การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 962
สวัสดิ์ มาลา

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี 974
อัครภูชิทย์ ผลานันต์

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 30 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 6) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การเรียนการสอนห้องเรียนเสมือนจริงในห้องผ่าตัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชน ความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการขยะ การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุม ความดันโลหิต การสนับสนุนครอบครัวต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานชุมชนน่าอยู่ การพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาล การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย แอปพลิเคชันไลน์ "Easy Splint Care" ความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 การสอนในรูปแบบแอนิเมชันเรื่อง “Newborn Jaundice” การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหาร การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัย การพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร การป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพร การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความต้องการระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์เพื่อรายงานการรักษา การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ผลของการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

EFFECTS OF SELF-EFFICACY AND SOCIAL SUPPORT ON WASTE MANAGEMENT AMONG THE POPULATION OF KLANG SUBDISTRICT, DET UDOM DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 28,2024)

ธวัชชัย บัวขาว[1]
Thawatchai Buakhao[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 36 คน รวม 72 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 2 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 2 ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการขยะของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม การจัดการขยะ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of self-efficacy and social support on waste management among the population of Klang Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The sample was divided into two groups, with 36 participants in each group, totaling 72 participants. The experimental group consisted of residents of Klang Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province, while the comparison group consisted of residents of Bua Ngam Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received a program over 12 weeks, while the comparison group received the standard program. Data were collected twice, before and after the experiment, between September 2, 2024, and December 2, 2024, using questionnaires. Data analysis was performed using descriptive statistics, presented as 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, and between groups using independent t-tests, with statistical significance set at 0.05.

The results showed that, after the experiment, the differences in mean scores for knowledge, attitudes, self-efficacy, participation, social support, and waste management behaviors in the experimental group were significantly higher than before the experiment and higher than in the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: Self-efficacy, Social support, Waste management

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

การจัดการขยะเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา การจัดการขยะที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การปนเปื้อนของน้ำและดิน การแพร่กระจายของโรค และปัญหาด้านสุขภาพที่หลากหลาย[1] ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เผชิญกับปัญหาด้านการจัดการขยะอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่พยายามจะจัดการกับปัญหานี้ แต่ยังคงมีความท้าทายในการนำไปปฏิบัติและบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ การขาดการจัดการขยะอย่างเหมาะสมมีผลกระทบที่รุนแรงต่อทั้งสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์ มลพิษทางน้ำและดินเกิดขึ้นเมื่อขยะถูกทิ้งลงในแหล่งน้ำและดินโดยตรง ทำให้มีสารเคมีและโลหะหนักปนเปื้อน นอกจากนี้การย่อยสลายขยะโดยไม่มีการควบคุมก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เช่น มีเทนและคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อน ขยะยังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคและพาหะนำโรคที่สามารถแพร่กระจายสู่มนุษย์ ทำให้เกิดโรคร้ายแรงต่าง ๆ การทิ้งขยะลงสู่ธรรมชาติยังทำลายระบบนิเวศ ทำให้สัตว์และพืชเผชิญกับสารพิษและขยะที่ย่อยสลายยาก ดังนั้น การจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการปกป้องสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน[2]

หนึ่งในทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ที่สำคัญคือ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura[3] ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการดำเนินกิจกรรมหรือการจัดการปัญหาต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คนที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น และมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จมากกว่าคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ การรับรู้ความสามารถแห่งตนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการจัดการขยะที่มีประสิทธิภาพ อีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะคือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการได้รับการสนับสนุน ความช่วยเหลือหรือการยอมรับจากคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมให้บุคคลมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ[4] ในบริบทของการจัดการขยะ แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ประชาชนมีความมั่นใจในการจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการขยะในบริบทของประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการขยะในบริบทของเมืองใหญ่หรือพื้นที่อุตสาหกรรม แต่การศึกษาในพื้นที่ชนบทยังคงมีอยู่น้อยมาก การวิจัยนี้จึงเป็นการเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ที่มีอยู่ โดยการนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวทางและนโยบายในการจัดการขยะที่เหมาะสมในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย การศึกษานี้คาดว่าจะมีผลกระทบที่สำคัญในการเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชน และช่วยเสริมสร้างแนวทางในการปรับปรุงการจัดการขยะในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะ การศึกษาโดย Li & Zhang [5] พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรีไซเคิลขยะในกลุ่มประชาชนในเมืองจีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย Tadesse[6] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนมีผลต่อพฤติกรรมการรีไซเคิลขยะในเอธิโอเปีย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การศึกษาโดย Ojedokun & Balogun[7] พบว่าการรับรู้

ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการขยะในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย ในขณะที่การศึกษาโดย Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock[8] พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน รวมถึงการจัดการขยะด้วย

ตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการขยะที่ยังไม่ดีเพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ การศึกษาในตำบลกลางนี้จึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้เราเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน และสามารถพัฒนาแนวทางการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิจัยนี้จะนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการจัดการขยะในชุมชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อให้การจัดการขยะเป็นไปอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ และการวิจัยนี้ยังมีความสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในบริบทของการจัดการขยะ ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของประชาชนในการจัดการขยะ และสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการขยะที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชนบทในประเทศไทย เพื่อให้การจัดการขยะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการขยะภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชน จำนวน 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณและไม่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชน จำนวน 36 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร (Populations) ได้แก่ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 36 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[9] แทนค่าจากงานวิจัยของณัทกร วิฑิตถิรานันท์[10]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการการจัดการขยะกิจกรรมเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องการคัดแยกขยะผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการกระบวนการกลุ่ม กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมการคัดแยกขยะ กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจการคัดแยกขยะผ่านการพูดคุย ให้กำลังใจและการสร้างแรงจูงใจจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังด้านคุณค่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน ของตนต่อชุมชนและสังคม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย 1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ, 2. ความรู้ จำนวน 15 ข้อ, 3. ทัศนคติ จำนวน 15 ข้อ, 4. การรับรู้ความสามารถแห่งตน จำนวน 10 ข้อ, 5. การมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ, 6. แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และ 7. พฤติกรรมการจัดการขยะ จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ โดยใช้ KR-20 ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เท่ากับ 0.84 ทัศนคติ เท่ากับ 0.86 การรับรู้ความสามารถแห่งตน เท่ากับ 0.80 การมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.82 และแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.88 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่ของสถานบริการในสังกัด

2) ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าของพื้นที่ที่จะดำเนินการวิจัย

3) การทำความเข้าใจในกระบวนการทดลองแก่กลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 พื้นที่

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

5) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้แผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ ตามกิจกรรมที่วางไว้

6) จัดเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 136 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.44 มีอายุเฉลี่ย 49.05 ปี (S.D.= 4.67 ปี) มีระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 38.89 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.56 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.67 มีมัธยฐานของรายได้ 15,000 บาท (P25= 10,000: P75= 25,000) มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 55.56 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 มีอายุเฉลี่ย 48.27 ปี (S.D.=5.25 ปี) มีระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 41.67 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.11 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 72.22 มีมัธยฐานของรายได้ 13,500 บาท (P25= 10,000: P75= 25,000) มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 75.00 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้ฯ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.02	2.03				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	9.52	2.10	0.50	-0.47-1.47	1.02	0.309
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	13.44	1.85				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	10.27	2.15	3.17	2.21-4.11	6.66	<0.001**
ทัศนคติ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	19.00	3.76				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.23	3.77	-0.47	-2.24-1.29	-0.53	0.596
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	22.72	4.63				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.25	3.75	2.47	0.48-4.45	2.48	0.015
การรับรู้ความ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	17.94	4.01	0.58	-1.30-2.47	0.614	0.540

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
สามารถแห่งตนฯ		กลุ่มเปรียบเทียบ	17.36	4.03				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.30	3.51				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	18.36	3.92	1.94	0.19-3.69	2.21	0.029
การมีส่วนร่วม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	19.00	3.76				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.13	3.61	-0.13	-1.87-1.59	-0.15	0.873
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	25.88	2.64				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.27	3.70	6.61	5.09-8.12	8.70	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22.58	1.96				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	22.38	2.08	0.20	-0.75-1.14	0.40	0.685
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	25.94	2.11				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	23.27	1.73	2.67	1.75-3.57	5.85	<0.001**
พฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	18.94	1.67				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	18.1	1.62	0.33	-0.44-1.10	0.85	0.394
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	22.94	2.11				
		กลุ่มเปรียบเทีย	20.05	1.85	2.89	1.95-3.82	6.17	<0.001**

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม มีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ผ่านกิจกรรมเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องโรคไข้เลือดออกโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรณรงค์ การเสนอข้อคิดเห็น การออกแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน วางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล จันทร์มาลี และคณะ[11] พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก และระดับดีตามลำดับ ซึ่งพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ณิชรัตน์ ป้องแก้ว, สามารถ ใจเตี้ย และสิวลี รัตนปัญญา[12] พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยใช้หลัก 5R ของประชาชนตำบลกลางเวียงส่วนใหญ่มีระดับความรู้น้อย รองลงมามีระดับความรู้ปานกลาง และมีระดับความรู้ดี ตามลำดับ การประเมินผลสัมฤทธิ์ความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรม การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยใช้หลัก 5R ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยหลังทดลองใช้ชุดกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยใช้หลัก 5R สูงกว่าก่อนทดลองใช้กิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยใช้หลัก 5R อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ณัทกร วิฑิตถิรานันท์[13] พบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมการจัดการขยะของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ณัฐวุฒิ กกกระโทก และคณะ[14] พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการขยะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.01) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.01) สุทธิดา สืบทรัพย์[15] พบว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05) ฉัตรนภา สนองบุญ[16] พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง 5 Rs พฤติกรรมและแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน เพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเชื่อมั่น 95% (P-value<0.001) และพบว่าปริมาณขยะในครัวเรือนของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ครัวเรือนหลังเข้าร่วมโครงการฯ ลดลง 16.2 กิโลกรัม จาก 5 1.2 เป็น 35.0 กิโลกรัม และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน โดยใช้หลักการลดขยะมูลฝอย 5Rs สามารถลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนได้หากประชาชนในพื้นที่ได้รับการอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ พระทองเจริญ อุปสนโต และคณะ[17] พบว่า การสร้างโปรแกรม คือ 1) หลักการของโปรแกรม 2) เป้าหมายของโปรแกรม 3) จุดมุ่งหมายของโปรแกรม 4) เนื้อหาสาระของโปรแกรม 5) ระยะเวลาที่ใช้ของโปรแกรม 6) การเลือกผู้ทำหน้าที่แสดงธรรม 7) สื่อและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และ 8) การประเมินผลโปรแกรม และการทดลองโปรแกรมพบว่ามีคะแนนความรู้ด้านภาวนา 4 จิตสำนึกในการจัดการขยะและพฤติกรรมในการจัดการขยะมากกว่าก่อนการทดลองที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองหลังเข้าอบรม มีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองหลังการอบรม 1 เดือนมีคะแนนความรู้ด้านภาวนา 4 จิตสำนึกในการจัดการขยะและพฤติกรรมในการจัดการขยะมากกว่าก่อนและหลังทดลองที่ระดับ 0.05 และวิริยะภูมิ จันทร์สุภาเสน

[18] พบว่าการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่าหลังการอบรมโปแกรม “Cleaners Safety” พนักงานทำความสะอาด มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อหลังจากการอบรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ หลังจากการอบรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 โปรแกรมมีประสิทธิผลในการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปสร้างองค์ความรู้แก่ประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิดประสิทธิผล หรือ ขยายผล หรือ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่น หรือ พื้นที่อื่น

1.2 ในการวิเคราะห์รายข้อด้านการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ประชาชนยังมีปัญหาเรื่องการคัดแยกขยะ และการกำจัดยะที่ถูกต้องเหมะสม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งสร้างองค์ความรู้ความตระหนักเรื่องการคัดแยกขยะ และเสนอทางเลือกในการกำจัดขยะที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การสร้างความตระหนัก และติดตามดูแลติดตามส่งเสริมความรู้ในการจัดการขยะของประชาชน เพื่อการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีที่มีประสิทธิผลต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี แบบผสมผสาน และและขยายพื้นที่ในการศึกษา

2.3 ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อดูนวัตกรรมที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการขยะของประชาชนตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Jambeck, J. R., et al. Plastic waste inputs from land into the ocean. Science 2015; 347(6223), 768-771.
2. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลขยะมูลฝอยชุมชน เอกสารประกอบการจัดทำรายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2565.
3. Bandura, A. Self – efficacy : The exercise of control. New York : W.H. Freeman. and company, 1997.
4. House, J. S. Work Stress and Social Support. Reading, MA: Addison-Wesley, 1981.
5. Li, F., & Zhang, Y. Social support and recycling behavior: Evidence from urban China. Journal of Environmental Studies 2011; 12(3): 45-60.

6. Tadesse, T. Environmental concern and its implications to household waste separation and disposal: Evidence from Mekelle, Ethiopia. African Journal of Environmental Science and Technology 2009; 3(11): 410-415.
7. Ojedokun, O., & Balogun, S. K. Self-efficacy and attitude towards waste management. Journal of Applied Social Psychology 2011; 41(1): 90-99.
8. Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Education Quarterly 1986; 13(1), 73-92.
9. Lemeshow, S. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons, 1990.
10. ณัทกร วิฑิตถิรานันท์. ผลการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565; 7(3): 31-42.
11. ศศิวิมล จันทร์มาลี และคณะ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลข้าวงาม อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปี 2566; 17(1): 150-165.
12. ณิชรัตน์ ป้องแก้ว, สามารถ ใจเตี้ย, และสิวลี รัตนปัญญา. ผลของกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยใช้หลัก 5R ของประชาชน ตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2565.
13. ณัทกร วิฑิตถิรานันท์. ผลการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2565; 7(3): 31-42.
14. ณัฐวุฒิ กกกระโทก และคณะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะ กรณีศึกษาตำบลหนองหอย อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2565; 14(1): 322-336.
15. สุทธิดา สืบทรัพย์. ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ต่อความรู้การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน เทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี 2564; 9(1): 101-114. 2564.
16. ฉัตรนภา สนองบุญ. ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ของประชาชน ตำบลเมืองบางขลัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2563.
17. พระทองเจริญ อุปสนโต, และคณะ. โปรแกรมการพัฒนาจิตสำนึกและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะตามหลักภาวนา 4 ด้วยนิเวศวิทยาเชิงพุทธในประชาชนตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2562; 7(3): 698-709.
18. วิริยะภูมิ จันทร์สุภาเสน. ผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560; 18(1): 113-122.

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี ตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

EFFECTS OF AN EMPOWERMENT AND SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON BEHAVIOR MODIFICATION FOR DIABETES PREVENTION IN AT-RISK POPULATIONS WITHIN THE RESPONSIBILITY AREA OF BAN THA PHO SI HEALTH PROMOTING HOSPITAL, THA PHO SI SUBDISTRICT, DET UDOM DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

ฉวีวรรณ พวงมาลัย[1]
Chaveewan Puangmalai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี ตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 46 คน รวม 92 คน กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 3 ธันวาคม 2567 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การเสริมพลัง แรงสนับสนุนทางสังคม โรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of an empowerment and social support program on behavior modification for diabetes prevention among at-risk individuals in the service area of Ban Tha Pho Sri Health Promoting Hospital, Tha Pho Sri Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The sample was divided into two groups of 46 participants each, for a total of 92 individuals. The experimental group comprised at-risk individuals from Tha Pho Sri Subdistrict, while the comparison group consisted of at-risk individuals from Kaeng Subdistrict, both in Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group participated in the program for eight weeks. Data were collected using questionnaires at two time points: before and after the intervention, conducted between October 3, 2024, and December 3, 2024. The paired t-test was used to compare mean differences within groups, while the independent t-test was applied to compare differences between groups, with statistical significance set at 0.05.

The results showed that, after the intervention, the mean differences in scores for diabetes knowledge, attitudes toward diabetes, self-empowerment, motivation for diabetes prevention, social support, and diabetes

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี ตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

prevention behaviors among the experimental group were significantly higher than those before the intervention and higher than those in the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level.
Keywords: Empowerment, Social support, Diabetes mellitus, At-risk group

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเพิ่มขึ้นของประชากรที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุลและขาดการออกกำลังกาย การดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งในปี 2019 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 463 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคนในปี 2045[1] สถิติที่น่าตกใจนี้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและการจัดการโรคเบาหวานอย่างเร่งด่วน ในประเทศไทย ปัญหานี้ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่เร่งด่วน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะอ้วน สถาบันวิจัยสุขภาพแห่งชาติรายงานว่าในปี 2563 มีประชากรไทยที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน และจำนวนนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศ โรคเบาหวานไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากมาย ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วย รายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2016 ระบุว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานทั่วโลกมีมูลค่าประมาณ 760 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 825 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2030[3] นอกจากนี้โรคเบาหวานยังมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และปัญหาสายตา ซึ่งยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเสริมพลังและการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน การเสริมพลังคือการให้ความรู้และความสามารถในการตัดสินใจแก่บุคคลเพื่อให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ [5] ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจและกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาในปี 2010 โดย Viswanathan และคณะพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนสามารถช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นและมีความยั่งยืนมากขึ้น[6] นอกจากนี้ Heisler[7] ยังระบุว่าการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจและมีความสามารถในการจัดการกับโรคเบาหวานได้ดีขึ้น

พื้นที่ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากร 7,376 คน พบผู้ป่วยเบาหวาน 586 คน คิดเป็นร้อยละ 7.94 ของประชากรทั้งหมด หรือ 7,944 ต่อประชากรแสนคน มีประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำนวนมาก จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่ามีประชากรจำนวนหนึ่งที่ยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน รวมถึงขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รายงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรีในปี 2563 พบว่ามีประชากรในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานกว่า 30% ของประชากรทั้งหมด[8] ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี" จึงมีความสำคัญ การวิจัยนี้มี

วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการป้องกันโรคเบาหวานให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง และสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานในระยะยาว การศึกษาและการนำโปรแกรมนี้ไปใช้จริงในชุมชนจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นและยั่งยืน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเสี่ยงดีขึ้น และลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี ตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี ตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 46 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี ตำบลท่าโพธ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้ KR-20 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient และมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567 – 165 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.3 มีอายุเฉลี่ย 28.72 ปี (S.D. = 6.36 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 67.4 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 60.9 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P25 = 5,000 บาท : P75 = 8,000 บาท) ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.2 มีอายุเฉลี่ย 31.02 ปี (S.D. = 7.26 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 78.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 69.6 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 52.2 มีมัธยฐานของรายได้ 9,500 บาท (P25 = 5,000 บาท : P75 = 10,000 บาท) ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่าง

คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	6.80	1.88				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	6.54	1.92	0.26	-0.52-1.05	0.65	0.513
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.32	1.15				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	7.15	1.69	2.17	1.57-2.77	7.17	<0.001**
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	31.15	3.57				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	30.39	3.36	0.76	-0.67-2.20	1.05	0.296
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	34.60	3.86				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	31.30	3.53	3.30	1.77-4.83	4.28	<0.001**
การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	35.54	1.78				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	35.71	1.80	-0.17	-0.91-0.57	-0.46	0.643
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	39.2	2.10				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	36.71	1.80	2.57	1.75-3.37	6.26	<0.001**
แรงจูงใจในการป้องกันโรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	26.58	2.30				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	26.02	2.33	0.56	-0.39-1.52	1.16	0.245
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30.08	2.78				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	26.97	2.19	3.11	2.06-4.14	5.94	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	38.97	2.79				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	39.19	2.64	-0.22	-1.34-0.90	-0.38	0.702
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	42.39	2.72				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	39.97	2.62	2.42	1.30-3.51	4.33	<0.001**
พฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	37.82	2.30				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	37.19	2.42	0.63	-0.34-1.61	1.27	0.204
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	41.10	1.96				
		กลุ่มเปรียบเทีย	37.91	2.51	3.19	2.25-4.13	6.77	<0.001**

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่จนได้ความชัดเจนของปัญหา จากนั้นทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางการออกแบบโปรแกรม ในระยะการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยเรียนเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมในการเสนอแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาอย่างครบถ้วนจึงส่งผลให้โปรแกรมมีความสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาของพื้นที่และส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล[9] ศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกับกลุ่มเปรียบเทียบ วีรวัฒน์ ทางธรรม และคณะ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา พบว่า: 1) ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคกับที่เข้าร่วมโปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเ เฉลี่ยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2) ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ สมจิตร ธรรมบันเทิง[11] ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูงตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง ทัศนคติต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพ็ญวดี โรจน์เรืองนนท์ และคณะ[12] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แขวงคลองต้นไทร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองดังนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้น 7.14 ความคาดหวงั ในผลลัพธ์ 6.66 และพฤติกรรมการบริโภค

อาหาร 5.34 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p< 0.001) รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 11 มก./ดล. (p<0.05) เกสราวรรณ ประดับพจน์[13] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของกลุ่ม ทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ส่วนค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) วิไล แสนยาเจริญกุล[14] เรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,58)= 38.096$, $p < 0.001$, $F(1,58) = 26.374$, $p < 0.001$ และ $F(1,58)= 26.555$, $p < 0.001$) รวีวรรณ ยิ้มเนียม[15] เรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีต่อแรงจูงใจในการป้องกันโรค และการควบคุมน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น โดยมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 2.86, 4.16 และ 4.58 ตามลำดับ พฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 2.82, 4.08 และ 4. 60 ตามลำดับ ซึ่งหลังทดลองและติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง (p < 0.001) ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังทดลอง (p< 0.002) รวมทั้งแรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกัน โรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม (p < 0.001) ส่วนระดับน้ำตาล กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลจากเฉลี่ย 11000 มก/ดล. เหลือ 96.58 และ 91.63 ซึ่งลดลงเหลือน้อยกว่าก่อนทดลองและหลังทดลอง (p < 0.001) รวมทั้งระดับน้ำตาลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมมีการปรับเปลี่ยน แรงจูงใจในการป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ยุวดี รอดจากภัย สมพล กิตติเรืองเกียรติ และประสิทธิ์ กมลพรมงคล[16] ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) อานนท์ วัฒนกรกุล[17] ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.01) โดยเฉพาะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงจาก 104.77 mg/dl เป็น 91.77 mg/dl หลังการทดลองจนไม่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอีกต่อไป ผลการศึกษาเชิงคุณภาพยังพบว่าความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนมีส่วนช่วยสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ดวงดาว ศรียากูล และคณะ[18]. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยปรับรูปแบบโปรแกรม

จากต่างประเทศให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย โปรแกรมนี้มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง ซึ่งรวมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าดัชนีมวลกายลดลงเฉลี่ย 1.9 กก./ม.^{2} เส้นรอบเอวลดลง 4.5 ซม. ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 3.8 มก./ดล. และคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง 14.9 คะแนน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในเชิงคุณภาพ พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องด้วยการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและชุมชน โดยโปรแกรมนี้ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างได้ถึงร้อยละ 77.5 และลดโอกาสเกิดโรคในระยะ 10 ปีได้ร้อยละ 12.7

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมไปขยายผลในพื้นที่อื่น เนื่องจากโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรเสี่ยง จึงควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีอัตรากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสูง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับชุมชนอย่างกว้างขวาง

2. ควรสนับสนุนให้ทีมสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกหลักในการกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

3. ควรมีการติดตามพฤติกรรมของกลุ่มประชากรเสี่ยงในระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน รวมถึงพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมพฤติกรรมในระยะยาว เช่น การเพิ่มกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมหรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2019). IDF Diabetes Atlas (9th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
2. กรมอนามัย. (2563). สถิติสุขภาพประชากรไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. World Health Organization. (2016). Global report on diabetes. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
4. American Diabetes Association. (2018). Standards of medical care in diabetes—2018. Diabetes Care, 41(Suppl. 1), S1-S159.
5. Bandura, A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior 2004; 31(2): 143-164.
6. Viswanathan et al. Interventions to improve adherence to self-management prescriptions for chronic illnesses in the United States: A systematic review. Annals of Internal Medicine 2010; 153(11): 736-750.
7. Heisler, M. Building peer support programs to manage chronic disease: Seven models for success. Oakland, CA: California HealthCare Foundation, 2006.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี. ข้อมูลสถิติกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี, 2563.

9. เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล. ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9(3): 518-527.
10. วีรวัฒน์ ทางธรรม และคณะ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา. Journal of Roi Kaensarn Academi 2566; 8(7): 211-225.
11. สมจิตร ธรรมบันเทิง. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566; 8(3): 1067-1075.
12. เพ็ญวดี โรจน์เรืองนนท์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แขวงคลองต้นไทร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 2564; 46(3): 81-88.
13. เกสราวรรณ ประดับพจน์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2564; 8(5): 148-161.
14. วิไล แสนยาเจริญกุล. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561.
15. รวีวรรณ ยิ้มเนียม. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีต่อแรงจูงใจในการป้องกันโรค และการควบคุมน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการแพทย์ 2561; 43(2): 118-123.
16. ยุวดี รอดจากภัย, สมพล กิตติเรืองเกียรติ, ประสิทธิ์ กมลพรมงคล. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2555;7(2):116-23.
17. อานนท์ วัฒนกรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 1(2), 17-31.
18. ดวงดาว ศรียากูล และคณะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567; 18(1): 72-92.

ความสุขและความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

Happiness and Demand for Happiness-Generating Activities of the Elderly in Communities in Bang Krachet Sub-District, Bang Khla District, Chachoengsao Province.

(Received: December 15,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 28,2024)

สมรทิพย์ วิภาวนิช[1]
samorntip vipavanich[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความสุขและความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พักอาศัยในตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 268 คน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า 1. ระดับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.50) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดของความสุขของผู้สูงอายุ คือ ท่านเป็นคนหัวเราะง่าย ($\bar{x}$=5.05) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่ามาก ($\bar{x}$=5.04) ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านใส่ใจคนรอบข้าง อย่างมาก ($\bar{x}$=3.81) 2. ความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดของความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ กิจกรรมด้านสุขภาพ ($\bar{x}$=3.85) รองลงมา คือ กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ ($\bar{x}$=3.79) และกิจกรรรมด้านนันทนาการ ($\bar{x}$=3.55) ส่วนความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง คือ กิจกรรมด้านสื่อออนไลน์ ($\bar{x}$=3.01)

คำสำคัญ: ความสุข, ความต้องการกิจกรรมสร้างความสุข, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this cross-sectional survey research was to explore the happiness level and the demand for happiness-generating activities of the elderly in communities in Bang Krachet Sub-District, Bang Khla District, Chachoengsao Province. The sample consisted of 268 male and female elderly aged 60-74 years, residing in those communities. The data were collected using simple random sampling technique along with the application of structured interview; and analyzed by means of descriptive statistics including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that: 1. The elderly in the said communities had a high level of overall happiness ($\bar{x}$=4.50). indicated as follows: 'they are easy to laugh.' ($\bar{x}$=5.05); 'they have a sense of very meaningful life' ($\bar{x}$=5.04); and 'they care very much about surrounding people ($\bar{x}$=3.81), respectively. 2. A high level of overall demand for four happiness-generating activities was found among the elderly in such communities ($\bar{x}$=3.54). The investigation of each activity pointed out that there was a high level of their demand for health activities ($\bar{x}$=3.85), economic activities ($\bar{x}$=3.79), and recreational activities ($\bar{x}$=3.55), respectively. However, the demand for online media activities was at a moderate level ($\bar{x}$=3.01).

Keywords: happiness, demand for happiness-generating activities, elderly

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

บทนำ

โลกยังคงประสบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอีกทั้งยังพบว่า มีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากความเจริญทางเทคโนโลยีช่วยในการชะลอความเสื่อมของร่างกาย โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2020 ทั่วโลกจะมีผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 727 ล้านคน นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้หญิงมีอายุ ยืนยาวกว่าผู้ชาย และจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก คาดว่าจะเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าและอาจสูงถึง 1.5 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2050 ซึ่งจะพบได้ในทุกภูมิภาคของโลก และสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.3 ในปี 2020 เป็นประมาณร้อยละ 16.0 ในปี 2050[1] ส่วนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13.64 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.5 ของจำนวนประชากรทั้งหมดส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ซึ่งหมายถึง มีคนอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ[2] การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในทุกระบบอวัยวะของผู้สูงอายุสิ่งที่ตามมาคือการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสูญเสียความสามารถในการเดิน อาการซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) อาการน้ำหนักลด และการมี พยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบของร่างกายในเวลาเดียวกันจะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ ยังพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลทางสังคม (Social care) พร้อมกับการดูแลทางสุขภาพ[3] ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

ความสุข (Happiness) เป็นสิ่งที่มนุษย์ ทุกคนปรารถนาและถือเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่กระตือรือร้น โดยพยายามเอาชนะปัญหาสุขภาพ สร้างสรรค์ผลงานต่าง ๆ และ มีความสนุกกับชีวิต[4] และจากปัญหาดังกล่าว มีนักวิชาการ นักศึกษา และนักวิชาชีพ ให้ความสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ ในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อย่างต่อเนื่องโดยมีความแตกต่างกันในด้านพื้นที่และตัวแปรที่ศึกษา แต่ยังมีส่วนน้อยที่ศึกษา ความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุ ในชุมชน

ทฤษฎีกิจกรรม ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่ามนุษย์จะใช้กลไกสองประการในการพัฒนาความรู้สึกของตนเอง คือ 1) บทบาท และ 2) กิจกรรม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทของตนเองจะลดลงและอาจเลิกทำกิจกรรมต่าง ๆ จนทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้น กิจกรรมจึงมีหน้าที่ ในการฟื้นฟูและช่วยเพิ่มบทบาท รวมถึงเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และการทำกิจกรรม ที่ผู้สูงอายุพึงพอใจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุนอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข สนุกสนานแล้ว กิจกรรมที่จัดขึ้นควรส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าของตนเองด้วย เพราะเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ และยังเป็นที่ต้องการของสังคม ก็จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถพึ่งพาตน และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข[5]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสุขและความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน โดยศึกษานำร่องในผู้สูงอายุตำบล บาง

กระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนากิจกรรมสร้างความสุขที่ตรง ตามความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อศึกษาความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสุขและความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 17 ตุลาคม 2567 ถึง 11 ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 809 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2567 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane[6] ที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 268 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 จากขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 268 คน นำมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้การกำหนดสัดส่วน กลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านเท่า ๆ กัน

ขั้นที่ 2 นำกลุ่มประชากรทั้งหมดมาจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling Without Replacement) จากรายชื่อผู้สูงอายุตามทะเบียนผู้สูงอายุของ แต่ละหมู่บ้าน จำนวน 9 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 นำรายชื่อที่สุ่มได้มาจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปใช้ในการจัดเก็บข้อมูลการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี 2) มีสติสัมปชัญญะ และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 3) ไม่มีโรคติดต่อ หรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง 4) ยินยอม และสมัครใจในการตอบแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป 2) มีอาการทางจิตจนรบกวนความสามารถ ในการตอบแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง _3) มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้างจำนวน 1 ชุด มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นหลักที่ต้องการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบ สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และภาวะสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างการวัดความสุข ผู้วิจัยพัฒนามาจาก Oxford Happiness Questionnaire ของ Peter Hills และ Michel Argyle[7] เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแปล และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้อง พร้อมทั้งปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีจำนวน 29 คำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ เชิงลบ 12

ข้อ โดยข้อคำถามเชิงลบ คือ ข้อที่ 1 5 6 10 13 14 19 23 24 27 28 และข้อที่ 29 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้[7]

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างมาก	6	1
เห็นด้วยปานกลาง	5	2
ค่อนข้างเห็นด้วย	4	3
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	3	4
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	5
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	1	6

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยมีวิธีการดังนี้[8]

ระดับความสุข	ค่าคะแนนเฉลี่ย
ระดับมาก	4.34-6.00
ระดับปานกลาง	2.67-4.33
ระดับน้อย	1.00-2.66

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษแบบมีโครงสร้างความต้องการกิจกรรมสร้างความสุข ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ความต้องการกิจกรรมสร้างความสุข จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 19 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้[8]

ความต้องการมากที่สุด	5 คะแนน
ความต้องการมาก	4 คะแนน
ความต้องการปานกลาง	3 คะแนน
ความต้องการน้อย	2 คะแนน
ความต้องการน้อยที่สุด	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยมีวิธีการดังนี้[8]

ระดับความต้องการ	ค่าคะแนนเฉลี่ย
ระดับมากที่สุด	4.21-5.00
ระดับมาก	3.41-4.20
ระดับปานกลาง	2.61-3.40
ระดับน้อย	1.81-2.60
ระดับน้อยที่สุด	1.00-1.80

การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้ พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 (เกณฑ์ คือ IOC ≥ .50) และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) โดยการนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผ่านเกณฑ์ข้างต้นไปทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การวัดความสุขและความต้องการกิจกรรมสร้างความสุข เท่ากับ 0.88 และ 0.98 ตามลำดับ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปถือว่าข้อคำถาม มีความเชื่อมั่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การวัดความสุข วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการกิจกรรมสร้างความสุข วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้นำเสนอเค้าโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ COA No. 008/2567 RRU-IRB No. 007/2567 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.43 อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 38.06 สถานภาพคู่ ร้อยละ 72.02 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 88.06 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/ค้าขาย/เกษตรกร/ อื่น ๆ ร้อยละ 68.66 รายได้ต่ำกว่า 5000 บาท ร้อยละ 59.33 มีหนี้สิน ร้อยละ58.96 และ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.16 ระดับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งภาพรวมและรายข้อ ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนความสุขของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.50) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดของความสุขของผู้สูงอายุ คือ ท่านเป็นคนหัวเราะง่าย ($\bar{x}$=5.05) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่ามาก ($\bar{x}$=5.04) ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านใส่ใจคนรอบข้างอย่างมาก ($\bar{x}$=3.81) ความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของ ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งภาพรวม และรายด้าน ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุโดยรวม ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.54) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดของความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ กิจกรรมด้านสุขภาพ ($\bar{x}$=3.85) รองลงมาคือ กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ ($\bar{x}$=3.79) และกิจกรรรมด้านนันทนาการ ($\bar{x}$=3.55) ส่วนความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คือ กิจกรรมด้านสื่อออนไลน์ ($\bar{x}$=3.01)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องความสุขและความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลแต่ละประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ระดับความสุข ของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางกระเจ็ด อำเภอ บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความสุขในชีวิตโดยรวมระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรวรรณ แสนบริสุทธิ์ และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์[9] พิทยุตม์ โตขำ วันเพ็ญ อนิวรรตนพงศ์ และธัญพัฒน์ ทองนิ่ม[10] และ Tan JH, Abdin E, Shahwan S, et al.[11] ที่ศึกษาความสุขของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ มีความสุขโดยรวมระดับมาก และเมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลบางกระเจ็ด อำเภอ บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่เป็นคนหัวเราะง่าย รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่ามาก และ มีความรู้สึกที่ดีกับเกือบทุก ๆ คน

2. ผลการวิเคราะห์ความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนตำบล บางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขโดยรวม ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขอยู่ในระดับมาก 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปนัดดา บิลหมัด พชรดนย์ เปาะทองวาริษาฮ์ เหล็มโส๊ะ สุนัดดา แก้วสด และฮาซันอักริม ดงนะเด็ง[12] ที่ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพ โดยต้องการได้รับความรู้ที่

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งความรู้เรื่องโรค การป้องกัน อาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารจิตใจให้ผ่อนคลาย ส่วนภักศจีภรณ์ ขันทอง และคณะ[13] ศึกษากิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข พบว่า กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุข คือ การสวดมนต์ และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ พิทยุตม์ โตขำ วันเพ็ญ อนิวรรตนพงศ์ และธัญพัฒน์ ทองนิ่ม[9] ที่ศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การพัฒนาจิตใจมีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของ ผู้สูงอายุ โดยการที่ผู้สูงอายุมีความคิดและอารมณ์เชิงบวกจะแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งบ่งบอกถึงความสุขที่มีในตัวบุคคล 2) กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รพีพรรณ พงษ์อินทร์วงศ์ และคณะ[14] ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจส่งผลเชิงบวกต่อการมีความสุขของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินชีวิต พึ่งพาตนเอง และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ โดยการปลูกผักรับประทาน เพื่อลดรายจ่าย การหารายได้เสริม และการไม่สร้างหนี้ และ 3) กิจกรรมด้านนันทนาการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภักศจีภรณ์ ขันทอง และคณะ[12] ที่ศึกษากิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข พบว่า กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุข คือการร้องเพลงและรำ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ วณัฐพงศ์ เบญจพงศ์ จิตรา ดุษฎีเมธา สุเมษย์ หนกหลัง และวรสรรณ์ เนตรทิพย์[15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อความสุขภายในของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุขภายในหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้กิจกรรมศิลปะ ที่ไม่ยากจนเกินไปและใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ส่วนกิจกรรมด้านสื่อออนไลน์ ผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ สิทธิพรร์ สุนทรวัชรินทร์ สุทธิศัย และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนด์ส[16] ศึกษารูปแบบการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยการใช้สังคมออนไลน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ และพิทยุตม์ โตขำ วันเพ็ญ อนิวรรตนพงศ์ และธัญพัฒน์ ทองนิ่ม[9] สุนันทรา ขำนวนทอง พิทยุตม์ คงพ่วง พิมพ์พรรณ อำพันธ์ทอง และวัชรี เพ็ชรวงษ์[17] ที่ศึกษาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อความสุขของ ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุนิยมใช้ไลน์และเฟซบุ๊ก เพื่อติดต่อสื่อสารกับเพื่อนและคนในครอบครัว ให้คลายเหงา คลายความคิดถึง รู้สึกสบายใจและ มีความสุข นอกจากนี้ ยังใช้สื่อออนไลน์ เพื่อติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากผลการวิจัยทำให้ทราบความต้องการกิจกรรมสร้างความสุขที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดโปรแกรมกิจกรรม สร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยพัฒนาร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ ในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ช่วยพัฒนาเศรษฐกิจในครัวเรือน ซึ่งเป็นการเพิ่มรายได้ให้ครอบครัว ทั้งนี้ ยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเป็นการพัฒนาความสุขให้เกิดกับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป ส่วนรายละเอียด ของกิจกรรมต่าง ๆ ต้องเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

2. ด้านการวิจัย ควรทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมสร้างความสุขของผู้สูงอายุ โดยนำผลการวิจัยในครั้งนี้มาพัฒนา ต่อยอด

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation. (2020). World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons. New York: Office of the Director, Population Division.
2. สำนักงานกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
3. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พริ้นเทอรี่.
4. Roach, S.S. (2001). Introductory gerontological nursing. Philadelphia: Lippincott.
5. Winstead V, Yost EA, Cotten SR, Berkowsky RW, Anderson WA. The impact of activity interventions on the well-being of older adults in continuing care communities. J Appl Gerontol. 2014; 33(7): 888-911.
6. Yamane, Taro. (1970). Statistics - Introductory Analysis. 2 Hill, Inc.
7. Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford happiness questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and Individual Differences, 33, 1073-1082.
8. Best, J.W. (1977). Research in Education. (3rd ed) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
9. อรวรรณ แสนบริสุทธิ์ และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุในตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 13(2): 14-25.
10. พิทยุตม์ โตขำ วันเพ็ญ อนิวรรตนพงศ์ และธัญพัฒน์ ทองนิ่ม. (2566). ความสุขในชีวิตของผู้สูงวัยยุค 4.0 ในกรุงเทพมหานคร. วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 6(1): 84-103.
11. Tan JH, Abdin E, Shahwan S, et al. Happiness and cognitive impairment among older adults: investigating the mediational roles of disability, depression, social contact frequency, and loneliness. IJERPH. 2019;16(24):4954.
12. ปนัดดา บิลหมัด พชรดนย์ เปาะทอง วาริษาฮ์ เหล็มโส๊ะ สุนัดดา แก้วสด และฮาซันอักริม ดงนะเด็ง. (2563). ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครตรัง จังหวัดตรัง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, 2(1), 29-50.
13. ภักศจีภรณ์ ขันทอง และคณะ. (2560). ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองขอน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารหมอยาไทยวิจัย, 3(2): 7-15.
14. รพีพรรณ พงษ์อินทร์วงศ์ และคณะ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของแรงงานผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบ้านยาง ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 11(1), 80-91.
15. วณัฐพงศ์ เบญจพงศ์ จิตรา ดุษฎีเมธา สุเมษย์ หนกหลัง และวรสรณ์ เนตรทิพย์. (2561). ผลของโปรแกรมนันทนาการ ที่มีต่อความสุขภายในของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, 8(2), 55-68.
16. สิทธิพรร์ สุนทร วัชรินทร์ สุทธิศัย และพงษ์ศักดิ์ ซิมมอนด์ส. (2563). รูปแบบการพัฒนาความสุขของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 15(2), 153-161.
17. สุนันทรา ขำนวนทอง, พิทยุตม์ คงพ่วง, พิมพ์พรรณ อำพันธ์ทอง, และวัชรี เพ็ชรวงษ์. (2565). การมีส่วนร่วมในชุมชนและการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีผลต่อรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุ ในยุค 4.0 ตำบลวังหว้า อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 7(12), 698-713.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

EFFECTS OF A SELF-CARE BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM ON UNCONTROLLED DIABETIC PATIENTS IN THE SERVICE AREA OF NIKOM LAM DOM YAI HEALTH PROMOTING HOSPITAL, PHON NGAM SUBDISTRICT, DET UDOM DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

(Received: December 15,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

ทรัพย์ทวี พวงคต[1]
Suptawee Phuangkot[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทดลอง จำนวน 51 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 66 คน ระหว่างวันที่ 5 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 5 ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a self-care behavior modification program on uncontrolled diabetic patients in the service area of Nikom Lam Dom Yai Health Promoting Hospital, Phon Ngam Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The sample size were uncontrolled diabetic patients under the responsibility of Health Promoting Hospital was divided into two groups. The experimental group consisted of 51 uncontrolled diabetic patients and comparison group included 66 uncontrolled diabetic patients. Data were collected using questionnaires at two time points: before and after the intervention, conducted between October 5, 2024, and December 5, 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, and interquartile range (25th and 75th percentiles). The paired t-test was used to compare mean differences within groups, and the independent t-test was applied to compare differences between groups, with statistical significance set at 0.05.

The findings revealed that, after the intervention, the mean differences in scores for diabetes knowledge, attitudes toward diabetes, perceived susceptibility to diabetes complications, perceived severity of diabetes, perceived benefits of diabetes control, perceived barriers to diabetes control, social support, and self-care

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

behaviors among the experimental group were significantly higher than those before the intervention and higher than those in the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Program, Self-care behavior, Uncontrolled diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทั้งในด้านการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อนที่ลดลง และการเกิดภาวะดื้ออินซูลินที่ทำให้เซลล์ในร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่ออินซูลินได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้กลไกการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายไม่เป็นไปตามปกติ[1] ภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างเรื้อรังนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัว หนาตัวขึ้น และมีการอุดตัน ซึ่งลดความสามารถในการลำเลียงเลือดและออกซิเจนไปยังอวัยวะต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังอาจเกิดภาวะปลายประสาทอักเสบ ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นจากโรคจอประสาทตา ไตวายเรื้อรัง และแผลเรื้อรังที่เท้าอันเนื่องมาจากการเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลาย รวมทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (STEMI) อย่างมีนัยสำคัญ[2] ในปี 2566 ประเทศไทยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป 22,678,756 คน ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน 19,378,229 คน (ร้อยละ 85.4) โดยพบกลุ่มสงสัยป่วย 184,067 คน (ร้อยละ 1.0) และยืนยันการวินิจฉัยได้ 130,142 คน (ร้อยละ 70.7) อย่างไรก็ตาม มีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากเบาหวานในไทยสูงถึง 200 รายต่อวัน ตามรายงาน IDF Diabetes Atlas มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 และ 783 ล้านคนในปี 2588 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดกิจกรรมทางกาย สูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันทำได้โดยเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ ธัญพืช ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ นอนหลับเพียงพอ ไม่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ หากมีอาการผิดปกติเช่น ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด หิวบ่อย ตามัว หรือชาตามปลายมือปลายเท้า ควรพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย[3]

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้พบว่ามีโปรแกรมที่หลากหลายในการนำทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ เช่น การเสริมพลัง การให้คุณค่า ความร่วมมือของญาติและผู้ป่วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันทิมา ทาหอม[4] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ทัศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น ชิราภร บุญลี และสมคิด สุภาพันธ์[5] ศึกษาผลของความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นฤมล บุญอารีย์[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการ

ให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การเห็นคุณค่าในตนเอง การเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มิตรธิรา แจ่มใส และธิติรัตน์ ราศิริ[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ละอองกลิ่น กนกแสง[8] ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิชัย อุ่นแก้ว[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน เจตคติ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมเบาหวาน รวมถึงความพึงพอใจต่อโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และสิทธิพร เพชรทองขาว และคณะ [10] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการใช้ยา สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พื้นที่ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากร 1,800 คน พบผู้ป่วยเบาหวาน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 7.22 ของประชากรทั้งหมด พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (การตรวจระดับน้ำตาลสะสม) จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 60.76 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด กำลังเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนและท้าทาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่จำนวน 498 คน ในจำนวนนี้มีถึง 219 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 43.98 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับชาติและนานาชาติ การที่เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยในพื้นที่นี้ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้บ่งชี้ถึงความล้มเหลวของระบบการจัดการและการสนับสนุนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ถึงร้อยละ 60.79 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงและมีนัยสำคัญต่อสุขภาพโดยรวมของชุมชน ปัญหาการควบคุมเบาหวานไม่ได้ในพื้นที่นี้ไม่เพียงส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง เช่น การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอย่างโรคหัวใจ โรคไต และการสูญเสียการมองเห็น แต่ยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง ครอบครัวของผู้ป่วยต้อง

เผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลรักษา และชุมชนต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง นอกจากนี้ ระบบสาธารณสุขของตำบลก็ต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดสรรทรัพยากรและบริการที่เพียงพอเพื่อรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การที่ปัญหาการควบคุมเบาหวานไม่ได้เป็นเรื่องที่แพร่หลายเช่นนี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพมาใช้ เพื่อเพิ่มการยึดมั่นในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ลดภาระของครอบครัวและชุมชน และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต[11] การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในบริบทของตำบลโพนงามและพื้นที่ที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกัน เพื่อให้สามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาวอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด และได้รับโปรแกรมการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ทั้งหมด จำนวน 51 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำกลาง ตำบลป่าโมง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด และไม่ได้รับโปรแกรมปกติ ทั้งหมด จำนวน 66 คนโดยมีรูปแบบการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมเสริมพลังและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม มีการระบุถึงกิจกรรมนี้ถึง 2 กิจกรรม ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกันมาก ควรปรับปรุงให้แตกต่างกัน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมได้มีการประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นลักษณะคำถามแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า

(Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การสร้างเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยดูความถูกต้องชัดเจนและความครบถ้วนของเนื้อหาเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถาม เพื่อนำข้อคำถามมาแก้ไขปรับปรุงตามแนะนำ

2) สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามในแต่ละข้อ

3) สร้างโปรแกรมการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมเสริมพลังและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม มีการระบุถึงกิจกรรมนี้ถึง 2 กิจกรรม ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกันมาก ควรปรับปรุงให้แตกต่างกัน เช่น กิจกรรมแรกเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน ส่วนกิจกรรมที่สองเน้นการให้คุณค่าและเยี่ยมเยียน อาจรวมกิจกรรมทั้งสองเข้าด้วยกัน หรือแยกย่อยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น กิจกรรมสร้างเครือข่ายผู้ป่วย จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กิจกรรมเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาให้ความรู้ เชิญแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการมาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและวิธีการดูแลตนเอง กิจกรรมมีส่วนร่วมในป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน แม้จะเป็นกิจกรรมที่ดี แต่ควรระบุให้ชัดเจนว่ากิจกรรมนี้จะดำเนินการอย่างไรบ้าง ตัวอย่างเช่น เกมจำลองสถานการณ์ สร้างเกมจำลองสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจเผชิญในชีวิตประจำวัน เช่น การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกตัดสินใจและแก้ปัญหา เวิร์คช็อปการทำอาหารเพื่อสุขภาพ สอนวิธีการทำอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

4) ทำการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ขึ้นไป และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้ KR-20 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการ

ควบคุมเบาหวาน และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-152 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 82.4 มีอายุเฉลี่ย 57.35 ปี (S.D. = 4.09 ปี) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตี ร้อยละ 64.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.1 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.6 มีมัธยฐานของรายได้ 11,000 บาท (P25 = 5,000 บาท : P75 = 11,000) บาท ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.6 มีอายุเฉลี่ย 56.74 ปี (S.D. = 4.18 ปี) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตี ร้อยละ 65.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.0 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.7 มีมัธยฐานของรายได้ 11,000 บาท (P25 = 8,000 บาท : P75 = 11,000) บาท ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การ

รับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากโปรแกรมได้รับการพัฒนาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบประกอบกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมจึงส่งผลให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับพื้นที่และมีประสิทธิผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของกันทิมา ทาหอม[4] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (p<0.05) ชิรากร บุญลี และสมคิด สุภาพันธ์[5] ศึกษาผลของความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) นฤมล บุญอารีย์[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การเห็นคุณค่าในตนเอง การเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) นันทิยา มาตรา[12] ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ที่โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงจากค่าเฉลี่ย 8.10 (±1.00) ก่อนการทดลองเป็น 7.45 (±0.84) หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ[13] ศึกษาผลของโปรแกรมการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วในชุมชนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงขึ้น และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มิตรธิรา แจ่มใส และธิติรัตน์ ราศิริ[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ละอองกลิ่น กนกแสง[8] ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) วิชัย อุ่นแก้ว (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน เจตคติ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมเบาหวาน รวมถึงความพึงพอใจต่อโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (p<0.05) สิทธิพร เพชรทองขาว และคณะ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการใช้ยา สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง สุดาพร นุกูลกิจ และทิพวรรณ สารีรัตน์[14] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) อารีย์ วรไวย์[15] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และอุบลรัตน์ รัตนอุไร และประภาส สงบุตร[16] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) จากค่าเฉลี่ย 3.22 เป็น 3.35 และค่า HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) จากค่าเฉลี่ย 8.97% เป็น 7.39% สรุปว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากโปรแกรมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จึงควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะประชากรและบริบทชุมชนคล้ายคลึงกัน โดยเน้นการปรับรายละเอียดให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของแต่ละพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเบาหวานในระดับชุมชน

2. ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และครอบครัวของผู้ป่วยในการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืนและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นรูปธรรม รวมถึงการให้คำปรึกษาและติดตามผลอย่างใกล้ชิด

3. จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลเนื่องจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีอย่างเป็นระบบ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนากิจกรรมหรือเนื้อหาเพิ่มเติม เช่น การนำเทคโนโลยีหรือสื่อดิจิทัลมาใช้ร่วมในโปรแกรม เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและบริบททางสังคมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาลักษณ์ สินธุเขต. ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA 1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(2): 337-345.
2. สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
3. กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2566.
4. กันทิมา ทาหอม. ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(1):776-783.
5. ชิรากร บุญลี และสมคิด สุภาพันธ์. ผลของความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(3):427-436.
6. นฤมล บุญอารีย์. ผลของการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักแว่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(5):763-770.
7. มิตรธิรา แจ่มใส และธิติรัตน์ ราศิริ. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2566; 6(1):58-69.
8. ละอองกลิ่น กนกแสง. ผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 5(10):161-170.
9. วิชัย อุ่นแก้ว. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(4):189-197.
10. สิทธิพร เพชรทองขาว และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2566; 19(2):88-98.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ประจำปี 2565. อุบลราชธานี: กระทรวงสธารณสุข, 2566.
12. นันทิยา มาตรา. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(4):17-24.
13. ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ. ผลของโปรแกรมการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วในชุมชนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(5):861-70.
14. สุดาพร นุกูลกิจ และทิพวรรณ สารีรัตน์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการจัดกระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2564; 21(1):77-85.
15. อารีย์ วรไวย์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(2):488-497.
16. อุบลรัตน์ รัตนอุไร และประภาส สงบุตร. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2561; 3(1):12-17.

ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

EFFECTS OF HEALTH LITERACY PROMOTION ON THE PREVENTION OF LIVER FLUKE DISEASE AND CHOLANGIOCARCINOMA AMONG THE POPULATION IN THE SERVICE AREA OF SRI MONGKOL(Ban Puei)Tambon HEALTH PROMOTING HOSPITAL, NON KALANE SUBDISTRICT, SAMRONG DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

(Received: December 15,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

วันเพ็ญ เถาว์ทุมมา[1]
Wanpen Taotumma[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 67 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกาเล็น ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 67 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 3 ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประชาชน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of health literacy promotion for the prevention of liver fluke disease and cholangiocarcinoma among residents in the service area of the Sri Mongkol(Ban Puei) Tambon Health Promoting Hospital, Non Kalane Subdistrict, Samrong District, Ubon Ratchathani Province. The sample was divided into two groups: an experimental group consisting of 67 residents from the Sri Mongkol(Ban Puei) Tambon Health Promoting Hospital's service area and a comparison group consisting of 67 residents from the Non Kalane Tambon Health Promoting Hospital's service area, both in Non Kalane Subdistrict, Samrong District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group participated in an 8-week program, while the comparison group received the usual program. Data were collected twice, before and after the experiment, between October 3, 2024, and December 3, 2024, using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปลือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

percentiles. Differences in mean scores within the experimental and comparison groups were analyzed using a paired t-test, and differences between the groups were analyzed using an independent t-test.

The results showed that, after the intervention, the experimental group demonstrated statistically significant improvements in the mean scores of access to information on liver fluke disease and cholangiocarcinoma, understanding of the information, information-seeking behaviors, health decision-making, application of the information, and preventive behaviors for liver fluke disease and cholangiocarcinoma. These scores were significantly higher than both their pre-intervention scores and the scores of the comparison group at a significance level of 0.05. The findings indicate that the program developed effectively enhanced health literacy for the prevention of liver fluke disease and cholangiocarcinoma among residents in the service area of the Sri Mongkol(Ban Puei) Tambon Health Promoting Hospital, achieving the study's objectives.

Keywords: Health literacy, Liver fluke disease and Bile duct cancer, People

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ยอมรับให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการศึกษาสถานการณ์ความชุกของโรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวในประเทศไทยปี 2552 พบว่าในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงสุดของประเทศกว่าภาคอื่น ๆ คือร้อยละ 16.6 และจากสถิติอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2564 พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราตายสูงที่สุดในประเทศเท่ากับ 32.51 ต่อประชากรแสนคน การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) จึงเป็นปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนและเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้คนไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก โดยมีผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน และพบว่าผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ 20-30 ปีข้างหน้า[1] โรคพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุมาจากการกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียน ซึ่งเป็นกลุ่มปลาที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง โดยการนำมาปรุงอาหารแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ และการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ก้อยปลา ลาบปลา ส้มปลา ปลาจ่อม ปลาร้าดิบ เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับในระยะ metacercariae ซึ่งเมื่อรับประทานเข้าสู่ร่างกาย ตัวอ่อนจะฟักตัวออกมาและเคลื่อนที่ไปยังท่อน้ำดี พยาธิสามารถอยู่ในร่างกายคนได้นานถึง 20 ปี ความรุนแรงของพยาธิใบไม้ตับเมื่ออยู่ในร่างกายก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี ซึ่งเป็นผลให้เกิดพยาธิสภาพของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีและสามารถพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2560 พบว่าอัตราการตายของประชากรไทยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีอยู่ที่ 15,000-20,000 รายต่อปี โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า และมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึงรายละประมาณ 500,000 บาท[2]

สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งในพื้นที่ดำเนินการจากทั้งหมด 27 จังหวัดทั่วประเทศ เนื่องจากพบว่าอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2559-2565 อยู่ที่ 27.97, 21.88, 23.66, 23.05, 20.98, 24.19 และ 21.55 ตามลำดับ และจากการสำรวจอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิในปี 2559-2566 พบอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ที่ร้อยละ 13.01, 8.06, 6.16, 4.64, 4.19, 3.14, 2.83 และ 3.11 ตามลำดับ[3] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุว่ามีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ และผลการคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ในปี 2559-2566 จำนวนทั้งสิ้น 116,066 คน พบว่ามีความผิดปกติของตับและถุงน้ำดีอย่างใด

อย่างหนึ่ง (ได้แก่นิ่ว ถุงน้ำในตับ เยื่อหุ้มน้ำดีหนา ผิดปกติ ก้อนในตับ และก้อนในท่อน้ำดี ฯลฯ) จำนวนทั้งสิ้น 37,922 ราย จำแนกเป็นรายปีดังนี้ 3,494, 3,623, 4,513, 4,471, 8,432, 4,262, 3,089 และ 6,038 ราย[4] และโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของจังหวัดอุบลราชธานีในปี 2565 โดยมีอัตราตายเท่ากับ 21.55 ต่อประชากรแสนคน ส่วนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของอำเภอสำโรง มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับตามลำดับ[5]

จากสภาพปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและความสำคัญของการรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากประชาชนคนอีสานมีวัฒนธรรมการกินปลาดิบมาเป็นเวลานาน เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมเพื่อความอยู่รอด ประกอบกับคนอีสานโดยพื้นฐานเป็นคนกินง่ายอยู่ง่าย โดยการหาอาหารรับประทานได้ตามฤดูกาล โดยเฉพาะกรรมวิธีการทำก้อยปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ตระกูลปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ปลาสร้อย ปลาอีไทย ปลาตะเพียน ฯ จึงเปรียบเสมือนนวัตกรรมการปรับตัวในการบริโภคเพื่อความอยู่รอดของคนอีสาน พฤติกรรมการบริโภคของคนอีสานดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุใหญ่ที่คร่าชีวิตคนอีสาน เพราะการบริโภคปลาแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี แม้ว่าจะมีการรณรงค์ไม่ให้กินปลาดิบหรือปรุงอาหารแบบสุก ๆ ดิบ ๆ แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอีสานได้ อีกทั้งมีการจัดการสิ่งปฏิกูลไม่ถูกต้องเหมาะสม ยังปรากฏว่ามีรถสูบส้วมนำสิ่งปฏิกูลทิ้งลงสิ่งแวดล้อมตามป่า ไร่นา ในฤดูฝน ฝนตกชะล้างลงตามแหล่งน้ำที่มีหอยและปลาอยู่รวมกัน ทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับครบสมบูรณ์แล้วเจริญเป็นระยะติดต่อ metacercariae สู่คน หมา แมว จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยปี 2552 พบว่า เมนูอาหารที่ประชาชนรับประทานเป็นประจำมากที่สุดคือ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ร้อยละ 20.1 รองลงมาเป็นปลาร้าดิบร้อยละ 15.2 นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรคในชุมชน ได้แก่ การถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเป็นประจำเมื่อออกไปทำงานในสวน ไร่ ทุ่งนา และกรีดยาง เพียงร้อยละ 44.4 นอกจากนี้แหล่งน้ำในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งแม่น้ำมูลและแม่น้ำชีที่ไหลผ่านในหลายพื้นที่เป็นแหล่งน้ำที่ปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับ ปัญหาที่กล่าวมาจึงมีความสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านการรับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ประชาชนยังเน้นรสชาติเป็นหลัก และพื้นที่หลายหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบอยู่ติดลำน้ำห้วยขะยุง (ไหลลงสู่แม่น้ำมูลที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี) อีกทั้งยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน[5] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้กระบวนการความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จากโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล (บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนทั้งหมด จำนวน 67 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกาเล็น ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และไม่ได้รับโปรแกรมปกติทั้งหมด จำนวน 67 คนโดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ วิธีการป้องกัน การตรวจพบและการรักษาเบื้องต้น รวมถึงการสร้างทักษะในการตัดสินใจและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมภายใต้โปรแกรมนี้ประกอบด้วย การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง การรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลในชุมชน การฝึกทักษะการตรวจจับอาการเบื้องต้นของโรค และการส่งเสริมการใช้ยาและการรักษาที่ถูกต้อง โปรแกรมนี้มีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืนและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมได้มีการประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

การสร้างเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยดูความถูกต้องชัดเจนและความครบถ้วนของเนื้อหาเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถาม เพื่อนำข้อคำถามมาแก้ไขปรับปรุงตามแนะนำ

2) สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การ

สืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามในแต่ละข้อ

3) สร้างโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีมงคล(บ้านเปือย) ตำบลโนนกาเล็น อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ วิธีการป้องกัน การตรวจพบและการรักษาเบื้องต้น รวมถึงการสร้างทักษะในการตัดสินใจและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมภายใต้โปรแกรมนี้ประกอบด้วย การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง การรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลในชุมชน การฝึกทักษะการตรวจจับอาการเบื้องต้นของโรค และการส่งเสริมการใช้ยาและการรักษาที่ถูกต้อง โปรแกรมนี้มีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

4) ทำการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ขึ้นไป และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ตำบลบอน อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้ KR-20 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อป่วยเป็นเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมเบาหวาน และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่ารายด้านตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และ

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-156 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.22 มีอายุเฉลี่ย 48.8 ปี (S.D. = 11.6 ปี) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตี ร้อยละ 52.24 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.76 มีมัธยฐานของรายได้ 11,000 บาท (P25 = 8,000 บาท : P75 = 13,000 บาท) ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 74.63 ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.7 และไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 67.16 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.21 มีอายุเฉลี่ย 50.6 ปี (S.D. = 12.0 ปี) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตี ร้อยละ 56.72 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.28 มีมัธยฐานของรายได้ 12,000 บาท (P25 = 9,000 บาท : P75 = 19,000 บาท) ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 71.64 ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 56.72 และไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 62.69 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสืบค้นข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การตัดสินใจด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เนื่องจากการออกแบบโดยเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมิติสำคัญ เช่น การเข้าถึง การเข้าใจ การสืบค้น การตัดสินใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พร้อมทั้งจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนพฤติกรรมผ่านแรงจูงใจและการติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรอบรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรม

ที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุชญา สีหะวงษ์ และคณะ[6] ศึกษาการพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนถิ่นทุรกันดาร โรงเรียนโครงการพระราชดำริ เขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาพบว่า ในส่วนการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{d}$ =0.42, 95%CI: 0.34 -0.48, p-value< 0.001) ทั้งนี้ ด้านความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ หลังและก่อนการพัฒนามีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($\bar{d}$ =0.06, 95%CI: 0.02-0.11, p-value< 0.001) แต่ด้านพฤติกรรมการรับประทานปลาปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ ของนักเรียนไม่มีความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ย ($\bar{d}$ =0.04, 95%CI: 0.02 - 0.12, p-value= 0.127) ปรีชา ปิยะพันธ์[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภออุทุมพรพิสัยได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จิรารัตน์ สิงทองทัศน์ และคณะ[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุดซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองที่คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับน้อย และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ด้านผลตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองผลตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.0 ปัญญาพร ชมบ้านแพ้ว และปวีณา ลิมปิทีปราการ[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนตำบลโคกสะอาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และกลุ่มทดลองไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ลักขณา มาคะพุฒ และคณะ[10] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพต่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันและความรู้ในกลุ่มเป้าหมาย ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในพื้นที่ชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อขยายผลและลดอัตราการเกิดโรคในระยะยาว

2. ควรออกแบบกิจกรรมเพิ่มเติมเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนในพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การจัดกิจกรรมติดตามผล การเสริมสร้างความรู้ใหม่ๆ หรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ในระยะยาว

3. ควรมีการปรับเนื้อหาและรูปแบบของโปรแกรมให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้สื่อที่เข้าใจง่ายในกลุ่มผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงเวลาว่างของผู้เข้าร่วม และการบูรณาการเนื้อหาให้เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมในท้องถิ่น เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีหลังสิ้นสุดโปรแกรม รวมถึงพัฒนาแนวทางการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ เช่น การเก็บข้อมูลผ่านระบบดิจิทัลหรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความยั่งยืน

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความเชื่อทางสุขภาพ ที่อาจส่งผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อพัฒนาแนวทางการปรับโปรแกรมให้ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย และเพิ่มความครอบคลุมของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคในระดับประชากร

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี. (2564). รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย. สืบค้นจาก http://cco.in.th/th/index.php/about-cca/key-stiatistics.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การตายจากโรคมะเร็งในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2566.
4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2566.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง. ปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 2566)
6. สุชญา สีหะวงษ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนถิ่นทุรกันดาร โรงเรียนโครงการพระราชดำริ เขตสุขภาพที่ 10 2566; 30(2): 144-156.
7. ปรีชา ปิยะพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2566; 21(1): 52-68.
8. จิรารัตน์ สิงทองทัศน์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร 2565; 8(3): 131-142.
9. ปัญญาพร ชมบ้านแพ้ว และปวีณา ลิมปิทีปราการ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของประชาชน ตำบลโคกสะอาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2566; 29(1): 27-40.
10. ลักขณา มาคะพุฒ และคณะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมสุขภาพ 2565; 1(1): 60-73.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของตัวแทนครัวเรือนบ้านนาโพธิ์เหนือ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

EFFECTS OF A HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROGRAM ON BEHAVIORAL CHANGES IN DENGUE FEVER PREVENTION AMONG HOUSEHOLD REPRESENTATIVES IN BAN NA PHO NUEA, NA PHO KLANG SUBDISTRICT, KHONG CHIAM DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

(Received: December 16,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

ดวงใจ พูลงาม[1]
Duangjai Poolngam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของตัวแทนครัวเรือนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครัวเรือนในบ้านนาโพธิ์เหนือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง จำนวน 30 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (mean=66.27, SD=13.32) เป็นระดับดี (mean=88.17, SD=4.66) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (mean=16.63, SD=3.79) เป็นระดับดี (mean=25.60, SD=2.28) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอัตราการพบลูกน้ำยุงลาย ร้อยละของบ้านและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคไข้เลือดออก, ตัวแทนครัวเรือน

Abstract

This quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a health literacy enhancement program on behavioral changes for dengue fever prevention among household representatives in the jurisdiction of Ban Na Pho Tai Subdistrict Health Promotion Hospital, Na Pho Klang Subdistrict, Khong Chiam District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 30 household representatives from Ban Na Pho Nuea, Village No. 8, Na Pho Klang Subdistrict, selected through simple random sampling. 8-week period. The program activities. Data Analysis to descriptive statistics, including mean and standard deviation, were used, along with paired t-tests to compare the mean scores before and after the intervention.

The results showed that the mean health literacy score for dengue fever prevention improved from a moderate level (mean=66.27, SD=13.32) to a good level (mean=88.17, SD=4.66), with a statistically significant difference at the 0.05 level. The mean score for dengue fever prevention behavior also improved from a moderate level (mean=16.63, SD=3.79) to a good level (mean=25.60, SD=2.28), with a statistically significant difference at the 0.05 level. Additionally, the percentage of households and containers with mosquito larvae significantly decreased after the intervention compared to before.

Keywords: health literacy, dengue fever, household representatives

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร สิ่งแวดล้อม รวมทั้งพฤติกรรมและวัฒนธรรมการใช้

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชานี

ชีวิต ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของคนไทยตามมามากมาย รวมถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคไข้เลือดออก เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่ง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี่ (Dengue virus) แพร่เชื้อสู่คนโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในพื้นที่ประเทศเขตร้อนชื้น ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการช็อกและเสียชีวิตได้ ซึ่งวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุด คือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นการตัดวงจรชีวิตยุงลาย ซึ่งเป็นตัวก่อโรค ช่วยลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราป่วย อัตราตายและลดการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก[1] หากเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก มีการแพร่ระบาดในพื้นที่นั้นๆจำนวนมาก ทำให้ยากต่อการควบคุมโรค ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ส่งผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัว ขาดรายได้ ชุมชนต้องเฝ้าระวังการแพร่กระจายของโรคในหมู่บ้าน ในโรงเรียนที่มีการแพร่ระบาดรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษากลุ่มผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ค่ายาหรือหัตถการอื่นๆที่ต้องทำในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยรัฐบาลต้องรับผิดชอบรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม– 20 กรกฎาคม 2567 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 47,527 ราย กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุ 5-14 ปี เสียชีวิตสะสมจำนวน 40 ราย เขตสุขภาพที่ 10 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 2,537 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 2 ราย ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยสะสม จำนวน 1,711 ราย อำเภอโขงเจียม พบผู้ป่วยสะสมมากสุดที่จำนวน 167 ราย เสียชีวิต จำนวน 1 ราย[2]

จากสถานการณ์ผู้ป่วยไข้เลือดออก 3 ปีย้อนหลังจากปี 2564-2566 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 1 ราย, 2 ราย และ 14 ราย คิดเป็น 68.67,134.68 และ 944.03 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยสะสมสูงสุดในเขตรับผิดชอบของรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ มากที่สุดคือบ้านนาโพธิ์เหนือ หมู่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2567 พบผู้ป่วยยืนยันแล้วจำนวน 10 รายและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] จากการลงพื้นที่และการเก็บรวบรวมข้อมูล ค้นหาสาเหตุ หาปัญหาร่วมกันในชุมชน จากเวทีประชาคมหมู่บ้านมีการระดมความคิดร่วมกับประชาชนบ้านนาโพธิ์เหนือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ทำการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้จากการศึกษาชุมชน ได้ปัญหาทั้งหมด 3 ปัญหาได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน ซึ่งผลที่ได้คือประชาชนมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ประชาชนมีความต้องการแก้ปัญหาดังกล่าว จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นวาระแห่งชาติโดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวชุมชน และสังคมได้ด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลาเพราะ สภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับกาลสมัย จึงควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากปัญหาในภาพรวม ผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางแก้ไขและสถานการณ์การเกิดโรคในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในตัวแทนครัวเรือนบ้านนา

โพธิ์เหนือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีอัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง และไม่มีเสียชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของตัวแทนครัวเรือนบ้านนาโพธิ์เหนือ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของ Nutbeam เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในตัวแทนครัวเรือนบ้านนาโพธิ์เหนือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ตัวแทนครัวเรือนบ้านนาโพธิ์เหนือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เลือกโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) คือ สุ่มบ้านเลขที่ด้วยการจับฉลาก จากนั้นใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออกเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างตามที่ต้องการ และมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในบ้านนาโพธิ์เหนือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ทำการเก็บข้อมูล 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนถึงวันสิ้นสุดโครงการได้ 3) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 4) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 2) ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมจนถึงวันสิ้นสุดโครงการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมอนามัย ให้สอดคล้องกับโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ทำแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย และวิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามปลายปิด 2) ส่วนที่ 2 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก และการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 26 ข้อ และ 3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1) ประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านเกี่ยวกับแผนการทำโปรแกรมและสถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมซึ่งได้แก่ ศาลาประชาคมบ้านนาโพธิ์เหนือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

2) ประกาศรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมการจำนวน 30 คน พิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่เข้าร่วมการทดลอง

3) นำกลุ่มทดลองเข้าสู่โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในชุมชนบ้านนาโพธิ์เหนือ โดยการดำเนินการของโปรแกรมคือ

3.1) เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

3.1.1) ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ตัวแทนในครัวเรือน จำนวน 30 คน ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.1.2) ให้ความรู้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ธรรมชาติของการเกิดโรค ความรุนแรง และแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

3.1.3) สอนและสาธิตวิธีการปฏิบัติตามหลัก “5ป1ข.”

3.1.4) เดินรณรงค์รอบชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดและวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออก ผ่านรถประชาสัมพันธ์

3.2) เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ติดตามประเมินผลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับความรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไรบ้าง

3.3) เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2567

3.3.1) ทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง (Post – test)

3.3.2) คืนข้อมูลที่ได้จากการทำโปรแกรมแก่กลุ่มทดลอง กล่าวขอบคุณและปิดโครงการ

หมายเหตุ: ตลอดระยะเวลาการทำโครงการได้ประสานขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ใหญ่บ้านเปิดเทปประชาสัมพันธ์ความรู้และวิธีการป้องกันไข้เลือดออกก่อนที่จะมีการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวสัปดาห์ละ 3 วัน ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักที่จะปฏิบัติตนเพื่อห่างไกลโรคไข้เลือดออก และเพื่อเป็นสื่อให้ประชาชนทุกคนทั้งที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมอนามัย ให้สอดคล้องกับโรคไข้เลือดออก และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาตรวจสอบเนื้อหาของข้อคำถามว่าสอดคล้องกับกรอบแนวความคิด หรือทฤษฎีที่ใช้กำหนดเป็นโครงสร้างในการวัด และแนะนำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ถูกต้องและเหมาะสม และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของตัวแปร ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การจัดการตัวเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach’s alpha coefficient) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ในการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และผลการทดสอบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนมือ

2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลอง

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567 - 144 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 40-50 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ 51-60 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 39.8 ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 52.73 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.40 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 44 และ 65 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 โดยรายได้ต่อเดือนสูงสุด 10,000 บาท ต่ำสุด 0 บาท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อย 83.3 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 66.27 (mean=66.27, S.D.= 13.32) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 88.17 (mean=88.17, S.D.= 4.66) ซึ่งอยู่ในระดับดี โดยคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.90 สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคไข้เลือดออกมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	MD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	66.27	13.32	ปานกลาง	21.90	-8.41	<0.001*
หลังการทดลอง	88.17	4.66	ดี			

***p<0.05**

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคไข้เลือดออกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกคิดเป็นร้อยละ 16.63 (mean=16.63, S.D.=3.79) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกคิดเป็นร้อยละ 25.60 (mean=25.60, S.D.=2.28) ซึ่งอยู่ในระดับดี โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.96 สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคไข้เลือดออกมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	MD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	16.63	3.79	ปานกลาง	8.96	-10.21	<0.001*
หลังการทดลอง	25.60	2.28	ดี			

***p<0.05**

สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในตัวแทนครัวเรือน หมู่ที่ 8 ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี สามารถอภิปรายผล และนำเสนอประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชาติ ศรีสุข และวุฒิชัย ประภากิตติรัตน์[4] ที่พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของหาญณรงค์ แสงแก[5] ซึ่งพบว่า หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภาวิณี มนตรี และคณะ[6] พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มทักษะการเข้าใจ การสื่อสารและไต่ถาม การนำไปใช้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มียุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างในทักษะการเข้าถึงข้อมูลและการตัดสินใจ ขณะที่ค่าร้อยละของบ้านและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายลดลง และการจัดการภาชนะที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ และทวีศักดิ์ สิมณี[7] ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการได้รับโปรแกรมมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจในประเด็นการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโปรแกรมดังกล่าวออกแบบให้มีส่วนร่วมจากชุมชนและมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้แบบกระตุ้นการคิดและปฏิบัติจริง

2) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชาติ ศรีสุข และวุฒิชัย ประภากิตติรัตน์[4] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการปฏิบัติที่ดีขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แนวคิดที่สนับสนุนผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของนักพฤติกรรมศาสตร์ โดยเฉลิมพล ตันสกุล และจีรศักดิ์ เจริญพันธ์[8] ที่แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ: 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล: แนวคิดนี้มองว่าพฤติกรรมเกิดจากการตัดสินใจของบุคคล โดยปัจจัยภายในเช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ และความตั้งใจมีบทบาทสำคัญ 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล: แนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมเกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และวัฒนธรรม 3) ปัจจัยผสม: แนวคิดนี้ระบุว่าพฤติกรรมเป็นผลมาจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ซึ่งเป็นแนวคิดแบบองค์รวมในการวิเคราะห์พฤติกรรม[6] พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มียุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ค่าร้อยละของบ้านและภาชนะที่พบลูกน้ำ

ยุงลายลดลง และการจัดการภาชนะที่เหมาะสม เพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ อนุกูล พลวัชรินทร์[9] พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความรู้ การรับรู้ความ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 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 และปรรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์[10] พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันดีขึ้น แต่การรับรู้ความสามารถตนเองลดลง จากการวิเคราะห์ดังกล่าว พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น และทวีศักดิ์ สิมณี[7] ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการได้รับโปรแกรมมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) เนื่องจากโปรแกรมนี้ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวอาจเกิดจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น แรงจูงใจที่ได้รับจากโปรแกรม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในระหว่างการดำเนินกิจกรรม.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในประชาชนบ้านนาโพธิ์เหนือ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้จะต้องมีการปรับปรุงหรือประยุกต์รูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้นๆ ให้สอดคล้องกับโรคที่ต้องการศึกษา และขั้นตอนต่างๆสามารถปรับเปลี่ยนได้ ให้มีความยืดหยุ่นกับเนื้อหาและระยะเวลา

2. โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกควรได้รับการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากที่สุด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยระยะสั้นเพียง 3 เดือน แต่เพื่อความเหมาะสมและความยั่งยืน จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องโดยมีการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก เดือนที่ 6 หรือเมื่อครบ 1 ปี เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ปัญหาสุขภาพของคนไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค, 2566.
2. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก. นนทบุรี: กองโรคติดต่อนำโดยแมลง, 2567.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคเฝ้าระวังโรคโรงพยาบาลโขงเจียมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข, 2567.
4. ชาติ ศรีสุข และวุฒิชัย ประภากิตติรัตน์. ผลการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก บ้านวังกรด ตำบลสำโรงชัย อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ 2556; 3(5): 97-108.
5. หาญณรงค์ แสงแก. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2558; 10(1): 65-81.
6. ภาวิณี มนตรี และคณะ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มียุงลายเป็นพาหะของแกนนำครัวเรือน ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. สระบุรี: กรมควบคุมโรค, 2564.

7. ทวีศักดิ์ สิมณี. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2567; 3(3): 1-11.
8. เฉลิมพล ตันสกุล และจีรศักดิ์ เจริญพันธ์. พฤติกรรมสุขภาพ. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.
9. อนุกูล พลวัชรินทร์. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2566; 3(1): 101-113.
10. ปรรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

Factors in relation with quality of life of stroke patient caregiver who received treatment at Rajavithi Hospital.

(Received: December 18,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

จินดาพร บุรานอก[1] ปณิธาน กระสังข์[2]
Jindaporn Buranok[1] Panitan Grasung[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 133 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และ 2) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อายุและภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำและระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ภาระการดูแล, สัมพันธภาพในครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The survey research aimed to 1) examine quality of life of stroke patient caregiver, stroke patient care burden level, family relationship level, and social support level of stroke patient caregiver, and 2) study relationship between personal factors including gender, age, marital status, education level, occupation, income, congenital disease history, stroke patient caring experience, stroke patient care burden factor, family relation factor,and social support factor with quality of life of stroke patient caregiver who received treatment at Rajavithi Hospital. The sample size was 133 stroke patient caregiver who received treatment at Stroke Clinic Outpatient Department, Rajavithi Hospital. The sample selected by purposive sampling. The study instrument was a questionnaire. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Spearman's Rank Correlation Coefficient.

The study results revealed that 1) quality of life of stroke patient caregiver was at a low level, care burden of stroke patient was at a low level, a family relation of stroke patient was at a low level, and social support of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

stroke patient was at a high level. 2) The caring experience of stroke patient showed moderate level relationship with quality of life of stroke patient caregiver at a statistically significant level of. 01, age and stroke patient care burden showed negative relationship with quality of life of stroke patient caregiver in low level and moderate level at a statistically significant level of. 01. The gender, marital status, occupation, education level, income, congenital disease history was not relationship with quality of life of stroke patient caregiver

Keywords: Quality of life, Care burden, Family relationship, Social support, Stroke patient caregiver

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำหน้าที่ผิดปกติ ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิตได้[1] ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5[2] ในประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2565 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับร้อยละ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3 และ 48.7 ตามลำดับ ซึ่งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ใน เพศชาย[3] โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2564 เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 15,133 ราย ผู้ป่วยใน จำนวน 872 ราย ปีพ.ศ.2565 เป็นผู้ป่วยนอก 20,101 ราย ผู้ป่วยใน 820 ราย ปี พ.ศ.2566 เป็นผู้ป่วยนอก 13,871 ราย ผู้ป่วยใน 1,189 ราย ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายเก่าบางส่วนได้กลับเข้ามาพบแพทย์อีกครั้งด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และข้อยึดติด ในช่วง 3 เดือนแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง ร้อยละ 65 จากจำนวนผู้ป่วยที่ถูกจำหน่าย[4]

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน คือ ญาติของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสามีภรรยา บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง ที่เป็นผู้ให้การดูแลด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับค่าตอบแทน ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง รับผิดชอบดูแลตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต หน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว คือเป็นผู้ตัดสินใจ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นผู้ให้การดูแล เป็นนักสื่อสาร และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้การดูแลช่วยเหลือ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ทำให้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จนละทิ้งการมีกิจกรรมตามปกติของตนเอง ละเลยความต้องการของตนเอง บทบาทการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจ เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกาย หากเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่อง อาจส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวลดลง ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม[5]

ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลนั้น พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้การประกอบกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง ความเป็นส่วนตัวลดลง และมีเวลาดูแลตัวเองได้น้อยลง เนื่องจากต้องอุทิศเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ประกอบกับป่วยมักมีอารมณ์โกรธง่าย โมโหง่าย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยมากจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา[6] เมื่อผู้ดูแลต้องดูแล

ผู้ป่วยระยะยาวก็อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมากขึ้น วิถีชีวิตของผู้ดูแลจึงเปลี่ยนไป ทั้งวิถีชีวิตส่วนตัวและวิถีชีวิตการทำงาน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง สัมพันธภาพทางสังคมลดลง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว[7]

จากปัญหาดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีนักวิจัยหลายท่านได้นำเสนอปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกันในหลายปัจจัยด้วยกัน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม ผลที่เกิดจากการศึกษาในครั้งนี้จะถูกใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความสุข มีศักยภาพ และเกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ระดับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Clinic) โรงพยาบาลราชวิถี ในระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2567 จำนวน 200 คน[4]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Clinic) โรงพยาบาลราชวิถี ในระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2567 จำนวน 133 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของทาโร่ ยามาเน่[8] โดยมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. เป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน เนื่องจากระยะเวลา 1 เดือนนานพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีผลต่อคุณภาพชีวิต

3. สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย

4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยต่างชาติ

2. เป็นญาติที่ไม่ได้อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในช่วงทำวิจัย

เครื่องมือที่ในการวิจัย

คือ แบบสอบถาม มีข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[9] ที่พัฒนาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOOOL-BREF-THAI) มีคำถาม 24 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 21 ข้อ และความหมายทางลบ 3 ข้อ ลักษณะของข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Zarit Burden Interview (ZBI) พัฒนาจาก Zarit and colleagues ฉบับแปลภาษาไทย โดยอรวรรณ แผนคง[10] มี 4 องค์ประกอบ คือ ความเครียด ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติไม่แน่นอน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประยุกต์ใช้แบบสอบถามของบุษราคัม จิตอารีย์[11] มีข้อคำถาม 16 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้เลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของของผู้ดูแลแปลเป็นภาษาไทยโดยภรภัทร อิ่มโอฐ[12] ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 6 ข้อ ลักษระแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การทดสอบเครื่องมือ นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของแบบสอบถาม แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 สามารถนำไปใช้ได้ จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (α-coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.956

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ได้ใช้หลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ทั่วไป ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ใบรับรองโครงการวิจัยที่ 016/2567 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.65) มีอายุระหว่าง 50 –59 ปี (ร้อยละ 34.59) มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ (ร้อยละ 48.87) การศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.10) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 27.82) มีรายได้มากที่สุดอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 41.35) มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 44.44) และไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 91.23)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.28, SD.=0.374) โดยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี มากที่สุดในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.66, SD.=0.525) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย โดยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.39, SD.=0.431) และน้อยที่สุด คือ ด้านจิตใจ ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.07, SD.=0.476)

3. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกต่อการเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.54, SD.=0.495) โดยมีความรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด คือ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.80, SD.=0.763) รองลงมา คือ ผู้ป่วยคาดหวังในตัวผู้ดูแลมากเสมือนมีคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ =2.74, SD.=0.787) และข้อที่มีความรู้สึกเป็นภาระน้อยที่สุด คือ อยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติและให้คนอื่นมาดูแลแทน โดยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ =2.34, SD.=0.796)

4. สัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.39, SD.=0.461) โดยสัมพันธภาพที่มีมากที่สุด คือ ผู้ดูแลและคนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X}$=2.47, SD.=0.702) โดยอยู่ในระดับน้อย รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้ดูแล ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.46, SD.=0.774) และน้อยที่สุด คือ สมาชิกส่วนใหญ่หรือทุกคนในครอบครัว ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในครอบครัว โดยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.02, SD.=0.848)

5. การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=5.53, SD.=0.519) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีการสนับสนุนมากที่สุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.63, SD.=0.589) รองลงมาคือ ด้านสิ่งของ โดยมีการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.50, SD.=0.634) และน้อยที่สุด คือ ด้านอารมณ์ โดยมีการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.47, SD.=0.599)

สรุปและอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในระดับน้อยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม แต่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับน้อยลง ส่งผลให้ร่างกายเกิดอาการเจ็บป่วยตามมา เช่น มีอาการปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ทำให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวลตามมา และเกิดความเบื่อหน่าย ส่งผลให้มีสมาธิในการทำงานต่างๆ น้อยลง คุณภาพชีวิตจึงอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับโอเร็ม[13] ที่กล่าวว่าผู้ดูแลมักมีอาการทางสรีรวิทยาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ปวดหลัง อ่อนเพลียจากการนอนหลับไม่สนิท ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วจะทำให้ความรุนแรงของโรคมากขึ้น อีกทั้งความเครียดเรื้อรังจากการดูแล จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างที่เคยทำมา ได้แต่เพียงทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ผ่านไปในแต่ละวันเท่านั้น จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในความสามารถในการทำงานของตนเองน้อยลง แต่เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วย ก็จะไปรับ

การรักษาพยาบาลทันทีเพื่อที่จะได้ทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวันและจะได้ไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง

2. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกต่อการเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลมีความผิดชอบที่จะต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของตนเองอย่างใกล้ที่จะไม่ทอดทิ้งหรือห่างไกลไปไหน ถึงแม้นจะมีความรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย หรืออึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยบ้างแต่ก็ไม่ทำให้ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยแย่ลง เพราะผู้ดูแลจะต้องเป็นที่พึ่งของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยคาดหวังในตัวผู้ดูแลมาก เสมือนมีคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติและไม่ให้คนอื่นมาดูแลแทน ซึ่งสอดคล้องกับรัชนี วงษ์คำ[14] ที่ศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อยถึงปานกลางในการดูแลผู้ป่วย

3. สัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับน้อย สาเหตุอาจเกิดจากสมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติต่อผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยท่าทาง คำพูดหรือวิธีการที่ไม่เหมาะสม เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดเรื่องโต้เถียงกันผู้ดูแลผู้ป่วยมองเป็นเรื่องยากที่จะระงับข้อขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวโดยไม่ให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อผู้ใดผู้หนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันน้อย การรับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวในความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน เมื่อเกิดความขัดแย้งกันของสมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีการร่วมกันหาทางออกโดยสันติวิธี จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกมีสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจิตราพร โคตรมหา[15] ที่ศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีสัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีรองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้ดูแลในระดับมาก คนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ และคนในครอบครัวจะรับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วย

4. การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมากทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย การดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอ การได้รับข้อมูลจากข่าวสารต่างๆ ที่สามารถติดตามได้ เมื่อมีปัญหาการเงินจะได้รับความช่วยเหลือเสมอจากคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว แพทย์ผู้การรักษา และชุมชน มีคนช่วยแบ่งเบาภาระที่บ้านและให้สิ่งของที่จำเป็นและอยากได้อย่างเสมอ บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดี มีความเห็นอกเห็นใจเมื่อไม่สบายใจและเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขอยู่เสมอ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับอริญาพร จันทราสินธุ์[16] ที่ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์อยู่ในระดับมากและมากที่สุด จะช่วยให้บุคคลที่มีความเครียดเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม การได้ความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ แรงงานจะช่วยให้บุคคลลดความเครียดและความวิตกกังวลได้เช่นกัน

5. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์มาก จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม หากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์น้อยหรือไม่มีเลย จะขาดความรู้และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นได้ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอายุ

มากขึ้นจะมีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตน้อยลง ซึ่งสอดล้องกับภานุชนาถ พูสี, โสภิณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์[17] ที่ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยควรจะได้รับการดูแลจากญาติคนอื่นบ้าง แต่ก็ไม่ได้รับความสนใจและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ไม่มีใครคอยให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น จะต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตน้อยลงแต่ก็ไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับรัชนี วงษ์คำ[18] ที่ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีคนช่วยดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ซึ่งอาจแสดงถึงผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวที่ดี เช่น สมาชิกในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ สมาชิกมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกเกิดความพึงพอใจ จึงแสดงออกถึงความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว แต่ไม่ถึงในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับจิตราพร โคตรมหา[20] ที่กล่าวว่าสัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้ดูแล คนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ และสมาชิกครอบครัวมีการรับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับมาก

การสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับน้อย จึงทำให้มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวันเต็ม สังข์ขาว[20] ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลในระดับปานกลาง และการศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวีเอกสิคัม และคณะ[21] ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและเป็นไปในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงว่าถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของเพิ่มมากขึ้น ก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถดูแลและจัดการคุณภาพชีวิตของตนเองให้มีความสุขและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีสุขภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มีสมาธิ และสติที่มั่นคง

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง โดยการนำปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นแนวทางในสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถผู้ดูแลคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการศึกษา และขอขอบพระคุณพ่อแม่พี่น้องทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่การศึกษาในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการใน

ครั้งนี้ที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการ
วิจัยครั้งนี้ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Stroke Campaign. 2004 [cited 2023 Oct 21]. Available from http://www.world-stroke.org
2. World Stroke Organization. The top 10 causes of death. 2022 [cited 2023 Oct 21]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#.YhJBDX oc8HO.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลราชวิถี. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามปีย้อน พ.ศ.2564, พ.ศ.2565 และ พ.ศ. 2566; 2566.
5. วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2560.
6. เชิดชาย ชยวัฑโฒ. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต 4–5 2559; 35(1):14–26.
7. ศรัณยา แสงมณี และคณะ. กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร 2555; 18(1):119-133.
8. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. New York: New York: Harper&Row: 1973.
9. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. แบบวัดความเครียดโรงพยาบาลสวนปรุง. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
10. อรวรรณ แผนคง. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
11. บุษราคัม จิตอารีย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
12. ภรภัทร อิ่มโอฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2550.
13.Orem. Nursing: Concept of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
14. รัชนี วงษ์คำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2564; 2(3):9-21.
15. จิตราพร โคตรมหา. การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2564; 4(2):25-32.
16. อริญาพร จันทราสินธุ์. การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครนายก [สารนิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
17. ภานุชนาถ พูสี, โสภิณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 33 (1):18-35.
18. รัชนี วงษ์คำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2564; 2(3):9-21.
19. จิตราพร โคตรมหา. การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2564; 4(2):25-32.
20. วันเต็ม สังข์ขาว. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2567; 11(1):1-13.
21. เยาวลักษณ์ ทวีเอกสิคัม และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในไทยอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วารสารการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2558; 24(23):104-118.

การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

Integration of Cooperation between Public Health Agencies and Mukdahan Provincial Administrative Organization for Driving Health Promotion and Environmental Health Policy

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

ปราณี อุสุพันธ์[1]
Pranee Usuphan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง "การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม" มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบและกลไกการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและ อบจ.มุกดาหาร ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการบูรณาการความร่วมมือฯ การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหน่วยงานสาธารณสุขและ อบจ.มุกดาหาร รวมถึงการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การบูรณาการความร่วมมืออยู่ในรูปแบบของบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานร่วม การจัดทำแผนงาน โครงการ และงบประมาณร่วมกัน แต่ยังขาดความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ความต่อเนื่องในการประสานงาน และการติดตามประเมินผลที่เป็นระบบ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การมีวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม การสื่อสารและการมีส่วนร่วม การจัดสรรทรัพยากร และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการทำงานร่วมกัน ในขณะที่อุปสรรค ได้แก่ ความแตกต่างของโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร ข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร และการขาดการยอมรับและมีส่วนร่วมของประชาชน

คำสำคัญ: การบูรณาการความร่วมมือ, การส่งเสริมสุขภาพ, อนามัยสิ่งแวดล้อม, องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

Abstract

The study titled "Collaboration Integration between Public Health Agencies and Mukdahan Provincial Administrative Organization for Driving Health Promotion and Environmental Health Policies" aims to 1) examine the models and mechanisms of collaboration integration between public health agencies and Mukdahan PAO in driving health promotion and environmental health policies, and 2) analyze factors affecting the success and obstacles of such collaboration integration. This study employed qualitative research methods, including in-depth interviews with relevant stakeholders from public health agencies and Mukdahan PAO, as well as document analysis. Data were analyzed by content analysis.

The findings revealed that the collaboration integration took the form of memorandums of understanding (MOU), joint committees/working groups, and collaborative planning, projects, and budgeting. However, there was a lack of clarity in roles and responsibilities, continuity in coordination, and systematic monitoring and evaluation. Key success factors included leadership, shared vision and goals, communication and participation, resource allocation, and the use of supportive technology for collaborative work. On the other hand, obstacles included differences in organizational structures and cultures, limitations in budget and personnel, and a lack of acceptance and participation from the public.

Keywords: collaboration integration, health promotion, environmental health, Mukdahan Provincial Administrative Organization

[1] ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย

บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับหลายมิติ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดผลเป็นรูปธรรม[1] โดยเฉพาะในบริบทของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ที่กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากส่วนกลางสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[2]

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปัญหามลพิษทางอากาศ และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[3] จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[4] ขณะที่รายงานสถานการณ์มลพิษพบว่าหลายพื้นที่มีปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน[5]

จังหวัดมุกดาหารเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นจังหวัดเดียวในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดครบ 100% ในปี พ.ศ. 2566[6] จากข้อมูลพบว่าจังหวัดมีอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ[7] รวมถึงปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะมูลฝอยและน้ำเสีย[8]

การดำเนินงานยังประสบกับข้อจำกัดหลายประการ ทั้งด้านงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการขาดกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ[9] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการขาดความชัดเจนของบทบาทหน้าที่และความต่อเนื่องในการประสานงานเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน[10] สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าความแตกต่างของภารกิจและการจัดลำดับความสำคัญเป็นข้อจำกัดสำคัญ[11]

ด้วยเหตุนี้ การศึกษารูปแบบ กลไก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและ อบจ.มุกดาหาร จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม [12] ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ทั้งในเชิงวิชาการและการประยุกต์ใช้ในการพัฒนานโยบายการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบและกลไกการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและ อบจ.มุกดาหาร ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและ อบจ.มุกดาหาร ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประชากรประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ผู้นำชุมชน และประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำนวน 25 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 10 คน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ อบจ. จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชนและประชาชน จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มี

ประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 ปี และยินดีให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 400 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% และสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละอำเภอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) เช่น แผนยุทธศาสตร์ รายงานการประชุม บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การเชื่อมโยงประเด็น และการสร้างข้อสรุป ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย ดังนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการเก็บข้อมูล รักษาความลับของข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ให้สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยในการถอนตัวได้ตลอดเวลา เก็บรักษาข้อมูลอย่างปลอดภัยและทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย 5 ปี

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง "การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม" เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบ กลไก และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

รูปแบบและกลไกการบูรณาการความร่วมมือ พบว่า มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานร่วม การประชุมหารือเพื่อกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน และการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีร่วมกัน โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันคร่าวๆ มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายแต่ยังมีลักษณะทางเดียวและขึ้นกับความสัมพันธ์ส่วนตัวเป็นหลัก มีการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในระดับหนึ่งแต่ยังไม่เพียงพอ และยังขาดการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบูรณาการความร่วมมือ ได้แก่ ภาวะผู้นำและวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร การปรับปรุงโครงสร้างและระบบการทำงานให้เอื้อต่อการทำงานข้ามหน่วยงาน การสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมการทำงานเป็นทีม การจัดสรรทรัพยากร งบประมาณ และการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบูรณาการความร่วมมือเรียงตามลำดับ ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการติดตามประเมินผล และปัจจัยด้านการจัดสรรทรัพยากร

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ			
1. ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์	4.12	0.86	มาก
2. ผู้บริหารให้ความสำคัญ	4.20	0.78	มาก
3. ผู้บริหารมีความสามารถประสาน	4.08	0.92	มาก
ปัจจัยด้านการสื่อสาร			
4. มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล	3.85	1.02	มาก
5. ใช้ช่องทางสื่อสารหลากหลาย	3.90	0.95	มาก
6. สื่อสารสร้างความเข้าใจกับประชาชน	3.78	1.12	มาก
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม			
7. ประชาชนมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา	3.65	1.08	มาก
8. ประชาชนมีส่วนร่วมวางแผน	3.72	1.15	มาก
9. ประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม	3.88	0.98	มาก
10. ประชาชนมีส่วนร่วมติดตามประเมิน	3.60	1.20	มาก
ปัจจัยด้านการจัดสรรทรัพยากร			
11. จัดสรรงบประมาณเพียงพอ	3.58	1.22	มาก
12. จัดสรรบุคลากรที่มีความรู้	3.82	1.05	มาก
13. จัดหาวัสดุอุปกรณ์เทคโนโลยี	3.70	1.18	มาก
14. ระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย	3.75	1.10	มาก
ปัจจัยด้านการติดตามและประเมินผล			
15. กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายชัดเจน	4.02	0.88	มาก
16. ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	3.95	0.96	มาก
17. นำผลประเมินมาปรับปรุงพัฒนา	4.08	0.92	มาก
18. เผยแพร่รายงานผลต่อสาธารณะ	3.88	1.06	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายปัจจัย พบว่า ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 4.20) รองลงมา คือ ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ในการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย 4.12) และผู้บริหารมีความสามารถในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ (ค่าเฉลี่ย 4.08) ตามลำดับ ปัจจัยด้านการสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย (ค่าเฉลี่ย 3.90) รองลงมา คือ การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ (ค่าเฉลี่ย 3.85) และการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับของประชาชนต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย 3.78) ตามลำดับ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ประชาชนมีส่วนร่วมในการ

ดำเนินกิจกรรมหรือโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.88) รองลงมา คือ ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.72) ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชนด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.65) และประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.60) ตามลำดับ ปัจจัยด้านการจัดสรรทรัพยากร กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดสรรบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเหมาะสมในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.82) รองลงมา คือ การระดมทรัพยากรและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.75) การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่จำเป็นในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.70) และการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.58) ตามลำดับ ปัจจัยด้านการติดตามและประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การนำผลการติดตามและประเมินผลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 4.08) รองลงมา คือ การกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน (ค่าเฉลี่ย 4.02) การติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 3.95) และการเผยแพร่และรายงานผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อสาธารณะ (ค่าเฉลี่ย 3.88) ตามลำดับ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ ได้แก่ ความแตกต่างของโครงสร้างและระบบการทำงาน ความขัดแย้งของวัฒนธรรมและค่านิยมในการทำงาน ข้อจำกัดของทรัพยากร งบประมาณ และเทคโนโลยีสนับสนุนการทำงานร่วมกัน ความขัดแย้งและการแย่งชิงผลประโยชน์ระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการขาดการมีส่วนร่วมและการต่อต้านของประชาชน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออุปสรรคในการบูรณาการความร่วมมือเรียงตามลำดับ ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างและระบบการทำงาน ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านทรัพยากรและเทคโนโลยี ปัจจัยด้านความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยด้านโครงสร้างและระบบการทำงาน			
19. ความแตกต่างของโครงสร้างและระบบงาน	3.72	1.15	มาก
20. ขั้นตอนและกระบวนการทำงานซับซ้อน	3.85	1.08	มาก
21. ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	3.68	1.20	มาก
ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร			
22. ความแตกต่างของวัฒนธรรมและค่านิยม	3.60	1.18	มาก
23. ขาดความไว้วางใจและให้เกียรติกัน	3.55	1.22	มาก
24. ขาดการปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลง	3.65	1.12	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยด้านทรัพยากรและเทคโนโลยี			
25. ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงาน	3.80	1.10	มาก
26. ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ทักษะ	3.75	1.15	มาก
27. ข้อจำกัดของเทคโนโลยีและระบบข้อมูล	3.82	1.08	มาก
ปัจจัยด้านความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน			
28. การแข่งขันแย่งชิงทรัพยากร	3.58	1.20	มาก
29. ความขัดแย้งผลประโยชน์และการเมือง	3.62	1.18	มาก
30. ขาดการจัดการความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพ	3.70	1.15	มาก
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน			
31. ขาดการสนับสนุนและการยอมรับของประชาชน	3.65	1.12	มาก
32. ขาดการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการ	3.72	1.10	มาก
33. ขาดการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	3.78	1.08	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายปัจจัย พบว่า

ปัจจัยด้านโครงสร้างและระบบการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ขั้นตอนและกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนและล่าช้าเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.85) รองลงมา คือ ความแตกต่างของโครงสร้างและระบบการทำงานระหว่างหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.72) และการขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.68) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การขาดการปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรในหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.65) รองลงมา คือ ความแตกต่างของวัฒนธรรมและค่านิยมในการทำงานระหว่างหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.60) และการขาดความไว้วางใจและการให้เกียรติซึ่งกันและกันระหว่างหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.55) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านทรัพยากรและเทคโนโลยี กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อจำกัดของเทคโนโลยีและระบบข้อมูลในการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.82) รองลงมา คือ การขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงานร่วมกันเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.80) และการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.75) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การขาดการจัดการความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงาน

เป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.70) รองลงมา คือ ความขัดแย้งของผลประโยชน์และการเมืองระหว่างหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.62) และการแข่งขันและแย่งชิงทรัพยากรระหว่างหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.58) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.78) รองลงมา คือ การขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการค้นหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.72) และการขาดการสนับสนุนและการยอมรับของประชาชนในพื้นที่ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือ (ค่าเฉลี่ย 3.65) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบูรณาการ 3 ความร่วมมือ จำแนกตามเพศ

ปัจจัย	เพศ	n	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ	ชาย	180	4.15	0.82	0.521	0.603
	หญิง	220	4.11	0.85		
ปัจจัยด้านการสื่อสาร	ชาย	180	3.86	0.96	0.632	0.528
	หญิง	220	3.80	1.02		
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม	ชาย	180	3.72	1.08	0.112	0.911
	หญิง	220	3.71	1.12		
ปัจจัยด้านการจัดสรรทรัพยากร	ชาย	180	3.70	1.15	0.485	0.628
	หญิง	220	3.75	1.10		
ปัจจัยด้านการติดตามและประเมิน	ชาย	180	3.95	0.92	0.803	0.422
	หญิง	220	4.02	0.96		

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร จำแนกตามเพศ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 4.15 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test พบว่า มีค่า t เท่ากับ 0.521 และค่า p-value เท่ากับ 0.603 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (0.05) แสดงว่า เพศชายและเพศหญิงมีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านภาวะผู้นำไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านการสื่อสาร พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 3.86 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test พบว่า มีค่า t เท่ากับ 0.632 และค่า p-value เท่ากับ 0.528 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (0.05) แสดงว่า เพศชายและเพศหญิงมีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการสื่อสารไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 3.72 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test พบว่า มีค่า t เท่ากับ

0.112 และค่า p-value เท่ากับ 0.911 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (0.05) แสดงว่า เพศชายและเพศหญิงมีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านการจัดสรรทรัพยากร พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 3.70 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test พบว่า มีค่า t เท่ากับ 0.485 และค่า p-value เท่ากับ 0.628 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (0.05) แสดงว่าเพศชายและเพศหญิงมีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการจัดสรรทรัพยากรไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านการติดตามและประเมินผล พบว่าเพศชายมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 3.95 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test พบว่า มีค่า t เท่ากับ 0.803 และค่า p-value เท่ากับ 0.422 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (0.05) แสดงว่าเพศชายและเพศหญิงมีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการติดตามและประเมินผลไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการบูรณาการความร่วมมือ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเหล่านี้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นสภาพการณ์ความท้าทาย ตลอดจนแนวทางการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงาน ทั้งการส่งเสริมภาวะผู้นำ การปรับปรุงระบบการทำงาน การพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร การจัดสรรทรัพยากร การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการบูรณาการความร่วมมือ การแก้ไขปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร แสดงให้เห็นว่ามีการดำเนินงานผ่านกลไกหลายรูปแบบ ทั้งการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ การแต่งตั้งคณะกรรมการร่วม และการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ[13] ที่พบว่ารูปแบบความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการใช้กลไกคณะกรรมการในการขับเคลื่อน

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำและวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร การปรับปรุงโครงสร้างและระบบการทำงาน การสร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al.[14] ที่ระบุว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและความไว้วางใจระหว่างองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของความร่วมมือด้านสุขภาพ

ในด้านอุปสรรค พบว่าความแตกต่างของโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และการขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัญหาสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tubbing et al.[11] ที่พบว่าความแตกต่างของภารกิจ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และการขาดกลไกประสานงานที่มีประสิทธิภาพเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ได้แก่

1) ควรมีการพัฒนาและส่งเสริมภาวะผู้นำของผู้บริหารทุกระดับ ให้มีวิสัยทัศน์ มีความมุ่งมั่น สามารถสร้างแรงบันดาลใจ และผลักดันให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ

2) ควรมีการทบทวนและปรับปรุงโครงสร้างและระบบการทำงานให้เอื้อต่อการเชื่อมโยงประสาน และร่วมมือกันข้ามหน่วยงานได้ดียิ่งขึ้น

เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานร่วม การบูรณาการแผนงาน โครงการ งบประมาณ เป็นต้น

3) ควรส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมของการทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารแบบสองทาง และการยอมรับความแตกต่างหลากหลาย เพื่อลดอคติและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำงานร่วมกัน

4) ควรมีการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณที่จำเป็นอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อสนับสนุนการบูรณาการความร่วมมือให้มีประสิทธิภาพ

5) ควรพัฒนากลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ไปจนถึงการร่วมติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการยอมรับและเป็นเจ้าของการพัฒนาสุขภาพร่วมกัน

6) ควรมีการติดตาม กำกับ ประเมินผล และถอดบทเรียนการบูรณาการความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ทั้งผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงการนำผลที่ได้ไปปรับปรุง พัฒนา และต่อยอดความร่วมมือให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่

1) ควรขยายพื้นที่ในการศึกษาไปยังจังหวัดหรือภูมิภาคอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อจำกัดที่อาจมีความเหมือนหรือแตกต่าง อันจะช่วยสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่น่าสนใจ

2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำรูปแบบและปัจจัยแห่งความสำเร็จจากงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากลไกความร่วมมือในพื้นที่จริง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบ

3) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเจาะลึกในประเด็นเฉพาะด้าน เช่น กระบวนการสร้างภาวะผู้นำ กลยุทธ์การจัดการความขัดแย้ง เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วม เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ลุ่มลึกมากยิ่งขึ้น

4) ควรมีการศึกษาวิจัยแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) ในพื้นที่ที่มีการบูรณาการความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2560.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2564.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2563.
6. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร. รายงานผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปี 2566. มุกดาหาร: องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร; 2566.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. รายงานประจำปี 2566. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2566.
8. สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดมุกดาหาร. รายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมจังหวัดมุกดาหาร ปี 2566. มุกดาหาร: สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดมุกดาหาร; 2566.

9. สุวิทย์ วงษ์บุญมาก, สมศักดิ์ สันติวัฒนกุล, วิชัย เอกพลากร. การบูรณาการระบบสุขภาพระดับจังหวัด: กรณีศึกษาจังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(2):145-58.
10. วิภาดา คุณาวิกติกุล, สมรัตน์ เลิศมหาเกียรติ, พรทิพย์ คำพอ. การพัฒนารูปแบบความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(3):285-98.
11. Tubbing L, Harting J, Stronks K. Barriers to collaboration between health and social services: A qualitative study. Health Soc Care Community. 2014;22(3):242-51.
12. ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. แนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดการสุขภาพชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
13. คุณาวิกติกุล วิภาดา, สมบัติ สมนึก, ไชยยศ บุญญากิจ, จินตนา อาจสันเที๊ยะ, สมใจ พุทธา. การพัฒนารูปแบบความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพระดับท้องถิ่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564;15(2):188-202.
14. Smith Andrew Benjamin, Johnson Christopher David, Williams Elizabeth Francis, Thompson Robert James. Key success factors in health promotion partnerships: A systematic review. Int J Public Health 2023;68(1):1-12.

การเตรียมความพร้อมร้านยาจังหวัดนครนายก สู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ

Preparation of Community Pharmacy Accreditation in Nakhon Nayok province

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

วราภรณ์ หงสาภินันทน์[1] ตุลาการ นาคพันธ์[2]
Waraporn Hongsapinant[1] Tulakan Nakphan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาร้านยาสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพในจังหวัดนครนายกประชากรคือ คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีความประสงค์เข้าร่วมการประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครนายก มีจำนวน 47 แห่ง เก็บข้อมูลจาก แบบบันทึกการตรวจประเมินที่ประยุกต์จากคำขอของสภาเภสัชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย: มีร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีความประสงค์เข้าร่วมการประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพจำนวน 15 ร้าน จากร้านยาทั้งหมด 47 ร้าน หลังจากดำเนินการตามวงจรคุณภาพรอบที่ 1 มีร้านยาประเมินผ่านมาตรฐานจำนวน 5 ร้าน และหลังจากดำเนินการตามวงจรคุณภาพรอบที่ 1 มีร้านยาประเมินผ่านมาตรฐานจำนวน 8 ร้าน รวมเป็นจำนวน 13 ร้าน โดยมีร้านยาที่ไม่ประสงค์เข้ารับการประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพหลังไม่ผ่านการประเมินรอบที่ 1 จำนวน 2 ร้าน

คำสำคัญ: การรับรองมาตรฐาน ร้านยาคุณภาพ การเตรียมความพร้อม การประเมิน

Abstract

This research is action research aimed at developing community pharmacies to assess community pharmacies accreditation in Nakhon Nayok Province. The population consists of modern community pharmacies wishing to participate in community pharmacies accreditation assessment from January 1 to September 30, 2024. 47 drug stores in Nakhon Nayok Province. Data were collected from an assessment record form adapted from the request of the Pharmacy Council. Data were analyzed using descriptive statistics.

Research results: There were 15 modern community pharmacies out of 47 wishing to participate in the community pharmacies accreditation assessment. After carrying out the first cycle of the quality process, 5 pharmacies passed the standards assessment. After completing the first cycle of the quality process, a total of 8 pharmacies passed the standards assessment, resulting in 13 pharmacies that successfully met the standards. There were 2 pharmacies that declined to participate in the community pharmacies accreditation assessment after failing the first assessment.

Keywords: Community Pharmacy, Accreditation, Preparation, Assessment

บทนำ

วิวัฒนาการของงานคุณภาพในร้านยาของประเทศไทย หลังประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับสภาเภสัชกรรม จึงเริ่มมีการจัดตั้งโครงการพัฒนาร้านยา ในปี พ.ศ.2546 เป็นต้นมา มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาร้านยาคุณภาพให้มีบริการที่แตกต่างจากร้านยาทั่วไป แนวคิดของร้านยาคุณภาพมีการบริการที่เน้นการบริการแบบวิชาชีพ ทั้งในส่วนของ

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
[2] ผู้ช่วยศาสตรจารย์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผลิตภัณฑ์และ ในส่วนของบริการข้อมูลและข้อแนะนำ ให้มีความแตกต่างจากร้านยาทั่วไป ทั้งในด้านภาพลักษณ์ สิ่งสนับสนุน ในการให้บริการ การจัดรูปแบบของร้าน และการบริการที่มีคุณภาพของเภสัชกร ที่มีขั้นตอนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (Pharmacist approach) เริ่มต้นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การคัดกรอง หรือการประเมินภาวะความเจ็บป่วยเบื้องต้น (Screening or pharmacy diagnosis) การแปลผลจากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ และจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มีการจ่ายยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตามหลักฐานทางวิชาการ โดยมีการแนะนำที่ถูกต้องทั้งการใช้ยาและแนวทางการปฏิบัติตัว พร้อมมีการติดตามผลของการใช้ยาและคำนึงถึงอาการไม่พึงประสงค์ หรือปัญหาปฏิกิริยาระหว่างกันของยากับยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ เป็นการค้นหาแก้ไขและป้องกันปัญหาของการรักษาด้วยยา (Drug-therapy problem) ในรายที่จำเป็นต้องติดตามต่อเนื่องจะมีการบันทึกและให้คำแนะนำปรึกษาอย่างเป็นระบบที่ส่งผลให้การส่งต่อมีคุณภาพ นอกจากนี้ ร้านยาคุณภาพจะต้องมีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีการปฏิบัติที่เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และมีบริการอื่นๆ ที่ช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพ และมีบริการที่มีส่วนร่วมกับชุมชนโดยเฉพาะที่ร้านยาตั้งอยู่ โดยร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรมจะให้บริการที่ดี มีคุณภาพในมาตรฐาน 5 ด้านคือ ด้านสถานที่อุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนบริการ ด้านการบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ ด้านการบริการเภสัชกรรมที่ดี ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบและจริยธรรมจรรยาบรรณทางวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการควบคุมกำกับให้ร้านยาเกิดการปฏิบัติที่สอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องและมุ่งหมายให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และด้านการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม วัตถุประสงค์เพื่อให้ร้านยาให้บริการแก่ชุมชนตลอดจนให้เกิดการมีส่วน[1]

ต่อมาได้มีการพัฒนาหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน Good pharmacy Practice (GPP) ได้รับการประกาศเป็นกฎหมายภายใต้กฎกระทรวงเรื่องการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันพ.ศ 2556 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาพ.ศ 2510 ทั้งนี้ร้านยา ขย. 1 จะต้องผ่านการประเมิน GPP ดังกล่าวเพื่อให้สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ โดยการบังคับนี้จะส่งผลทันทีกับร้านขายยาที่ได้รับอนุญาต หลังจากวันที่กฎกระทรวงมีผลบังคับคือ ร้านยาที่ได้รับอนุญาตตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2557 เป็นต้นไป สำหรับร้านยาที่ได้รับอนุญาตก่อนหน้านี้ จะมีเวลาผ่อนผันในช่วงไม่เกิน 8 ปีนับแต่วันที่กฎกระทรวงมีผลบังคับ

ต่อมาในปี พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เป็น 3 ระยะ หรือที่เรียกว่าบันได 3 ขั้น GPP สำหรับร้านยา กำหนดเป็น 3 ช่วงเวลา เพื่อให้ร้านยาพัฒนาตนเองให้ได้ตามเกณฑ์ดังนี้ บันไดขั้นที่ 1 กำหนดให้ปรับปรุงให้เสร็จเรียบร้อยก่อนวันที่ 1 กันยายน 2561 เพื่อให้พร้อมสำหรับต่อใบอนุญาตในเดือนธันวาคม 2561 บันไดขั้นที่ 2 กำหนดให้ปรับปรุงร้านยาให้เรียบร้อยก่อนวันที่ 1 กันยายน 2563 หรืออีก 2 ปีถัดไปเพื่อให้พร้อมสำหรับต่ออายุใบอนุญาตในเดือนธันวาคม 2564 บันไดขั้นที่ 3 กำหนดให้ปรับปรุงให้เสร็จเรียบร้อย ก่อนวันที่ 24 มิถุนายน 2565 เพื่อให้พร้อมสำหรับต่อใบอนุญาตในเดือนธันวาคม 2565 ซึ่งการผ่อนผันสิ้นสุดลงในการต่ออายุใบอนุญาตร้านยาปลายปี 2565 เพื่อใช้สำหรับปี 2566 เป็นต้นมา[2]

มาตรฐานร้านยา GPP จึงนับเป็นมาตรฐานร้านยาตามกฎหมายที่ผู้ขออนุญาตต้องปฏิบัติตามซึ่งมี 5 หมวด ดังนี้ หมวดสถานที่ หมวดอุปกรณ์

หมวดบุคลากร หมวดควบคุมคุณภาพยา และหมวดการให้บริการเภสัชกรรมในร้านยาดังนั้น จะเห็นได้ว่าก่อนปี พ.ศ.2545 ร้านยายังไม่มีการประเมินระบบคุณภาพ ต่อมาในปี พ.ศ.2546 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับสภาเภสัชกรรม จึงพัฒนาระบบคุณภาพคือมาตรฐานร้านยาคุณภาพ ซึ่งเป็นการสมัครเข้าร่วมประเมินโดยความสมัครใจของผู้รับอนุญาตขายยา จนต่อมาในปี 2557 ร้านยาถูกบังคับด้วยกฎหมายให้ต้องเข้ารับการประเมินตามมาตรฐานร้านยา GPP ดังนั้น ปัจจุบันร้านยาทุกแห่งในราชอาณาจักรไทย มีมาตรฐานที่กำหนดโดยกฎหมายคือ มาตรฐานร้านยา GPP มาตรฐานร้านยา GPP และมาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม มีจุดประสงค์ที่คล้ายกัน

ในการยกระดับคุณภาพร้านยา แต่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันในด้านการกำหนดเกณฑ์และแนวทางการประเมินซึ่งสรุปความแตกต่างได้ดังนี้ จุดมุ่งหมาย GPPเน้นการให้บริการเภสัชกรรมที่มีมาตรฐานในระดับสากลมุ่งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภคและให้บริการด้านยาที่ปลอดภัย มาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรมมุ่งเน้นการพัฒนาร้านยาที่มีการบริหารจัดการและให้บริการอย่างเป็นเลิศในด้านวิชาชีพเพิ่มคุณค่าทางสังคมและความไว้วางใจจากประชาชน[3] ความแตกต่างระหว่างมาตรฐาน GPPและมาตฐานร้านยาคุณภาพ ได้แก่ 1)หน่วยงานกำกับดูแล GPP กำหนดโดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นข้อกำหนดขั้นต่ำที่ร้านยาทุกร้านต้องปฏิบัติตาม มาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม กำหนดโดย สภาเภสัชกรรมเป็นมาตรฐานขั้นสูงที่ร้านยาต้องสมัครใจเข้าร่วม 2) เกณฑ์การประเมิน GPP ครอบคลุมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น พื้นที่ร้านยา, การจัดเก็บยา, และการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน มีการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ อย. เน้นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามข้อกฎหมาย มาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม เน้นที่คุณภาพของบริการ, การให้คำปรึกษาเชิงลึก, และบทบาทเชิงวิชาชีพของเภสัชกรมีการประเมินเชิงคุณภาพ เช่น การดูแลผู้ป่วย, การประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆใช้ระบบการรับรองจากสภาเภสัชกรรม 3) การบังคับใช้ GPP เป็นข้อกำหนด บังคับ ตามกฎหมายร้านยาหากร้านยาไม่ผ่านมาตรฐาน GPP จะไม่ได้รับใบอนุญาตดำเนินกิจการมาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรมเป็นมาตรฐานสมัครใจ ไม่มีผลบังคับตามกฎหมายการผ่านการรับรองขึ้นอยู่กับการประเมินและการสมัครเข้าร่วมของร้านยา 4) ความแตกต่างในระดับปฏิบัติ GPP เน้นกระบวนการที่ถูกต้อง เช่น การเก็บยาในอุณหภูมิที่เหมาะสม, การมีเภสัชกรประจำร้านมีการตรวจสอบตามระยะเวลา มาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรมเน้นผลลัพธ์ของการบริการ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย, การให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมีการตรวจประเมินเชิงลึกโดยผู้ประเมินจากสภาเภสัชกรรม โดยสรุป GPP เป็นมาตรฐานขั้นพื้นฐานที่มุ่งให้ร้านยามีความปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมายมาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม เป็นมาตรฐานขั้นสูงที่มุ่งเน้นการยกระดับวิชาชีพเภสัชกรรมและสร้างความไว้วางใจจากสังคม ทั้งสองมาตรฐานเสริมกันในเชิงแนวคิด แต่ตอบโจทย์ที่แตกต่างกันในเชิงปฏิบัติและการกำกับดูแล[4]

จากข้อมูลพบว่าร้านยาคุณภาพมีจำนวนน้อยมากโดยมีเพียง 2,290 ร้านจากจำนวนร้านยาแผนปัจจุบันทั่วประเทศ 17,882 ร้าน โดยเหตุผลหลักที่เป็นอุปสรรคทำให้ร้านยาทั่วไปไม่เข้าร่วมเป็นร้านยาคุณภาพได้แก่ความยากง่ายของการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาคุณภาพ การขาดแรงจูงใจในเชิงธุรกิจ ที่มองว่าไม่ได้ช่วยเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน และไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจนของการเป็นร้านยาคุณภาพ สาเหตุที่มีผลต่อการพัฒนาร้านยาคุณภาพ ได้แก่ 1) ความยากง่ายของการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยา 2) การไม่ให้ความสำคัญกับร้านยาคุณภาพ 3) การขาดแรงจูงใจในการพัฒนาร้านยา 4) การไม่บังคับด้วยกฎหมาย 5) การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง[5]

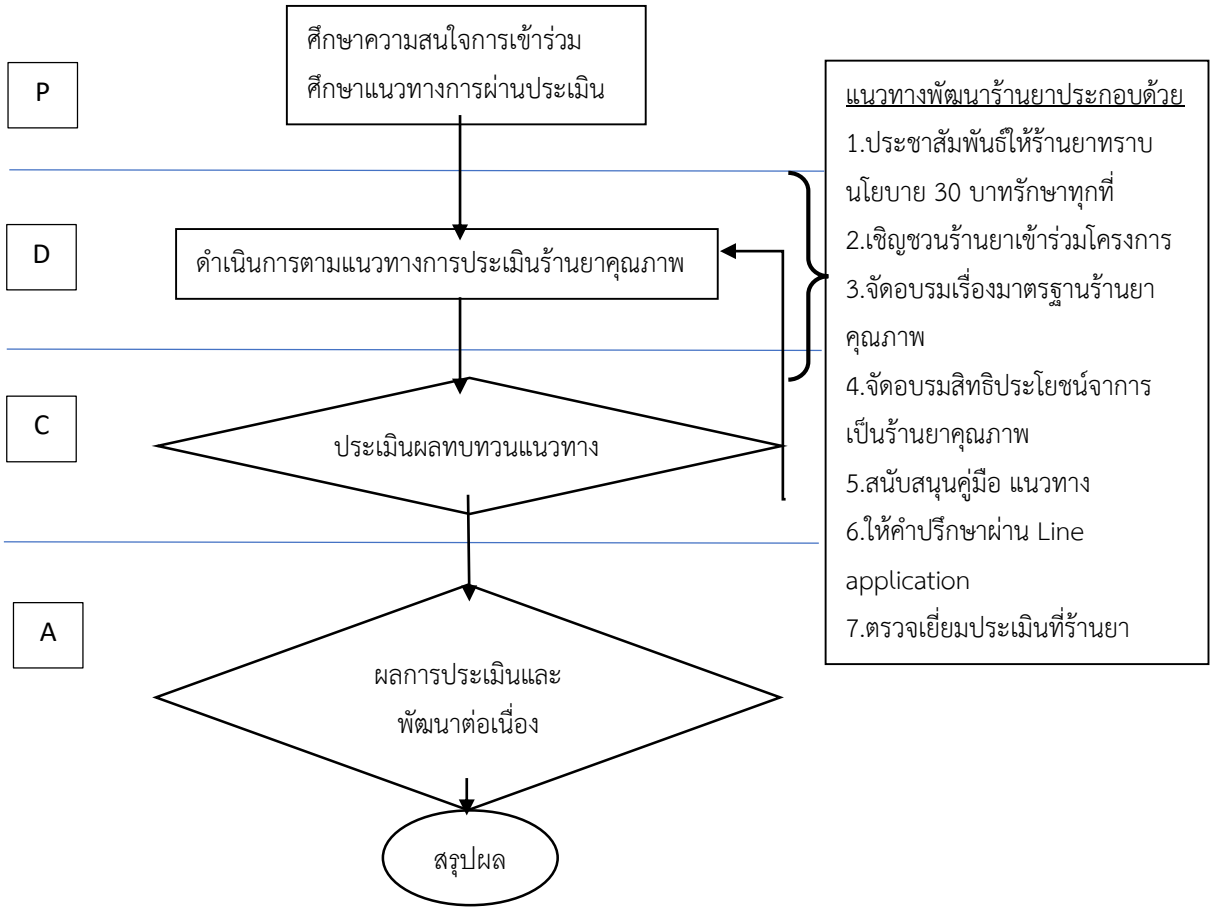
ข้อมูลจังหวัดนครนายก ช่วงก่อนปี พ.ศ. 2557 จังหวัดนครนายกมีร้านยาคุณภาพ จำนวน 1 ร้าน ปัจจุบัน ปีพ.ศ.2567 จังหวัดนครนายกมีร้านยา (ข.ย.1) จำนวน 47 แห่ง เป็นร้านยาคุณภาพ จำนวน 2 แห่ง จากการสำรวจความสนใจในการเข้าร่วมโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ร้านยาในจังหวัดนครนายก จำนวน 45 ร้าน พบว่ามีร้านยาที่สนใจจำนวน 12 ร้าน ร้านยาไม่สนใจจำนวน 2 ร้าน ร้านยาที่ไม่แน่ใจ/ลังเล จำนวน 31 ร้าน ส่วนใหญ่ไม่รู้ขั้นตอนวิธีการ มีความกังวลเรื่องเอกสารและความยุ่งยากต่างๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการเตรียมความพร้อมร้านยาในจังหวัดนครนายก ให้เข้าสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของร้านยา Continuous Quality Improvement CQI มุ่งผลให้ประชาชนได้รับบริการทางเภสัชกรรมที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เพิ่มโอกาสให้ร้านยาสามารถเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อด้านเภสัชกรรม ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีค่าตอบแทนในการให้บริการที่เหมาะสม ลดความแออัดในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพของร้านยาในจังหวัดนครนายก

วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินงานโดยใช้วงจร PDCA โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานโดยใช้วงจร PDCA เพื่อพัฒนาร้านยาจังหวัดนครนายกเข้าสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 1 Plan : การวางแผน

ผู้วิจัยศึกษา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำผลการประเมิน GPP ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ในปี 2565 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก มาประกอบการสร้างแนวทางการพัฒนาร้านยา (แนวทางฯ) ศึกษาแนวทางและเกณฑ์การผ่านการประเมินร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรม โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์ผู้รับอนุญาตและเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้านยาที่ผ่านการรับรองร้านยาคุณภาพโดยสภาเภสัชกรรม สำรวจความสนใจร้านยาในการเข้าร่วมโครงการ และสอบถามสาเหตุถึงความสนใจและไม่สนใจในการเข้าร่วมโครงการ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์แล้วนำมากำหนดแนวทางพัฒนาร้านยา

ขั้นตอนที่ 2 Do : การปฏิบัติ

ผู้วิจัยนำแนวทางพัฒนาร้านยามาดำเนินการตามแผนโดยประชาสัมพันธ์ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้ร้านยาทราบนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ โดยเชิญชวนให้ร้านยาเข้าร่วมโครงการและดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้การพัฒนามาตรฐานร้านยาคุณภาพตามแบบประเมินร้านยาคุณภาพโดยสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม ซึ่งแบบประเมินฯ แบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลร้านยา

ส่วนที่ 2 การตรวจ GPP

ส่วนที่ 3 การประเมินงานคุณภาพ

3.1 งานคุณภาพทางเภสัชกรรมในร้านยา

3.2 การบริหารความเสี่ยงในร้านยา เช่น

1. ความเสี่ยงด้าน LASA Look Alike Sound Alike (ยาที่มีชื่อคล้อง มองคล้าย)

2. ความเสี่ยงในการจ่ายยาผิดนอกจาก LASA เช่น จ่ายยาผิดคน ฝากซื้อ ซักประวัติไม่ครบ

3. ความเสี่ยงในการมียาหมดอายุบนชั้นยา ระบุแนวทางในการป้องกัน

4. ความเสี่ยงในเรื่องอุณหภูมิในร้านที่ไม่เหมาะสมในการเก็บรักษายา

5. ความเสี่ยงในการป้องกันการแพร่เชื้อต่างๆในร้าน (ระหว่างลูกค้ากับลูกค้า, ระหว่างลูกค้ากับเภสัชกร)

6. ความเสี่ยงในการจ่ายยาที่ลูกค้าเคยแพ้อาจเกิดจากการปนเปื้อน หรือไม่ได้ซักประวัติ

7. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการรุนแรงมาปรึกษาและเภสัชกรไม่สามารถให้คำแนะนำในการใช้ยาได้ จะมีระบบส่งต่อที่เหมาะสมอย่างไร

8. ความเสี่ยงในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้วเกิด Drug Interaction

9. ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้รับบริการ Drug related problems

10. ความเสี่ยงในการปนเปื้อนของขยะที่เป็นยาเสีย ยาหมดอายุ ที่ทำให้เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม

3.3 กิจกรรมที่เป็นตัวอย่างที่ดีที่ควรได้รับการยกย่อง เช่น

1. การมี Platform Telepharmacy ที่ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรม

2. การมีกิจกรรม หรือบริการสู่ชุมชนภายนอก

3. การมีรายงานส่งต่อ (Refer) กรณีที่จำเป็น

4. การมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยา

5. การมี case ที่ประทับใจในการเป็น เภสัชกรชุมชน (Case Report)

6. การมีกิจการรมทางวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน เช่น การเป็นพี่เลี้ยงร้านยาคุณภาพ การเป็นอาจารย์แหล่งฝึก หรือการได้รับรางวัลทางวิชาชีพ

2. จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ประกอบการร้านยาและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ โดยเน้นประเด็นที่เป็น GAP หารือแนวทางเพื่อการพัฒนาร่วมกัน ร้านยาที่ผ่านการประเมินร้านยาคุณภาพให้คำปรึกษาวิธีการ ขั้นตอน การดำเนินงาน

3. จัดอบรมสิทธิประโยชน์จากการเป็นร้านยาคุณภาพ ซึ่งสามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วย

นวัตกรรม ด้านเภสัชกรรมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. จัดทำเอกสารคู่มือขั้นตอนการดำเนินการมาตรฐานร้านยาคุณภาพ สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการพัฒนาร้านยา เช่น คู่มือเภสัชกรชุมชนในการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยในร้านยา

5. บริการให้คำปรึกษาแนะนำตอบข้อซักถามผ่าน Line application

ขั้นตอนที่ 3 Check : ตรวจประเมิน

1. ผู้วิจัยส่งเสริมให้ร้านยารับการประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพ เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่อง และปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางพัฒนาร้านยา ที่พบระหว่างการตรวจประเมิน ซึ่งพบว่าร้านยายังขาดความเข้าใจและได้รับผลการประเมินในระดับปรับปรุงในเกณฑ์บางข้อ เช่น การจัดการและป้องกันความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาจากปัญหาพ้องรูป พ้องเสียง Look alike Sound alike (LASA) ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาจากการมีรายการยาเดียวกันจำนวนหลายชื่อการค้า การแยกโซนหรือแยกชั้นการจัดเรียงยาสามัญประจำบ้านกับยาแผนปัจจุบัน บรรจุเสร็จ การเก็บเคสทบทวนการใช้ยาและแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยการเขียนรายงานติดตามผู้ป่วย

2. สะท้อนผลการประเมิน ผู้วิจัยเข้าไปตรวจประเมินที่ร้านยาและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่ร้านยังไม่ผ่านการประเมินจากสภาเภสัชกรรม โดยได้ปรับแนวทาง เช่น การจัดวางยาเพื่อลดความเสี่ยง Medication error การจัดวางยาตามประเภทยาตามกฎหมาย

ขั้นตอนที่ 4 Action : ปรับปรุงตามปัญหาที่พบและพัฒนาต่อเนื่อง

ผู้วิจัยประเมินผลการใช้แนวทางพัฒนาร้านยา และสรุปปัญหาและอุปสรรคภายใต้วงจร PDCA ที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบบันทึกการตรวจประเมินที่ประยุกต์จากคำขอของสภาเภสัชกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจประเมิน จะวิเคราะห์ด้วยการคำนวนหาค่าความถี่และร้อยละ (Percentage)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของร้านยา

ร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครนายก มีจำนวน 47 แห่ง พบว่า สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเป็นร้านที่ได้รับอนุญาตก่อนวันที่ 25 มิถุนายน 2557 จำนวน 22 แห่ง (ร้อยละ 46.8) หลังวันที่ 25 มิถุนายน 2557 จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 53.2) ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินกิจการเป็นเภสัชกรจำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 61.7) เป็นร้านยา chain จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ10.6) เป็นร้านยาเดี่ยวจำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 89.4) (ตารางที่ 1) มีร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีความประสงค์เข้าร่วมการประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพ จำนวน 15 ร้านจากร้านยาทั้งหมด 47 ร้าน

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาคุณภาพตามวงรอบ PDCA รอบที่ 1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✕
2	✕	✕	✓	✓	✕	✓	✕	✕	✕	✓	✓	✓	✓	✓	✕
3	✕	✕	✓	✓	✕	✓	✕	✕	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✕
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✕
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✕
9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✕
10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	✕	✓	✓	✓	✓	✓	✕	✕	✕	✕	✕	✕	✓	✓	✕

หมายเหตุ

ตัวอักษร A-O คือ รายชื่อร้านยาเข้ารับการประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพ

1 คือ ความเสี่ยงด้าน LASA Look Alike Sound Alike (ยาที่มีชื่อคล้อง มองคล้าย) 2 คือความเสี่ยงในการจ่ายยาผิดนอกจาก LASA เช่น จ่ายยาผิดคน ฝากซื้อ ซักประวัติไม่ครบ 3 คือ ความเสี่ยงในการมียาหมดอายุบนชั้นยา ระบุแนวทางในการป้องกัน 4 คือ ความเสี่ยงในเรื่องอุณหภูมิในร้านที่ไม่เหมาะสมในการเก็บรักษายา

5 คือความเสี่ยงในการป้องกันการแพร่เชื้อต่างๆในร้าน (ระหว่างลูกค้ากับลูกค้า, ระหว่างลูกค้ากับเภสัชกร) 6 คือความเสี่ยงในการจ่ายยาที่ลูกค้าเคยแพ้ อาจเกิดจากการปนเปื้อน หรือไม่ได้ซักประวัติ 7คือ ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการรุนแรงมาปรึกษาและเภสัชกรไม่สามารถให้คำแนะนำในการใช้ยาได้ จะมีระบบส่งต่อที่เหมาะสมอย่างไร 8 คือความเสี่ยงในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้วเกิด Drug Interaction 9 คือ ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้รับบริการ Drug related problems 10 คือ ความเสี่ยงในการปนเปื้อนของขยะที่เป็นยาเสีย ยาหมดอายุ ที่ทำให้เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม 11 คือ โครงการที่ร่วมงานหรือสิ่งที่ทำในร้านยาที่เกี่ยวกับงานคุณภาพ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานร้านคุณภาพตามวงรอบ PDCA รอบที่ 2

	A*	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O*
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗

หมายเหตุ

*คือ รายชื่อร้านยาที่ไม่ประสงค์เข้ารับการประเมินมาตรฐานร้านยาคุณภาพหลังไม่ผ่านการประเมินรอบที่ 1

ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาคุณภาพตามวงรอบ PDCA รอบที่ 1

หัวข้อที่ 1 ความเสี่ยงด้าน LASA Look Alike Sound Alike ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน หัวข้อที่ 2 ความเสี่ยงในการจ่ายยาผิดนอกจาก LASA ผ่าน 8 ร้าน ไม่ผ่าน 7 ร้าน หัวข้อที่ 3 ความเสี่ยงในการมียาหมดอายุบนชั้นยา ผ่าน 9 ร้าน ไม่ผ่าน 6 ร้าน หัวข้อที่ 4 ความเสี่ยงในเรื่องอุณหภูมิในร้านที่ไม่เหมาะสมในการเก็บรักษายา ผ่าน 15 ร้าน หัวข้อที่ 5 ความเสี่ยงในการป้องกันการแพร่เชื้อต่างๆในร้าน ผ่าน 15 ร้าน หัวข้อที่ 6 ความเสี่ยงในการจ่ายยาที่ลูกค้าเคยแพ้ อาจเกิดจากการปนเปื้อน หรือไม่ได้ซักประวัติ ผ่าน 15 ร้าน หัวข้อที่ 7 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการรุนแรงมาปรึกษาและเภสัชกรไม่สามารถให้คำแนะนำในการใช้ยาได้ และระบบส่งต่อ ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้านหัวข้อที่ 8 ความเสี่ยงในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้วเกิด Drug Interaction ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้านหัวข้อที่ 9 ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้รับบริการ Drug related problems ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน หัวข้อที่ 10 ความเสี่ยงในการปนเปื้อนของขยะที่เป็นยาเสีย ยาหมดอายุ ที่ทำให้เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม ผ่าน 15 ร้าน หัวข้อที่ 11 โครงการที่ร่วมงานหรือสิ่งที่ทำในร้านยาที่เกี่ยวกับงานคุณภาพ ผ่าน 7 ร้าน ไม่ผ่าน 8 ร้าน (ตารางที่ 2)

ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานร้านยาคุณภาพตามวงรอบ PDCA รอบที่ 2

หัวข้อที่ 1 ความเสี่ยงด้าน LASA Look Alike Sound Alike ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน หัวข้อที่ 2 ความเสี่ยงในการจ่ายยาผิดนอกจาก LASA ผ่าน 13 ร้าน ไม่ผ่าน 2 ร้าน หัวข้อที่ 3 ความเสี่ยงในการมียาหมดอายุบนชั้นยา ผ่าน 13 ร้าน ไม่ผ่าน 2 ร้าน หัวข้อที่ 4 ความเสี่ยงในเรื่องอุณหภูมิในร้านที่ไม่เหมาะสมในการเก็บรักษายา ผ่าน 15 ร้าน หัวข้อที่ 5 ความเสี่ยงในการป้องกันการแพร่เชื้อต่างๆในร้าน ผ่าน 15 ร้าน

หัวข้อที่ 6 ความเสี่ยงในการจ่ายยาที่ลูกค้าเคยแพ้ อาจเกิดจากการปนเปื้อน หรือไม่ได้ซักประวัติ ผ่าน 15 ร้าน

หัวข้อที่ 7 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการรุนแรงมาปรึกษาและเภสัชกรไม่สามารถให้คำแนะนำในการใช้ยาได้ และระบบส่งต่อ ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน หัวข้อที่ 8 ความเสี่ยงในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้วเกิด Drug Interaction ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน หัวข้อที่ 9 ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้รับบริการ Drug related problems ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน หัวข้อที่ 10 ความเสี่ยงในการปนเปื้อนของขยะที่เป็นยาเสีย ยาหมดอายุ ที่ทำให้เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม ผ่าน 15 ร้าน หัวข้อที่ 11 โครงการที่ร่วมงานหรือสิ่งที่ทำในร้านยาที่เกี่ยวกับงานคุณภาพ ผ่าน 13 ร้าน ไม่ผ่าน 2 ร้าน (ตารางที่ 3)

สรุปและอภิปรายผล

มีจำนวนร้านยาที่เข้ารับการประเมินรอบที่ 1 จำนวน 15 ร้าน มีจำนวนร้านยาที่เข้ารับการประเมินรอบที่ 2 จำนวน 13 ร้าน มีร้านยาที่ไม่สามารถเข้ารับการประเมินตามกรอบระยะเวลาของการวิจัยจำนวน 2 ร้าน หัวข้อที่ 1 ความเสี่ยงด้าน LASA Look Alike Sound Alike รอบที่1 และรอบที่ 2 ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน หัวข้อที่ 2 ความเสี่ยงในการจ่ายยาผิดนอกจาก LASA รอบที่1 ผ่าน 8 ร้าน ไม่ผ่าน 7 ร้าน รอบที่ 2 ผ่าน 13 ร้าน ไม่ผ่าน 2 ร้าน ได้แก้ไขปรับปรุงโดยเพิ่มการระบุแนวทางป้องกัน เช่น

การหยิบยาและการเก็บยาจากชั้นยา ควรมีทักษะที่เหมาะสมในการที่จะลดความเสี่ยงของการหยิบยาผิด และทำให้เป็นนิสัย ด้วยการอ่านชื่อยาที่ภาชนะบรรจุอย่างน้อย 3 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อมองหาและหยิบยา ครั้งที่ 2 ก่อนนับยา และครั้งสุดท้ายเมื่อนำยากลับไปวางที่เดิม โดยควรตรวจสอบวันหมดอายุจากฉลากยาและลักษณะทางกายภาพของยาก่อนเสมอ

การตรวจสอบยาที่จัดแล้วกับฉลากยาที่เตรียมไว้ถือเป็นขั้นตอนการประกันคุณภาพของกระบวนการจ่ายยาที่เภสัชกรต้องมีความรอบคอบในการตรวจสอบและทำให้ลูกค้าได้รับยาที่ถูกต้องที่สุด โดยเภสัชกรควรตรวจสอบในประเด็นต่อไปนี้ ชื่อนามสกุลผู้ป่วย ชนิดของยา ได้แก่ รูปแบบ ความแรง จำนวน ควรตรวจสอบจำนวนให้ถูกต้องและเพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้การรักษาต่อเนื่อง ตรวจสอบข้อมูลที่ปรากฏบนฉลากยาที่จ่ายให้กับผู้ป่วย ต้องมีอย่างน้อยในส่วนต่อไปนี้ คือชื่อยา ความแรง จำนวน วิธีใช้ รวมถึงฉลากช่วย หรือการเพิ่มการตรวจสอบความถูกต้องของยาโดยบุคคลที่สอง

หัวข้อที่ 3 ความเสี่ยงในการมียาหมดอายุบนชั้นยา รอบที่ 1 ผ่าน 9 ร้าน ไม่ผ่าน 6 ร้าน รอบที่ 2 ผ่าน 13 ร้าน ไม่ผ่าน 2 ร้าน ได้แก้ไขปรับปรุงโดยเพิ่มการระบุแนวทางป้องกัน เช่น ไม่เก็บยาสำรองไว้ด้านหลังชั้นวางยาสำหรับขายยาบนชั้น เพื่อป้องกันการสับสนระหว่างยาสำรองกับยาสำหรับขาย อาจทำให้หยิบยาที่วันหมดอายุยาวนานกว่ามาจ่ายยาก่อนทำให้เกิดการมียาหมดอายุวางอยู่บนชั้นยาได้ ยาที่หมดอายุ ยาใกล้หมดอายุ ยารอเปลี่ยน/รอคืน มีการแยกจัดเก็บเฉพาะ และมีการป้องกันมิให้ถูกนำกลับมาขายหรือวางบนชั้นยาอีก เช่น การใส่ตู้เหล็กล็อคกุญแจหรือการใส่ในกล่องซึ่งมีข้อความระบุชัดเจนว่าเป็นยาหมดอายุ ยารอเปลี่ยน/คืน

หัวข้อที่ 4 ความเสี่ยงในเรื่องอุณหภูมิในร้านที่ไม่เหมาะสมในการเก็บรักษายา ผ่านครบ 15 ร้าน หัวข้อที่ 5 ความเสี่ยงในการป้องกันการแพร่เชื้อต่างๆในร้าน ผ่านครบ 15 ร้าน หัวข้อที่ 6 ความเสี่ยงในการจ่ายยาที่ลูกค้าเคยแพ้ อาจเกิดจากการปนเปื้อน หรือไม่ได้ซักประวัติ ผ่านครบ 15 ร้าน

หัวข้อที่ 7 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการรุนแรงมาปรึกษาและเภสัชกรไม่สามารถให้คำแนะนำในการใช้ยาได้ ระบบส่งต่อ รอบที่ 1 ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน คือร้านที่ไม่สามารถเข้ารับการประเมินตามกรอบระยะเวลาของการวิจัย

หัวข้อที่ 8 ความเสี่ยงในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้วเกิด Drug Interaction ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน
คือร้านที่ไม่สามารถเข้ารับการประเมินตามกรอบระยะเวลาของการวิจัย

หัวข้อที่ 9 ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้รับบริการ Drug related problems ผ่าน 14 ร้าน ไม่ผ่าน 1 ร้าน คือร้านที่ไม่สามารถเข้ารับการประเมินตามกรอบระยะเวลาของการวิจัย

หัวข้อที่ 10 ความเสี่ยงในการปนเปื้อนของขยะที่เป็นยาเสีย ยาหมดอายุ ที่ทำให้เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม ผ่าน 15 ร้าน

หัวข้อที่ 11 โครงการที่ร่วมงานหรือสิ่งที่ทำในร้านยาที่เกี่ยวกับงานคุณภาพรอบที่ 1 ผ่าน 7 ร้าน ไม่ผ่าน 8 รอบที่ 2 ผ่าน 13 ร้าน ไม่ผ่าน 2 ร้าน โดยเพิ่มการติดตามการใช้ยา การทบทวนการใช้ยาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ส่วนร้านที่ไม่สามารถเข้ารับการประเมินตามกรอบระยะเวลาของการวิจัย จำนวน 2 ร้าน ได้รับคำปรึกษาแนะนำเพื่อแก้ไขปรับปรุงและยื่นผลการแก้ไขปรับปรุงต่อไป

ร้านยาที่ยังไม่ได้เข้าร่วมประเมินร้านยาคุณภาพมีข้อจำกัด ที่ยังไม่ได้เข้าร่วม เช่น ผู้รับอนุญาตที่เป็นเภสัชกรมีภาระงานประจำทำควบคู่กับการเปิดร้านยาจึงทำให้การจัดการด้านเวลาเปิดปิด ทำได้ลำบาก บางร้านมีเภสัชกรทำงานคนเดียว ซึ่งการทำงานคุณภาพเป็นงานที่ต้องใช้เวลาทำงานค่อนข้างมาก การทำงานคนเดียวในร้านอาจไม่ได้เอื้อต่อการเข้าร่วมเป็นร้านยาคุณภาพ บางร้านไม่ได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ของการเป็นกร้านยาคุณภาพ[6]

เมื่อปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรฐานร้านยา พบว่า การที่มีเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับมาตรฐานร้านยา ไปลงมือปฏิบัติแก่ร้านยา

ในจังหวัดที่รับผิดชอบ จะทำให้ผู้ประกอบการสามารถที่จะผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้[7]

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีโดยความร่วมมือจาก ภญ.เพ็ญทิพา แก้วเกตุทอง ผู้อำนวยการสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารอ้างอิง

1.กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 (2556). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 130 ตอนที่ 126 ก (27 ธันวาคม)

2.จุไรรัตน์ คงล้อมญาติ. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของร้านยาในเขตบริการสุขภาพที่4. วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 8 เล่มที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

3.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 (2556). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนพิเศษ 223 ง (5 พฤศจิกายน)

4.ไพรัตน์ ประทุมทอง, เยาวลักษณ์ บุญจันทร์, ปิยะมาศ ปรีชาฎก. (2566). การศึกษามาตรฐานร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 เพื่อพัฒนาความพร้อมสู่โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน)

5.ภานุโชติ ทองยัง. (2561). การพัฒนาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ในจังหวัดสมุทรสงคราม สู่มาตรฐาน GPP อย่างมีส่วนร่วม. วารสารอาหารและยา ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม)

6.วราวุธ เสริมสินศิริ. (2566). การพัฒนาคุณภาพการบริการของร้านขายยาในประเทศไทย. วารสารอาหารและยา ปีที่ 23 ฉบับที่ 2/2559 (พฤษภาคม-สิงหาคม)

7.วาณี ธนสีลังกูล. (2566). แนวทางการพัฒนาร้านยาสู่มาตรฐานตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในจังหวัดอุดรธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 16 เล่มที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน)

รูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม

Development model of the Dependent Care Center in Nakhon Pathom Province.

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

สุภัทร กตัญญูทิตา[1]
Supat Katunyutita[1]

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และรูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2567 ถึง ธันวาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม จำนวน 2,159 คน เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการ ความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ของ CM กับ CG ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ระหว่าง CM ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้โครงการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) ได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 100.00 และมีศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตัวอย่าง ได้แก่ เทศบาลตำบลอ้อมใหญ่ จังหวัดนครปฐม

คำสำคัญ: ผู้มีภาวะพึ่งพิง ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

The study of the development model of dependent care centers in Nakhon Pathom Province aimed to study the situation of palliative care and the development model of dependent care centers in Nakhon Pathom Province. It is a participatory action research. The study period is Between October 2024 and December 2024, a total of 3 months. The sample group is 2,159 dependent people in Nakhon Pathom Province. Data was collected from the database and questionnaires. Data was analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that after the implementation, the readiness of the dependent care centers in community hospitals in Nakhon Pathom Province, both overall and in each aspect, was at the highest level. The readiness of the dependent care centers in community hospitals in Nakhon Pathom Province for related public health personnel of CM and CG before and after the implementation, both overall and in each aspect, was significantly different at the .05 level. After the implementation, the assessment of the readiness of the dependent care centers in community hospitals in Nakhon Pathom Province for related public health personnel between CM was better than before the implementation. Dependents under the long-term public health care project (Long Term Care) received care according to the Care plan at 100.00 percent, and the sample dependent care center was Om Yai Subdistrict Municipality, Nakhon Pathom Province.

Keywords: Dependents, Dependent care centers

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

บทนำ

ผู้มีภาวะพึ่งพิงหมายถึงบุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวันได้ โดยทั่วไปแล้วจะพบในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่าง ๆ[1] ทั่วโลกมีแนวโน้มที่จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในปี 2560 มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 963 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมดของโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1.4 พันล้านคนในปี 2573 และถึง 2 พันล้านคนในปี 2593[2]

สถานการณ์ของประเทศไทย พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลระบุว่าในปี 2564 มีผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน และคาดว่าในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงที่เผชิญปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม และการหกล้ม ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะและเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมากเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับอนาคต กรมอนามัยได้ดำเนินการพัฒนาแบบจำลองทางสถิติเพื่อพยากรณ์สุขภาพผู้สูงอายุ[3]

ผู้มีภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ที่มีภาวะนั้นและครอบครัว รวมถึงสังคมโดยรวม โดยในด้านสุขภาพ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมักประสบปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งลดความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมประจำวัน นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า เนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สำหรับครอบครัว ผู้ดูแลอาจรู้สึกเครียดและวิตกกังวลจากภาระการดูแล รวมถึงภาระทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการจัดหาบริการดูแล ในระดับสังคม การเพิ่มขึ้นของผู้มีภาวะพึ่งพิงจะทำให้เกิดความต้องการบริการดูแลสุขภาพมากขึ้น และจำเป็นต้องมีการวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในด้านการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ดังนั้น ผลกระทบจากผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันระหว่างสุขภาพ จิตใจ และเศรษฐกิจ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว[4,5]

การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ โดยเฉพาะในสังคมที่มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลนี้มุ่งเน้นไปที่การจัดการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ รวมถึงผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว การดูแลแบ่งออกเป็นสองรูปแบบหลัก ได้แก่ การดูแลที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแล เช่น ครอบครัวหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จะเข้ามาช่วยเหลือในบ้าน และสถานดูแลระยะยาว เช่น บ้านพักคนชรา โรงพยาบาล หรือศูนย์บำบัด ที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางคอยดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลในระยะยาวมีความสำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความจำเสื่อม นอกจากนี้ ยังต้องให้ความสำคัญกับการดูแลทางจิตใจเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนเพื่อให้รู้สึกเป็นอิสระมากที่สุด แม้จะต้องได้รับความช่วยเหลือ บทบาทของครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ โดยครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ ในขณะที่กระบวนการ care management ได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการระบบในการวางแผนการพยาบาลและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

แนวทางนี้สอดคล้องกับการบูรณาการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลไปยังชุมชนในรูปแบบของศูนย์ชีวาภิบาล ที่เน้นการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานรัฐจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว[1, 2, 6, 7]

จังหวัดนครปฐมมีผู้สูงอายุจำนวน 186,247 คน ซึ่งเป็นอันดับที่ 27 ของประเทศ และอันดับที่ 6 ของภาคกลาง โดยในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 159,775 คน คิดเป็นร้อยละ 85.79 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ปัญหาของผู้มีภาวะพึ่งพิงมักเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดนครปฐมต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้เกิดภาระทางจิตใจและเศรษฐกิจ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในพื้นที่ รวมถึงการพัฒนารูปแบบศูนย์ดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาจะมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและความต้องการในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาศูนย์ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสามารถสร้างรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care)
2. ศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม
3. ศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง ตุลาคม 2567 ถึง ธันวาคม 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม จำนวน 2,159 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม โดย ขั้นตอนหรือกิจกรรม ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิดของศูนย์ชีวาภิบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) มาร่วมกันกำหนดบทบาท ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care)

2.2 แบบประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง กิจกรรมดังกล่าวมีความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง กิจกรรมดังกล่าวมีความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง กิจกรรมดังกล่าวมีความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง กิจกรรมดังกล่าวมีความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง กิจกรรมดังกล่าวมีความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ในระดับน้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	ความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง มากที่สุด
3.41 – 4.20	ความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง มาก
2.61 – 3.40	ความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ปานกลาง
1.81 – 2.60	ความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง น้อย
1.00 - 1.80	ความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นทำการปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .905

2.2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) โดยศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจ ในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจ ในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจ ในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจ ในระดับน้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นทำการปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและ

แก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .877

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

1. ศึกษาทบทวน กรอบแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. จัดทำโครงร่าง รูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง

3. จัดทำคำขอจริยธรรมงานวิจัยรูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง

4. ศึกษาและสรุปสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care)

5. ดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) โดยศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครปฐม

6. สรุปประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบแบบประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและแบบประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) โดยศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการดำเนินการ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์รูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม โดยมีขั้นตอนหรือกิจกรรมศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิดของศูนย์ชีวาภิบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) มาร่วมกันกำหนดบทบาท ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม จำนวน 2.159 คน จำนวน CM และ CG รายอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 1.136 คน สัดส่วนของ CM และ CG ต่อผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม CM มีสัดส่วน CM : ผู้มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 1 : 9.15 CG: ผู้มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 1 : 1.90

2. การประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง CM ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านบทบาทหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง บริการคลินิกผู้สูงอายุและรูปแบบบริการอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. การประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับ

บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง CG ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านบทบาทหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง บริการคลินิกผู้สูงอายุและรูปแบบบริการหลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4. การเปรียบเทียบการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระหว่าง CM กับ CG โดยรวมและรายด้าน ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน

5. รูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยการศึกษาอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ประยุกต์จากคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุงพ.ศ.2567 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างCM CG บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ในการกำหนดบทบาท ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชนศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่จัดตั้งขึ้น เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิดของศูนย์ชีวาภิบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care)

6. การเปรียบเทียบการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ของ CM กับ CG ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ของ CM กับ CG ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1, 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ระหว่าง CM กับ CG หลังการดำเนินการ (Independent t - test)

ตัวแปร	CM		CG		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
องค์ประกอบ	4.54	0.21	4.54	0.21	1370	-.390	.696	-.03534	.02361
บทบาทหน้าที่หัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล	4.58	0.27	4.58	0.27	1370	.149	.881	-.03452	.04021
บทบาทหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง	4.55	0.35	4.55	0.35	1370	-.333	.739	-.05758	.04089
บทบาทหน้าที่ทีมปฐมภูมิ	4.57	0.24	4.57	0.23	1370	-.245	.807	-.03683	.02866
บริการ Home care	4.51	0.33	4.52	0.33	1370	-.280	.779	-.05341	.04006
บริการคลินิกผู้สูงอายุ	4.59	0.35	4.59	0.35	1370	.218	.827	-.04420	.05528
รูปแบบบริการ	4.58	0.37	4.58	0.37	1370	-.280	.780	-.05940	.04458
รวม	4.56	0.21	4.56	0.20	1370	-.234	.815	-.03214	.02528

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง CM ก่อนและหลังการดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
องค์ประกอบ	3.54	0.54	4.54	0.21	235	-27.789	.000	-1.07316	-.93107
บทบาทหน้าที่หัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล	3.47	0.64	4.58	0.27	235	-26.414	.000	-1.18690	-1.02214
บทบาทหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง	3.37	0.69	4.55	0.35	235	-22.917	.000	-1.27923	-1.07670
บทบาทหน้าที่ทีมปฐมภูมิ	3.47	0.55	4.57	0.24	235	-27.717	.000	-1.18227	-1.02536
บริการ Home care	3.77	0.93	4.51	0.33	235	-14.200	.000	-.84440	-.63865
บริการคลินิกผู้สูงอายุ	3.36	0.67	4.59	0.35	235	-26.925	.000	-1.31645	-1.13694
รูปแบบบริการ	3.36	0.72	4.58	0.37	235	-22.243	.000	-1.32535	-1.10968
รวม	3.48	0.54	4.56	0.21	235	-29.485	.000	-1.15432	-1.00972

7. ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้โครงการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) พบว่า ที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้โครงการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) ได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 100.00

8. ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตัวอย่าง ได้แก่ เทศบาลตำบลอ้อมใหญ่ จังหวัดนครปฐม

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 ผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม จำนวน 2.159 คน จำนวน CM และ CG รายอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 1.136 คน สัดส่วนของ CM และ CG ต่อผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม CM มีสัดส่วน CM : ผู้มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 1 : 9.15 CG: ผู้มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 1 : 1.90 การประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง CM ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านบทบาทหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง บริการคลินิกผู้สูงอายุและรูปแบบบริการ อยู่ในระดับปานกลาง และการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง CG ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านบทบาทหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง บริการคลินิกผู้สูงอายุและรูปแบบบริการ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ประเสริฐ สาวีรัมย์ (2565)[8] ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ ($t=10.193$, $p<0.001$) และมีคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ ($t=20.397$, $p<0.001$)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยการศึกษาอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ประยุกต์จาก คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุงพ.ศ.2567 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างCM CG บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ในการกำหนดบทบาท ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชนศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่จัดตั้งขึ้น เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิดของศูนย์ชีวาภิบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตามแนวคิดของ (ชีวาภิบาล+ Palliative Care+ Primary Health Care+ Long-Term Care) [7, 9, 10] ส่งผลให้ การประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง CM และ CG หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ของ CM กับ CG ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระหว่าง CM ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้โครงการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) พบว่า ที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้โครงการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) ได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 100.00 และมีศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตัวอย่าง ได้แก่ เทศบาลตำบลอ้อมใหญ่ จังหวัดนครปฐม สอดคล้องกับการศึกษาของ วารี ศรีสุรพล และชวลิต สวัสดิ์ผล (2565)[11] ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษา พบว่า 1) การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกได้ 3 รูปแบบ คือ (1) รูปแบบธรรมชาติ ที่มาจากกลุ่มคนดูแลในครัวเรือนเดียวกัน (2) รูปแบบทางการที่มาจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และ (3) รูปแบบกึ่งทางการกึ่งธรรมชาติ ที่มาจากกลุ่มอาสาสมัคร 2) การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กลไกในการช่วยเหลือส่งเสริมในชุมชนท้องถิ่นต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า บริบทของชุมชน กระบวนการ และกิจกรรมพัฒนาส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนามีความสำคัญและแตกต่างกัน การดำเนินการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายกลไกแบบธรรมชาติ จะมีกิจกรรมพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของหมู่บ้านแบบชุมชนชนบท การดำเนินการพัฒนาเครือข่ายกลไกกึ่งทางการกึ่งแบบธรรมชาติ จะมีกิจกรรมพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของหมู่บ้านเป็นชุมชนกึ่งชนบทกึ่งเมือง การใช้กิจกรรมที่เป็นทุนทางสังคมของชุมชนที่มีวิถีการปฏิบัติร่วมกันด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสุขภาพ ด้านวัฒนธรรมและประเพณี และด้านกายภาพ 3) แนวทางที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของกลไกชุมชนท้องถิ่น พบว่า กิจกรรมพัฒนาศักยภาพที่คนในชุมชนและหน่วยงานภายนอกทำร่วมกัน โดยการบูรณาการการมีส่วนร่วมตามศักยภาพของแต่ละกลไกจะส่งผลต่อความสำเร็จในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด โดยใช้แนวทางกิจกรรมพัฒนาที่หลากหลาย ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรนันท์ วรรณศิริ และดวงพร ผาสุวรรณ (2564)[12] ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน

และติดเตียงในจังหวัด ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยองค์การบริหารส่วนตำบลรับนโยบายและจัดสรรงบประมาณ การตัดสินใจของทีมสุขภาพโดยการเพิ่มสมรรถนะเข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและเตรียมผู้ดูแล 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบด้วยการคัดกรองเพื่อจัดกลุ่มในการดูแล การดูแลโดยทีมหมอครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ข่าย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเป็นระยะ 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุม อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ปรับระบบการบริการผู้สูงอายุดีขึ้น และ 4) การมีส่วนร่วมการประเมินผล โดยทุกโครงการที่ดำเนินงานกับผู้สูงอายุต้องประเมินผลให้กับแหล่งทุน และส่วนใหญ่ในการประเมินจะต้องสอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ (2567)[13] ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.0 การเปรียบเทียบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล มีพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล อยู่ในระดับดี การประเมินกิจวัตรประจำวันผู้ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนน ADL เฉลี่ยเพิ่มขึ้น และการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐานของผลต่าง 0 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง -1 ถึง 0

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงควรมีการการประเมินความพร้อมศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงจากบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง CM และ CG จัดทำรูปแบบการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยการศึกษาอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ประยุกต์จาก คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุงพ.ศ.2567 โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างCM CG บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ในการกำหนดบทบาท ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชนศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่จัดตั้งขึ้น เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิดของศูนย์ชีวาภิบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา ผลการดำเนินงานของศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว เพื่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์.(2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 17(3) 235-43

2.นัทธมน หรี่อินทร์.(2564). ผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสานักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี ที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564

3.สุนิษา มะลิวัลย์.(2567). ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย ในอนาคตอีก 20 ปี : อนามัยพยากรณ์ อนามัยโพล์. [ออนไลน์]. https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198

4. เกศกนก จงรัตน์ ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด นันทวุฒิ วงศ์เมฆ นิพนธ์ รัตนคช.(2562). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 28(6). 1013-20

5. ชาญชัย เหลาสาร กัลยา ไชยสัตย์ วชิราภรณ์ วิทยาขาว.(2563). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(5). 813-21

6. ภาสกร สวนเรือง อาณัติ วรรณศรี สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์.(2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 12(3). 437-51

7.กระทรวงสาธารณสุข.(2567). คู่มือการดำเนินงานตามนโยบาย สถานชีวาภิบาล. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

8. ประเสริฐ สาวีรัมย์.(2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 16(1). 86-100

9. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2567). มาตรฐานและแนวทางการพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนและและองค์กรศาสนา. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

10. วิชาญ ทรายอ่อน.(2567). สถานชีวาภิบาล. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. สำนักวิชาการ สถานีวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์รัฐสภา

11. วารี ศรีสุรพล ชวลิต สวัสดิ์ผล.(2565). การพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสาร มจร บาฬีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (2022): ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565

12. ธีรนันท์ วรรณศิริ ดวงพร ผาสุวรรณ.(2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 8(2) .

13. อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ.(2567). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(3). 49-58

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

Development of prevention and health care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease Chiang Klang District, Nan Province

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

ธมภร โพธิรุด[1] จิรพันธ์ อินทรศักดิ์[1] กัญชริญา ส่องสี[2]
Thammaporn Pohpiroot[1] Jirapan Intarasak[1] Kanchariya Songsi[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เชิงคุณภาพ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน 40 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 คน ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน 2565 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย แบบประเมินผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต แบบบันทึกระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที และแบบเก็บข้อมูลด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t test

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 1) ระบบบริการสุขภาพสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย 3) การสนับสนุนการตัดสินใจให้กับบุคลากรทีมสุขภาพ 4) ระบบฐานข้อมูลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) การสร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม ผลการใช้รูปแบบฯ พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 8.80, 14.78$) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย และผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = -12.23, -10.02$) ตามลำดับ และพบว่าผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วย, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study was action research aimed to development and to study the outcomes of using a model for prevention and care patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Sample group consists of qualitative: 40 community health network partners; quantitative: 30 patients with COPD. Data collection was conducted during October 2021 to September 2022. Quantitative instruments include a general data collection form, a behavior assessment form, a severity assessment form for shortness of breath, an assessment form for the impact of COPD on quality of life, the distance of 6-minute walk-test form, and a patient care quality data collection form. Statistics used include percentages, standard deviations, and a before-and-after comparison using the Paired t test.

Results of the study found that the prevention and health care model for patients with COPD composed of 7 elements :1) Healthcare system for COPD 2) Support self-care for patients 3) Support decision-making for personnel 4) database of COPD 5) Create a health-promoting policy in the community 6) Create a health-promoting environment for patient care in the community 7) Strengthen the integrated community and participation. The results of using the model resulted in improved self-care behavior, increased the distance of 6-minute walk-

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระพุทธบาท จังหวัดน่าน

test.Statistical difference test found was significantly reduced at p <.05, t = 8.80, 14.78, reduced severity of shortness of breath, reduced impact of COPD on quality of life. Statistical difference test found was significantly reduced at p <.05, t = -12.23, -10.02 and improved patient care quality.

Keywords: the prevention and care model, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease; COPD) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรังและการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการรายงานขององค์กรอนามัยโลกพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี ค.ศ. 2020 จำนวน 235 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 3.23 ล้านคน[1] และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง[2] สำหรับประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2562-2564 มีอัตราป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 386.17 336.24 และ 273.41 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ[3] มีอัตราการเสียชีวิตจำนวน 14.01, 12.15 และ 11.28 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 8[4] มีภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นจึงปัญหาสำคัญของประเทศไทย[5]

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอยู่ตลอดเวลาและมักเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอักเสบเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติในหลอดลมและเนื้อปอดจากการกระตุ้นของอนุภาคหรือก๊าซที่เป็นอันตราย (noxious particles or gases) สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ มลพิษทางอากาศ การสัมผัสสารอันตรายและพันธุกรรม[6] ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการหอบเหนื่อยรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยแม้ออกแรงเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การทำบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นจะเห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน[7,8] การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเป้าหมายสำคัญ คือลดอาการในปัจจุบันโดยบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง เพิ่มความทนในการออกกำลังกายและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยป้องกันการดำเนินของโรค ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ และลดอัตราการเสียชีวิต[6]

สำหรับอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่เนื่องจากเป็นแหล่งปลูกยาสูบ มีความนิยมในการสูบบุหรี่มาก มีการเผาขยะในชุมชน มีการเผาทำลายป่าจำนวนมาก การได้รับควันไฟจากฟืนที่ใช้ในการประกอบอาหาร โดยพบสถิติผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 250, 258 และ 242 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 3 ของโรงพยาบาล เป็นโรคที่มีผู้ป่วยมาพักรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งของแผนกผู้ป่วยใน ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา และยังมีอัตราการกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 131.82, 133.71 และ 121.78 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 55.94, 54.81 และ 66.56 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น[9]

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมา พบว่าเป็นการให้บริการที่เน้นการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล การให้บริการผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมองค์รวม ขาดการบูร

ณาการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยเฉพาะการให้ชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขาดการบริการเชิงรุกในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุนชน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตลดลง และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพโรคเรื้อรังพบว่า รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic care model: ECCM) ของบาร์และคณะ[10] (Barr, et al, 2003) ที่พัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ของวากเนอร์และคณะ[11] Wagner et al. (1999) ได้มีการนำไปใช้ในโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหืด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีรายละเอียดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชนที่ชัดเจน และให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (prevention/health promotion) เพิ่มมากขึ้น เป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถเชื่อมโยงการดูแลทุกภาคส่วนทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ส่งผลให้กับผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่วิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังภาคขยายมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และส่งเสริมการเฝ้าระวังป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจะสามารถลดภาระโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลได้แก่ อัตราการกำเริบเฉียบพลัน อัตราการกลับมารับบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใน 28 วัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน นี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 รวมระยะเวลา 12 เดือน การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ฯ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ ฯ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปรับปรุงให้เหมาะสม ระยะที่ 4 นำรูปแบบฯ จากระยะที่ 3 ไปใช้และประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลและชุมชน (research1: R1) ทำการศึกษาเดือนตุลาคม 2564 รวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจาก 4 ส่วน ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สนทนากลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชนและอสม. สำหรับกลุ่มผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที และผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความถูกต้อง คืนข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ และสรุปประเด็นปัญหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (design and

development: D1) เป็นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ ฯ ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย ของบาร์และคณะ (Barr et al., 2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ทำการศึกษาเดือนตุลาคม 2564 ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ประเมินผล (research2: R2) และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม (design2: D2) เป็นขั้นตอนของการทดลองใช้รูปแบบ ฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อประเมินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยนำไปศึกษากับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ราย หลังสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ที่ได้ร่วมกับการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นำข้อมูลทั้งหมดมาปรับปรุงรูปแบบฯ ให้เหมาะสมกับบริบทมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 การนำไปใช้จริงและประเมินผล (research3: R3) ผู้วิจัยนำรูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังปรับปรุงแล้วนำไปใช้จริง ออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ในเชิงคุณภาพ คือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 40 คน ในเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลางจังหวัดน่าน ในช่วงการศึกษาทั้งหมด จำนวน 40 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพ คือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงกลาง สาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พระพุทธบาท หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลเชียงกลาง หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และบุคลากรในหน่วยงานท้องถิ่น 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 12 คน ประกอบด้วย บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลเชียงกลาง 5 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.พระพุทธบาท 7 คน และ 3) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 23 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลางจังหวัดน่าน จำนวน 30 คน โดยมีการคำนวณตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตาราง Sample Size Estimate Effect[12] โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ที่เป็นอำนาจที่มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับได้[13] ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และใช้ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง =.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 เป็น 30 คนเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) และทำการสุ่มจากทะเบียนรายชื่อ จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือในเชิงคุณภาพ ในการจัดกิจกรรม คือ สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้ป่วย ทบทวน ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย และสรุปผลการดำเนินงาน จำนวน 4 ชุด ดังนี้

1.1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหาร ประเด็นในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย นโยบาย และระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของบุคลากรทีมสุขภาพ ประเด็นในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ระบบบริการในโรงพยาบาล และระบบบริการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

1.3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชนและอสม. ประกอบด้วย นโยบายสาธารณะ

ที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

1.4) รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ.83

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 8 ชุด ดังนี้

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ดูแล ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค

2.2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 31 ข้อ ได้แก่ ด้านบริหารการหายใจ 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ ด้านการบริหารยา 6 ข้อ ด้านโภชนาการที่ดี 8 ข้อ ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลาย 5 ข้อ และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ 4 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำให้คะแนน 1-4 ตามลำดับ การแปลความหมายของระดับใช้คะแนนรวมดังนี้ คะแนน 93.1-124.00 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 62.1-93.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 31-62.00 หมายถึง ระดับต่ำ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเวียงสา จำนวน 30 คน คำนวณหาความเชื่อมัน (Reliability) โดยใช้สูตร Kudur-Richardson 20 (KR-20) และ .93

2.3) แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ ประเมินโดยใช้แบบวัดที่ดัดแปลงจากแบบประเมินอาการหายใจเหนื่อยหอบชนิดประมาณค่าด้วยสายตา (dyspnea visual analogue scale: DVAS)[14] ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวตั้งยาว 100 มิลลิเมตร ตำแหน่งล่างสุดของแบบวัด เป็นตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ และเพิ่มขึ้นระดับละ 10 มิลลิเมตร เมื่อมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง 100 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากที่สุด โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองโดยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงที่แสดงถึงอาการหายใจเหนื่อยหอบในขณะนั้น

2.4) แบบผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต (COPD Assessment test score: CAT Score) เป็นแบบประเมินอาการความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองทั้งหมด 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อระหว่างดี 0 คะแนน จนถึงแย่มาก 5 คะแนน แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน เต็ม 40 คะแนน

2.5) แบบบันทึกระยะทางที่เดินบนพื้นราบในระยะเวลา 6 นาที (Six-minute walk test: 6MWT) เป็นการทดสอบความสามารถในการออกกำลังกาย โดยมีหน่วยวัดเป็นเมตร

2.6) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ได้แก่ อัตราการกำเริบเฉียบพลัน อัตราการกลับมารับบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใน 28 วัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .83 เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย (DVAS) แบบประเมินผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต (CAT Score) แบบบันทึกระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที เป็นเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบและได้มาตรฐานในระดับสากล เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับในกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การตรวจสอบความตรงของ

เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) มากกว่า 0.55 จากนั้นนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเวียงสา จำนวน 30 ชุด คำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเอง ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เลขที่ NAN REC 64-22 ลงวันที่ 18 กันยายน 2564

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา แนวทาง และรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ส่วนมากเป็นเพศชายร้อยละ 73.33 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.33 รองลงมาเกษตรกรรม ร้อยละ 36.67 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.67 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60 แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 เลิกบุหรี่แล้ว ร้อยละ 76.67 ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ 26-30 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมา 21-25 ปี ร้อยละ 16.67 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 60 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในภาวะน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับ 2 ร้อยละ 73.33

เชิงคุณภาพ

1. ระบบบริการสุขภาพ นโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีนโยบายที่เน้นเชิงรับ โดยมีการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งรับที่โรงพยาบาลทั้งแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน และการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวันศุกร์ช่วงเช้าโดยแยกให้บริการคลินิกเฉพาะโรค มีการวางแผนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และ รพ.สต. แต่ไม่เป็นระบบที่ชัดเจน เป็นการวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในบางรายที่ผ่านการดูแลจากโรงพยาบาล โดยบุคลากรทีมสุขภาพ ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงในชุมชนและภาคีเครือข่ายในดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้ระบบบริการยังไม่ต่อเนื่องครอบคลุมองค์รวม

2. การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย พบว่ามีการให้ความรู้และคำแนะนำ แต่จะให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ โดยเป็นการให้ความรู้ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลในช่วงซักประวัติ และให้คำแนะนำทั่วไปโดยพยาบาลขณะออกใบนัดก่อนกลับบ้านในระยะเวลาสั้น ซึ่งการให้ความรู้จึงไม่ครอบคลุมและเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่วนการสนับสนุนการดูแลตนเองในชุมชน พบว่าเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำโดยทั่วไป ไม่มีการให้ความรู้ที่เฉพาะโรค เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

3. การสนับสนุนการตัดสินใจ พบว่า เจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้การอบรมวิชาการอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่วนเจ้าหน้าที่ในแผนกอื่นและเจ้าหน้าที่ในชุมชน พบว่ายังขาด

ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ส่วนแนวทางการดูแลผู้ป่วยพบว่ามีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ใช้ในโรงพยาบาล แต่แนวทางการปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ยังไม่ชัดเจน

4. การออกแบบระบบบริการ พบว่าการออกแบบการให้บริการยังไม่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังขาดการสื่อสารส่งต่อผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ดูแลในชุมชนและภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแล การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากยังไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานเนื่องจากยังไม่มียาบางชนิดในโรงพยาบาล เช่น ยาต้านมัสคารินิกออกฤทธิ์นาน (Long-Acting Muscarinic Antagonist: LAMA) ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับยาจากโรงพยาบาลน่าน ซึ่งอยู่ห่างไกลและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงยังไม่แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ชัดเจนที่รพ.สต.

5. ระบบข้อมูลทางคลินิก พบว่าทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่เป็นปัจจุบัน มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ แต่ยังไม่ครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญที่จะนำมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ และฐานระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงไปยังรพ.สต. ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้

6) การสร้างนโยบายสาธารณที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่ามีมาตรการในภาพรวม เช่น การรณรงค์ให้ลดการหยุดเผาเพื่อร่วมลดมลพิษทางอากาศ แต่ยังพบการเผาขยะในหมู่บ้าน มีกฎห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยราชการ โรงพยาบาล และโรงเรียน แต่ในหมู่บ้าน เช่น วัด ตลาด ยังมีการสูบบุหรี่

7) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่าขาดแหล่งสนับสนุนในการออกกำลังกายในชุมชน ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการออกกำลังกายน้อย ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายภายในหมู่บ้านที่ชัดเจน และไม่มีอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย และเป็นพื้นที่ปลูกยาสูบมีการตากยาในพื้นที่สาธารณะ

8) การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ไม่ทราบข้อมูลปัญหาและความต้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ของตน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมีน้อย ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ผู้วิจัยประยุกต์ตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 1) ระบบบริการสุขภาพสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย 3) การสนับสนุนการตัดสินใจให้กับบุคลากรทีมสุขภาพ 4) ระบบฐานข้อมูลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) การสร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม

3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

3.1) ผลการพัฒนาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 78.76 คะแนน (S.D.=19.42) ภายหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 108.57 คะแนน (S.D.= 18.43) จากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=8.80 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=30)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	78.76	19.42	108.57	18.43	8.80	<.0001*

*****มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2) ผลการพัฒนาด้านผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย (DVAS) ก่อนพัฒนารูปแบบมีค่าคะแนนเฉลี่ย 36.12 (S.D.=7.85) ภายหลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย (DVAS) ลดลงเป็น 20.41 (S.D.=5.23) จากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t= -12.23

ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต (CAT score) ก่อนพัฒนารูปแบบ ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต มีค่าคะแนนเฉลี่ย 12.94 (S.D.=2.17) ภายหลังการพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต ลดลงเป็น 6.97 (S.D.=5.23) จากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t= -10.02

ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที (6MWT) ก่อนพัฒนารูปแบบ ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที มีค่าคะแนนเฉลี่ย 275.43 คะแนน (S.D.=42.57) ภายหลังการพัฒนาพบว่า ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที เพิ่มขึ้นเป็น 354.56 (S.D.=58.76) จากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t= 14.78 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=30)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		T	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย (DVAS)	36.12	7.85	20.41	5.23	-12.23	<.0001*
คะแนนผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต (CAT score)	12.94	2.17	6.97	1.93	-10.02	<.0001*
ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที (เมตร)	275.43	42.57	354.56	58.76	14.78	<.0001*

*****มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3) ผลการพัฒนาด้านคุณภาพการดูแล

การเกิดการกำเริบเฉียบพลัน ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่ามีผู้ที่เกิดการกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 จำนวน 7 ครั้ง ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ามีผู้ที่การเกิดการกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 จำนวน 4 ครั้ง

การกลับมารับบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่ามีผู้ที่กลับมารับบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.33 จำนวน 5 ครั้ง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่ามีผู้ที่กลับมารับบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 จำนวน 3 ครั้ง

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่ามีผู้ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 จำนวน 4 ครั้ง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า
มีผู้ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.33 จำนวน 1 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ในเชิงปริมาณ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนมากเป็นเพศชาย อายุส่วนมาก 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ ศาสนานับถือพุทธทั้งหมด อาชีพส่วนมากว่างงาน ระดับการศึกษาส่วนมาก ไม่ได้เรียน รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท แหล่งที่มาของรายได้ส่วนมากมาจาก เบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ประวัติการสูบบุหรี่ส่วนมากเคยสูบ ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่สะสมส่วนมาก 26-30 ปี ผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตร ดัชนีมวลกายส่วนมากน้ำหนักน้อยหรือผอม ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนมากระยะ 2 เนื่องจาก ผู้ป่วยเพศชายมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สะสมเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับการเป็นผู้สูงอายุ มีรายได้น้อย เป็นปัญหาสะสมในพื้นที่เป็นระยะเวลานาน จึงมีความจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน ในเชิงคุณภาพพบปัญหาการสร้างนโยบายสาธารณที่เอื้อต่อสุขภาพ ขาดการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ชุมชนขาดความเข้มแข็ง ระบบบริการสุขภาพขาดการบูรณาการเชื่อมโยงโดยมีภาคีเครือข่ายและชุมชน ขาดการติดตามเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุม การออกแบบการให้บริการยังไม่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่ครอบคลุมและเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ในชุมชนได้รับการอบรมไม่ครอบคลุม การบันทึกและจัดเก็บข้อมูลทางคลินิกไม่มีประสิทธิภาพและไม่เชื่อมโยงในการใช้ประโยชน์ร่วมกัน สอดคล้องการศึกษาของสินีนาฏ ทองสุข และอรสา กงตาล[15]

รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ประกอบด้วย 7 กระบวนการสำคัญดังนี้ 1) ระบบบริการสุขภาพสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย 3) การสนับสนุนการตัดสินใจให้กับบุคลากร 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) สร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับปทมา สำราญ และเพชรไสว ลิ้มตระกูล[16]

ผลการใช้รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยลดลง ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิตลดลง ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาทีดีขึ้น อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันลดลง อัตราการกลับมารับบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง เนื่องจากเป็นรูปแบบพัฒนาเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจริงจัง สร้างองค์ความรู้และพฤติกรรมที่ดีในผู้ป่วย ตลอดจนประสานงานกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและคนในชุมชนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลในทุกด้านจนประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ สุริยาทัย[17]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. การนำรูปแบบป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปใช้ควรพิจารณาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของเขตพื้นที่บริการของตนเอง

2. การนำรูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ไปใช้ควรดำเนินการแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

3. ควรนำรูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปพัฒนาต่อยอดสำหรับดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหลาย ๆ รูปแบบ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่และบุคลากรโรงพยาบาลเชียงกลาง ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอเชียงกลาง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงกลาง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease, (2024). Retrieved August, 11, 2024, from https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)
2. World Health Organization. The top 10 causes of death, 2020. Retrieved August, 11, 2024, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกตามเพศ รายภาค กรุงเทพมหานคร และสาเหตุการป่วย (ตารางการป่วยตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10: 298 กลุ่มโรค) ปี พ.ศ. 2564 (ต่อ) จาก https://spd.moph.go.th/
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุ (บท) การตาย 10 กลุ่มแรก (ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2560-2564 https://spd.moph.go.th/
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประชุมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2560. ค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2564, จาก https://www.nhso.go.th/frontend/ NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD, 2022. Retrieved October, 22, 2022, from https://goldcopd.org/2022-gold-reports/
7. Ding. B., Mark. M., Bergstrom. G., Holmgren. U. COPD symptom burden: impact on health care resource utilization, and work and activity impairment. 2017. Retrieved August, 20, 2024, from https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/COPD.S123896?needAccess=true
8. Hurst. J. R., Siddiqui. M. K., Singh. B., Varghese. P., Holmgren. U., & Nigris. E. 2021. A Systematic Literature Review of the Humanistic Burden of COPD. Retrieved August, 20, 2024, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34007170/
9. โรงพยาบาลเชียงกลาง หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ. (2561). รายงานประจำปี พ.ศ. 2562-2564. น่าน: ผู้แต่ง.

10. Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S., (2003), The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly, 7(1), 73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763
11. Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. and Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action. Health Affairs, 20, 64-78.
12. Grove, S., Burns, N., & Gray, J. The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation (7ed) 2013. Missouri; Elesevier Saunders.
13. Gray, J, R., Grove, S, K., & Sutherland, S. Burns and Grove's the Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (8ed). 2016. Philadelphia:
14. Gift, A.G. (1989). Validation of vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabilitation Nursing, 14(6), 323-325. doi: 10.1002/j.2048-7940.1989. tb01129.x
15. สินีนาฏ ทองสุข และอรสา กงตาล. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2564, 44(2). 86-97.
16. ปทมา สำราญ และ เพชรไสวลิ้มตระกูล. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556, 31(1). 16-23.
17. จุฬารัตน์ สุริยาทัย. ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557, 1(1). 72-82.

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐของบุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

EFFECTS OF ENGAGEMENT AND VALUATION ON BEHAVIORAL CHANGES IN ASSESSING INTEGRITY AND TRANSPARENCY IN THE OPERATIONS OF GOVERNMENT AGENCIES AMONG STAFF AT PRANGKU HOSPITAL, PRANGKU DISTRICT, SISAKET PROVINCE

(Received: December 18,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

จิราวรรณ พรหมมานนท์[1]
Girawan Prommanont[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐของบุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลอง คือ บุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ บุคลากรโรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม 2567 ถึง 15 พฤศจิกายน 2567 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการมีส่วนร่วม ทัศนคติ ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การให้คุณค่า, คุณธรรมและความโปร่งใส, หน่วยงานภาครัฐ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of participation and value-driven engagement on the modification of behavior related to moral and transparency evaluations in the operations of public sector personnel at Prang Ku Hospital, Prang Ku District, Sisaket Province. The sample consisted of 60 individuals, divided into two groups of 30. The experimental group comprised personnel from Prang Ku Hospital, Prang Ku District, Sisaket Province, while the comparison group consisted of personnel from Huai Thap Than Hospital, Huai Thap Than District, Sisaket Province. The experimental group underwent the program for a period of 12 weeks. Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the experiment, from August 15, 2024, to November 15, 2024. Data analysis involved paired t-tests to compare mean score differences within groups and independent t-tests to compare between groups, with a significance level set at 0.05.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in participation, attitudes, intentions, perceived self-efficacy, social support, and behaviors in public sector operations compared to both the pre-intervention phase and the comparison group (p-value < 0.001).

Keywords: Participation, Valuation, Integrity and Transparency, Government Agencies

บทนำ

การส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐเป็นหัวใจสำคัญของ

[1] โรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

การบริหารราชการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจในระบบราชการและความเชื่อมั่นของประชาชนในองค์กรรัฐ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา โดยมีการพัฒนากรอบการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยงานและประชาชน ซึ่งการประเมิน ITA ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐ โดยการสร้างกระบวนการประเมินที่มีความเป็นระบบ (Systematic) สม่ำเสมอ (Sustainable) และสามารถวัดผลได้ (Measurable) นอกจากนี้ ITA ยังสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมความโปร่งใสและเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ ซึ่งมีส่วนช่วยในการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและเสริมสร้างธรรมาภิบาล (Good Governance) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบ MOPH ITA ซึ่งเน้นการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะและการประเมินผลที่มีความต่อเนื่อง (Continuous Improvement) เพื่อตอบสนองต่อแผนแม่บทยุทธศาสตร์ชาติด้านการต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ รวมถึงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)[1]

การส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงานภาครัฐถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับประสิทธิภาพการบริหารงานและสร้างความไว้วางใจจากประชาชน จากการศึกษาของกรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม[2] พบว่า การวางรากฐานการเสริมสร้างคุณธรรมที่เข้มแข็งในครอบครัว การศึกษา และศาสนา รวมถึงการใช้สื่อดิจิทัลเป็นเครื่องมือสำคัญ ช่วยส่งเสริมคุณธรรมในกลุ่มเยาวชนและสังคมในภาพรวม อย่างไรก็ตาม การศึกษาของวิษณุ คชรัตน์[3] ชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานภาครัฐส่วนใหญ่ยังเผชิญปัญหาการขาดความเข้าใจในหลักธรรมาภิบาล และการตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงานที่โปร่งใสและมีคุณธรรม เช่นเดียวกับที่ธภัทร ติระวัฒน์[4] พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณธรรมและความโปร่งใส ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่และการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องการการพัฒนาระบบและปลูกฝังค่านิยมในองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ในบริบทของโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ การส่งเสริมพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของบุคลากรเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากโรงพยาบาลในฐานะหน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อชีวิตประชาชน หากบุคลากรในโรงพยาบาลขาดการตระหนักถึงคุณธรรมและความโปร่งใส อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและความไว้วางใจของประชาชน การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าในกระบวนการทำงาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีของบุคลากรและสนับสนุนให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรต้นแบบด้านคุณธรรมและความโปร่งใส ทั้งนี้เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการบริหารงานและสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนในระบบบริการสาธารณสุข.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐของบุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

2) วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินงานของ

หน่วยงานภาครัฐที่ดีภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐของบุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดีของบุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) ซึ่งขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[5] จากงานวิจัยของศักดิ์สิน กุลบุตรดี [6] รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน หลังทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้ความสามารถของตน เท่ากับ 15.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 3.93 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้ความสามารถของตน เท่ากับ 18.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 3.09

1) กลุ่มทดลอง ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน

2) กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐของบุคลากรโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหาภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหา

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่โรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี เท่ากับ 0.887 ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี เท่ากับ 0.786 ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี เท่ากับ 0.804 การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี เท่ากับ 0.764 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี เท่ากับ 0.842 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ SPPH 2024-134 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 43.1 อายุเฉลี่ย 43.13 ปี (SD.= 7.66 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.1 มีมัธยฐานของรายได้ 39,905 บาท (P25= 27,300 บาท : P75= 50,000 บาท) โดยมีตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 23.5 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 18.46 ปี (SD.= 8.28 ปี)

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 42.9 อายุเฉลี่ย 44.30 ปี (SD.= 10.60 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.9 มีมัธยฐานของรายได้ 19,875 บาท (P25= 12,000 บาท : P75= 50,000 บาท) โดยมีตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 18.4 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 17.80 ปี (SD.= 11.85 ปี)

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

ที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดีภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ทัศนคติในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี ความตั้งใจในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ดีสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\overline{X}$	SD	$\overline{d}$	95%CI	t	p-value
การมีส่วนร่วม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.06	1.94				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	9.16	2.13	1.90	0.84-2.95	3.60	0.0007**
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	16.93	1.92				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	10.10	2.90	6.83	5.55-8.10	10.73	<0.001**
ทัศนคติ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	17.76	2.26				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	17.53	2.06	0.23	-0.88-1.35	0.41	0.678
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	27.03	1.77				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	16.23	5.11	10.80	8.82-12.77	10.93	<0.001**
ความตั้งใจ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.73	1.43				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	8.86	1.45	-0.13	-0.88-0.61	-0.35	0.722
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	16.63	3.38				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	8.63	1.86	8.00	6.58-9.41	11.32	<0.001**
การรับรู้ความสามารถของตน	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	24.40	1.61				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	24.63	1.06	-0.23	-0.93-0.47	-0.66	0.510
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	27.46	1.90				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	23.63	1.27	3.83	2.99-4.67	9.15	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	12.96	3.89				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	12.66	3.50	0.30	-1.36-1.96	0.36	0.719
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.46	1.04	8.43	7.18-9.67	13.56	<0.001**

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		กลุ่มเปรียบเทียบ	12.03	3.24				
พฤติกรรมการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30.76	2.16	2.46	1.53-3.40	5.28	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	28.30	1.36				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	41.33	1.84	16.27	15.37-17.16	36.31	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทีย	25.06	1.61				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่ามีผลกระทบเชิงบวกที่ชัดเจนต่อพฤติกรรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของบุคลากรในโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าในกระบวนการทำงาน ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จากผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยในหลายมิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วม ทัศนคติ ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรมและความโปร่งใส ซึ่งสามารถสะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมที่นำมาใช้ และสนับสนุนข้อค้นพบจากการศึกษาของกรมการศาสนากระทรวงวัฒนธรรม[2] ที่ระบุถึงความสำคัญของการวางรากฐานด้านคุณธรรมในองค์กรผ่านการส่งเสริมการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรภาครัฐที่มีบทบาทสำคัญในสังคม การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่สังเกตได้จากกลุ่มทดลอง ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิษณุ คชรัตน์[3] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมทัศนคติในเชิงบวกและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสามารถแก้ไขปัญหาการขาดความเข้าใจในหลักธรรมาภิบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับปรุงวัฒนธรรมองค์กรให้ยึดมั่นในคุณธรรมและความโปร่งใสช่วยเพิ่มความไว้วางใจในองค์กร และยังสนับสนุนให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงานอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสนับสนุนแนวคิดของขจรศักดิ์ ว่องไว[7] ที่กล่าวถึงผลเชิงบวกของการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล เช่น การกระจายอำนาจ ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วม โดยหลักการเหล่านี้ช่วยส่งเสริมความเป็นระบบและความโปร่งใสในองค์กร ซึ่งจะนำไปสู่ประสิทธิผลที่ดีขึ้นในระยะยาว การที่กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีศักยภาพสูงในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรในทางที่ดีขึ้น ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของหทัยพร อ้วนภักดี[8] พบว่าโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถรักษาระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในระดับสูงได้อย่างต่อเนื่องจากการประเมิน ITA ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปลูกฝังค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดมั่นในคุณธรรมและความโปร่งใส การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการรักษามาตรฐานการบริหารงานที่โปร่งใส

ดังนั้น ผลการวิจัยนี้ไม่เพียงแต่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น แต่ยังสนับสนุนความสำคัญของการส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

หน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาล ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความไว้วางใจของประชาชน การพัฒนาความเข้าใจในหลักธรรมาภิบาล การสร้างการมีส่วนร่วม และการให้คุณค่าในทุกระดับขององค์กรจึงเป็นแนวทางสำคัญที่ควรนำไปใช้ในอนาคตเพื่อยกระดับมาตรฐานการบริหารงานภาครัฐในระยะยาว.

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการใช้โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและการให้คุณค่าไปยังหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถใช้งานได้ในระดับที่กว้างขึ้น โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการสาธารณะ

2. ควรมีการติดตามและประเมินผลพฤติกรรมด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของบุคลากรในระยะยาวหลังจากการสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อวิเคราะห์ความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และหาแนวทางปรับปรุงหากพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมาย

3. ควรส่งเสริมบทบาทของผู้บริหารระดับสูงในองค์กรให้มีส่วนร่วมในโปรแกรมมากขึ้น เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสในองค์กร รวมถึงการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทุกระดับร่วมมือกันอย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข, 2566.

2.กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม. รายงานการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แผนแม่บทส่งเสริมคุณธรรมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2559 - 2564) ฉบับสมบูรณ์. นครปฐม: เพชรเกษมพริ้นต์ดิ้ง กรุ๊ป จำกัด, 2564.

3.วิษณุ คชรัตน์. แนวทางการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ : กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลบางขันแตก จังหวัดสมุทรสงคราม. โครงการรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2564.

4.ธภัทร ติระวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในโรงพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2563; 29(2): 99-110.

5.Lemeshow, S. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons, 1990.

6.ศักดิ์สิน กุลบุตรดี. รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2565; 7(2): 160-171.

7.ขจรศักดิ์ ว่องไว. การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารงานในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2562.

8.หทัยพร อ้วนภักดี. ผลการพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) โรงพยาบาลคำม่วงอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ปี 2560-2563. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2563; 5(3): 23-29.

ความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตภาคเหนือ

Knowledge and Behaviors about Stroke Prevention among People Risky to Stroke, in the North of Thailand.

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

พรรณพิไล สุทธนะ[1] ปิ่นนเรศ กาศอุดม[2] ดาราวรรณ บุญสนธิ[3]
Phanphilai Sutthana[1], Pinnarate Gadudom[2], Darawan Bunsonti[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 385 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (KR-20) เท่ากับ .64 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Cronbach's alpha) เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.66 อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 59.74 BMI อยู่ในช่วง 23-24.90 (ท้วม หรือ โรคอ้วนระดับ 1) มากที่สุด ร้อยละ 58.70 ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) อยู่ในช่วง 121-129 mmHg มากที่สุด ร้อยละ 74.03 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 63.38 แต่ไม่เคยได้ยินคำว่า “ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง” ร้อยละ 79.74 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.49 รับรู้ว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.49 และ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.10

คำสำคัญ: ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง, พฤติกรรมป้องกัน, กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This survey research aimed to explore the level of knowledge and behaviors about stroke prevention, among people at risk of stroke, in the North of Thailand. The sample was 385 persons with stroke risk. The research instrument was a questionnaire evaluating people’s knowledge about stroke prevention with KR-20 of .64, and a questionnaire of behaviors regarding stroke prevention with Cronbach’s alpha of .82. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The finding revealed that 57.66% of the sample were female, and 59.74 % of those aged between 51-60. Also, 58.70 % had a BMI between 23.00 and 24.90 (overweight to grade I of obesity), while 74.03% reported a systolic blood pressure of 121-129 mmHg. Regarding knowledge about stroke prevention, 63.38% of those received information about stroke and related diseases. Noticeably, 79.74% did not know about “acute stroke fast tack”, and 86.49% did not consider themselves as risky to stroke; meanwhile, 66.49% had a low level of stroke knowledge. Regarding behavior about stroke prevention, 76.10 of those reported a moderate level of stroke prevention. These findings offer information that can be used to provide a strategy promoting people's

[1] อาจารย์ ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
[3] อาจารย์ ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ Corresponding author Email: darawan.b@bcnph.ac.th

knowledge and behaviors about stroke prevention, especially in a group risk of stroke living in the North of Thailand.

Keywords: stroke knowledge, protective behaviors, people's risk to stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเกิดจากการตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้สมองขาดเลือดและออกซิเจน นำไปสู่การทำลายของเซลล์สมองและการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย อาการเหล่านี้จะคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง[1] โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังมีแนวโน้มการเกิดเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ในประชากรอายุ 15-69 ปี โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 1 คนทุก ๆ 6 วินาที โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง[2] สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน[3] ปี 2563-2567 พบอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1 เท่ากับร้อยละ 0.61, 0.61, 0.61, 0.63 และ 0.64 ตามลำดับ[4]

แม้โรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ แต่โรคนี้สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย งดการดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ หรือการรับควันบุหรี่จากผู้อื่น และการจัดการทางด้านอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะอ้วน[4] นอกจากวิธีป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ประชาชนควรรู้อาการหรือสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองตามหลักการ BEFAST ดังนี้ B (Balance) เสียการทรงตัว เดินเซ วิงเวียน E (Eye) มองไม่เห็น มีอาการตามืดบอดด้านเดียวหรือ 2 ข้างทันที มองเห็นภาพซ้อน ปิดตา 1 ข้างหาย F (Face) ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยวเฉียบพลัน A (Arm) แขน ขา อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก S (Speech) พูดไม่ชัด เสียงเปลี่ยน ลิ้นแข็ง พูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่ออกทันทีทันใด T (Time) หากมีอาการให้รีบโทรสายด่วน 1669 และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว หรือภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที หากไปพบแพทย์ช้า อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรืออาจจะกลายเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

นอกจากผลกระทบด้านการเสียชีวิตแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว เนื่องจากโรคนี้ก่อให้เกิดความพิการถาวร ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคนี้มักประสบข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาระที่หนักขึ้นแก่ครอบครัว ญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเผชิญกับภาวะความเครียดจากการต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัวและอาจจำเป็นต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว[5]

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเพิ่มพูนความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอด

เลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงในเขตภาคเหนือยังมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้การวิจัยในเรื่องนี้มีความจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและดำเนินการป้องกันโรคในกลุ่มเป้าหมาย

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในเขตภาคเหนือของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อกลุ่มเสี่ยงในเขตภาคเหนือในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตภาคเหนือ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากร

ประชาชนที่มีอายุ 40 – 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบคัดกรองด้วย ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี โดยมีผลการตรวจระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 121/81 - 139/89 mmHg และ BMI เกินค่ามาตรฐาน (≥23) ในเขตภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 40 – 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบคัดกรองด้วย ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และผลการตรวจ มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 121/81 - 139/89 mmHg และ BMI เกินค่ามาตรฐาน (≥23) ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำมวบ อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่มเย็น อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. มีอายุ 40–60 ปี

2.ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบคัดกรองด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และผลการตรวจ มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 121/81-139/89 mmHg และ BMI ≥23

3. เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

$N = (Zc Ó / em)2$

เมื่อ N = จำนวนตัวอย่างประชากร

Zc = 1.96 ระดับความมั่นใจ 95 %

em = ค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่ยอมรับได้

Ó = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประชากร

แทนค่าสูตร $N = (Zc Ó / em)2$

$= (1.96 \times 10) 2$

$= 384.16$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 385 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 15 % เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 443 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของปิยะนุช จิตตนูนท์ และคณะ (2564) ที่ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการเตือน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองและการช่วยเหลือบุคคลอื่นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำตอบ เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 16 ข้อ ข้อความทางลบ 17 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (15 ข้อ) การออกกำลังกาย (5 ข้อ) การจัดการความเครียด (5 ข้อ) การสูบบุรี่ (4 ข้อ) การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1-5 คือ 1 ไม่ปฏิบัติ และ 5 ปฏิบัติเป็นประจำ (ข้อคำถามทางบวก) และ 5 ไม่ปฏิบัติ และ 1 ปฏิบัติเป็นประจำ (ข้อคำถามทางลบ)

ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (KR-20) เท่ากับ .64 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Cronbach's alpha) เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย นัดหมายและชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมการวิจัยให้เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานการวิจัย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลที่มีการวัดในระดับนามมาตราและอันดับมาตรา ได้แก่ เพศ สถานภาพ ศาสนา อาชีพ การศึกษา เป็นต้น และหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่มีการวัดในระดับช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว เป็นต้น

2. วิเคราะห์ระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้าน โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ รหัสโครงการ PPH No. 022/2567 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 385 คน อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา จังหวัดน่าน และจังหวัดแพร่ ร้อยละ 33.50,

33.25, 33.25 ตามลำดับ เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.34 เพศหญิง ร้อยละ 57.66 อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 59.74 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็น ร้อยละ 93.51 สถานภาพการสมรสที่พบมากที่สุด คือ สมรส/คู่ ร้อยละ 68.57 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 49.35 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.26 ค่า BMI อยู่ในช่วง 23-24.90 (ท้วม หรือ โรคอ้วนระดับ 1) มากที่สุด ร้อยละ 58.70 ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) อยู่ในช่วง 121-129 mmHg มากที่สุด ร้อยละ 74.03 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต คิดเป็น ร้อยละ 63.38 แต่ไม่เคยได้ยินคำว่า “ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง” คิดเป็น ร้อยละ 79.74 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.49 รับรู้ว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต

2. ระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 66.49 และ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 76.10

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต การควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือดที่เหมาะสมสำหรับการลดความเสี่ยง รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สาเหตุที่อาจเป็นไปได้ของการขาดความรู้ดังกล่าว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอยในระบบต่างๆ และการรับรู้ว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างหลายคนไม่เคยได้ยินคำว่า “ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง” ซึ่งอาจส่งผลทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของไคลน์ดอร์เฟอร์ และคณะ ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกามีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ โดยเฉพาะในเรื่องปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือด และยังพบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง[11] การศึกษาในยุโรปโดยมุลเลอร์ และคณะ ยังชี้ให้เห็นว่าประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นผลการวิจัยที่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้[12]

ในด้านของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.10 ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่และการจัดการความเครียดที่อยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมักเลือกทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อน

เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันหรือการดูโทรทัศน์ ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพและการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาในญี่ปุ่นโดยอุเอะชิมะ และคณะ แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้[13]

ข้อเสนอแนะ

ควรนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วางแผนและจัดทำโปรแกรมในการส่งเสริมความรู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตภาคเหนือ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารการอ้างอิง

1. Truelsen T, Begg S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs): fact sheets. Geneva: WHO; 2020.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2563-2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ต.ค. 23]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/
5. นุชรี อาบสุวรรณ, และคณะ. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2553;40(3):12-21.
6. ธิดารัตน์ สุภานันท์, และคณะ. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2560;44(4):60-8.
7. สุดศิริ หิรัญชุนนะ. การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาล. 2561;45(2):12-20.
8. ปิยนุช ภิญโย, ภิตติภูมิ ภิญโย, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงค์, วิฑูรย์ เชื้อสวน, วชิรศักดิ์ อภิพัฒฐ์กานต์, ภาวินี พรหมบุตร. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการ. 2558;23(1):35-43.
9. Pramote T. Chronic care model: A guideline for the care of chronic disease patients. J Public Health. 2560;40(2):25-33.
10. Warlow C, Dennis M, van Gijn J, Hankey GJ, Sandercock PAG, Bamford J, et al. Stroke: Practical management. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
11. Kleindorfer DO, Miller R, Moomaw CJ, Alwell K, Broderick JP, Khoury J, Woo D, Flaherty ML, Schneider A, Kissela BM. Stroke knowledge among the general population: a population-based survey. Am J Prev Med. 2009;37(5):350-5.
12. Mueller S, Prell T, Klingelhoefer L, Lang M, Gartner U, Reichmann H. Knowledge of risk factors and warning signs of stroke. Stroke Res Treat. 2014;2014:190573.
13. Ueshima H, Sekikawa A, Miura K, Turin TC, Takashima N, Kita Y, et al. Impact of cardiovascular risk factors on stroke awareness among middle-aged Japanese men and women. Stroke. 2008;39(12):2886-92.

การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

The Development of the 'Bueng Kan 5D Plus' Health Management Village Model in Sophisai District ,Bueng Kan Province.

(Received: December 22,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

คำไฝ พลสงคราม[1] สัมพันธ์ เกษานุช[2]
Khamfai Polsongkram[1] Sampan Kesanuch[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส จังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส จังหวัดบึงกาฬ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Paired Samples t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับเรื่องการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส หลังการทดลอง ทีมนำสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (t = -6.04, p-value<0.001) การเปรียบเทียบค่าคะแนนการมีส่วนร่วม หลังการทดลองส่วนใหญ่ มีค่าคะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.0 (mean= 139.08 S.D.= 12.24) ซึ่งค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -5.88, p ≤ 0.00) และ การวัดความพึงพอใจในการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส จังหวัดบึงกาฬ หลังการทดลอง มีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ การพัฒนา, หมู่บ้านจัดการสุขภาพ, รูปแบบ

ABSTRACT

This research is a research and development study with the following objectives: 1) to develop a model for the Bueng Kan 5D Plus Health Management Village in Bueng Kan Province and 2) to compare the Bueng Kan 5D Plus Health Management Village before and after development. Data was collected through interviews and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation (S.D.), and inferential statistics using the Paired Samples t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data was analyzed using content analysis.

The results showed that: A comparison of knowledge scores regarding the assessment of the Bueng Kan 5D Plus Health Management Village after the experiment revealed that the health leadership team had significantly higher average knowledge scores than before the experiment, with statistical significance at 0.05 (t = -6.04, p-value < 0.001) and A comparison of participation scores after the experiment indicated that the majority of scores were at a moderate level, accounting for 86.0% (mean = 139.08, S.D. = 12.24), and the average participation score significantly increased compared to before the experiment (t = -5.88, p ≤ 0.00)., Satisfaction levels regarding the assessment of the Bueng Kan 5D Plus Health Management Village in Bueng Kan Province showed that after the experiment, scores at high and moderate levels significantly increased at a significance level of 0.05.

Keywords : Development, Health Management Village, Model

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
[2] นวก.สาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.บัวตูม

บทนำ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีนโยบายให้ประชาชนทุกคนมีทีมหมอครอบครัวช่วยดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) โดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศใน 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) การให้บริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence) การพัฒนาบุคลากร (People Excellence) และการบริหารที่มีธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในทุกช่วงวัย[1]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ 5 ปี (พ.ศ. 2565 – 2569) โดยใช้แนวทาง "Buengkan 5 5 5" ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาด้านการบริการสุขภาพ บุคลากร และการบริหารจัดการ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีสุขภาพดีตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น การเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 85 ปี และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังที่สำคัญ [2]

จากการประเมินผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา พบว่าตัวชี้วัดบางประการยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กและประชากรวัยทำงาน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้สามารถดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ[3]

อำเภอโซ่พิสัยเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ "บึงกาฬ 5 ดี พลัส" โดยเน้นการพัฒนาหมู่บ้านให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพที่กำหนด ในปีงบประมาณที่ผ่านมา มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส จำนวน 95 หมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์ประเมินถึง 81.05% โดยมีผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 8 ข้อ จากทั้งหมด 12 ข้อ คิดเป็น 66.67% และไม่ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ คิดเป็น 33.33% ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพระดับชุมชน แม้ว่าจะมีความสำเร็จในหลายด้าน แต่ยังคงมีบางประเด็นที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม เช่น การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกครัวเรือน[2]

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวตูม โดยใช้แนวทาง "บึงกาฬ 5 ดี พลัส" เพื่อยกระดับสุขภาพประชาชนให้ได้มาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจะสะท้อนถึงความสามารถในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนและเป็นระบบ อีกทั้งยังเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนทั้งจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส จังหวัดบึงกาฬ

สมมติฐานของการวิจัย

1. หมู่บ้านที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถผ่านการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส ได้

2. หลังเข้าร่วมการวิจัยหมู่บ้านมีความสามารถผ่านการประเมินหมู่บ้านตามเกณฑ์บึงกาฬ 5 ดี พลัส สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์รวบรวม ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา และสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาค้นคว้าวิจัย

1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี(Buengkan 5G plus)

1.3 ส่งขอจริยธรรมการวิจัย เสนอขอความเห็นชอบจากส านักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1.4 สร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

1.6 ติดต่อประสานงานทีมนำสุขภาพหรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี(Buengkan 5G plus) และหรือกลุ่มภาคีเครือข่ายองค์กรต่างๆ ในตำบลบัวตูม ซึ่งเป็นพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือการทำวิจัย

1.7 ติดต่อประสานงานแหล่งทุน เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย

1.8 ติดต่อประสานงาน เพื่อขออนุญาต ใช้ห้องประชุม วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ

1.9 จัดเตรียมแบบสอบถาม แบบบันทึกการประชุม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.10 วางแผนงานเพื่อดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1.11 ผู้ศึกษานัดประชุมทีมนำสุขภาพหรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี(Buengkan 5G plus) และหรือกลุ่มภาคีเครือข่ายองค์กรต่างๆ ในตำบลบัวตูม มาร่วมประชุม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน ประกอบด้วย ผู้ศึกษา ผู้ช่วยวิจัย ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ กิจกรรมและระยะเวลาในการวิจัยกับผู้เข้าร่วมประชุม

1.12 ผู้ศึกษานำข้อสรุปที่ได้จากการประชุมร่วมกับทีมนำสุขภาพหรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส (Buengkan 5G plus) มาปรับใช้ในการวางแผนดำเนินการในขั้นตอนการทดลองต่อไป

1.13 ผู้ศึกษาและทีมนำสุขภาพหรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี(Buengkan 5G plus) เพื่อทำการประเมินข้อมูลหมู่บ้านตนเองตามเกณฑ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประเมินหาส่วนขาดและโอกาสพัฒนาของหมู่บ้าน

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 ขั้นวางแผน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในทีมนำสุขภาพหรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส(Buengkan 5G plus) โดยการประชุมชี้แจงเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส ประชุมสนทนากลุ่ม (Group Discussion) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และหาแนวทางแก้ไข โดยใช้แบบประเมินตนเองของหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัจจุบันและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ตามเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส เป็นการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยประยุกต์การมีส่วนร่วมมาใช้ในการจัดทำแผนงานโครงการ/กิจกรรม

3. ขั้นติดตามประเมินผล

3.1 การติดตามผลการพัฒนาด้วยกระบวนการเยี่ยมเสริมพลังตามเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส และใช้การประเมินแบบการมีส่วนร่วมกับชุมชน

คณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส (Buengkan 5G Plus) (ทีมสุขภาพ) มีการประเมินหมู่บ้านตนเองก่อนเริ่มดำเนินการ เพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมินและค้นหาส่วนขาดแล้วนำไปวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านตามกรอบแนวคิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส (Buengkan 5G Plus)

ขั้นตอตที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการดำเนินงาน

1) ฝ้าระวังดูแลภาวะสุขภาพหรือเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ระบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องและแปลผลข้อมูลพร้อมทั้งเผยแพร่ข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อร่วมกันจัดวางกลไกในการติดตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นยกตัวอย่าง ระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่ในหมู่บ้าน

2) เก็บรวบรวมข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล การประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส (Buengkan 5G Plus) โดยมีแบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส (Buengkan 5G Plus)

3 ประชุมสรุปผลงาน/กิจกรรมที่ดำเนินกิจกรรม 5 ดี พลัส ผู้เกี่ยวข้องเพื่อคืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้รับทราบและสรุปเป็นบทเรียน (After Action Review : AAR) ซึ่งประเด็นที่ได้จากการทำ AAR คือ ประชาชนในหมู่บ้านได้รับประโยชน์อะไรจากการทำกิจกรรม

4) ประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้ เป็นการประเมินผลกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนา ซึ่งหมู่บ้านได้จัดทำแผนการพัฒนาไว้ และร่วมกับมีกิจกรรมซึ่งประกอบด้วยดังนี้

1) มีสถานที่แลกเปลี่ยน เรียนรู้ด้านสุขภาพในหมู่บ้าน หมู่บ้านมีศูนย์การเรียนรู้ หมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดีพลัส (Buengkan 5G Plus) หรือ เป็นแหล่งเรียนรู้ ศึกษาดูงานหรือเป็นสถานที่ที่มีคณะหรือกลุ่มบุคคลมาศึกษาเรียนรู้การพัฒนาหมู่บ้านให้มีความประสบผลสำเร็จด้านใดด้านหนึ่งได้

2) ร่วมกันผลิตนวัตกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส (Buengkan 5G Plus) อาจเป็นนวัตกรรมด้านกระบวนการหรือนวัตกรรมด้านสิ่งประดิษฐ์

3) มีบุคคลต้นแบบและ/หรือทีมต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้านในหมู่บ้านมีบุคคล ครอบครัวหรือคณะบุคคลที่มีการประพฤติปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างให้ชุมชนยึดถือและบอกต่อให้ประชาชนคนในหมู่บ้านเห็นพ้องและปฏิบัติตามได้

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) เครื่องมือวัดทุกฉบับ ได้ผ่านการพิจารณาด้านเนื้อหา ความหมาย และการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมตามโครงสร้างของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับขอบเขตของความรู้ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย (Item Objective Congruence : IOC) โดยนำเครื่องมือปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนี 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 (Cronbach, Lee Joseph. 1970 : 161) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-Coefficient) เท่ากับ .80 ขึ้นไป

4) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปพบผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง จนได้รับความเห็นชอบ นำไปจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์และนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการวิจัยประกอบด้วยทีมนำสุขภาพหรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี(Buengkan 5G plus) และหรือกลุ่มภาคีเครือข่ายองค์กรต่างๆ ในหมู่บ้าน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,พระสงฆ์,ครูและหรือบุคลากรทางการศึกษา,บุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยบริการและเครือข่ายอื่นที่มีในชุมชน ในเขตจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 8 อำเภอๆ ละ 2 หมู่บ้าน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคัดเลือกจากประชากร ในทีมนำสุขภาพหรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี ในเขตจังหวัดบึงกาฬ โดยเป็นผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดการดำเนินการวิจัย โดยคัดเลือกจาก 8 อำเภอ โดยการจับสลากเลือก 1 อำเภอ แล้วเลือกหมู่บ้านตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) 2 หมู่บ้านๆ ละ 28 คน รวมทั้งสิ้น 56 คน โดยผ่านเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) สร้างขึ้นตามจุดมุ่งหมายของเกณฑ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส

สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Paired Samples t–test

จริยธรรมงานวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ทีมนำสุขภาพ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.00 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.00 อายุส่วนใหญ่อายุ ระหว่าง 30 ปี – 39 ปี ร้อยละ 44.00 รองลงมาอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 22.00 (mean = 37.08 S.D. = 9.51) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70 ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 68.00 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.00 อาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 28.00

2. ความรู้เรื่องการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 และร้อยละ 12.00 อยู่ในระดับสูง หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการประเมิน

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.0 ซึ่งหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการให้ความรู้ เท่ากับ 27.24 และหลังการให้ความรู้ เท่ากับ 31.86 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การมีส่วนร่วมของทีมนำสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.0 หลังการทดลอง มีระดับคะแนนการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 2.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.0 ซึ่งหลังการทดลอง มีระดับคะแนนในระดับสูงและระดับปานกลาง เพิ่มขึ้น

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 131.66 และหลังการทดลอง เท่ากับ 139.08 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การวัดความพึงพอใจในการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส จังหวัดบึงกาฬ พบว่า อยู่ในระดับมาก (mean = 2.40) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังนี้ ได้รับความรู้/ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อไปปรับใช้ได้ (mean = 2.67) การจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อท่าน (mean = 2.57) เจ้าหน้าที่มีความสุภาพ เป็นมิตรและเป็นกันเอง สถานที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม (mean = 2.40) เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อมูล หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี (mean = 2.37) และที่กลุ่มมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ (mean = 2.17)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส จังหวัดบึงกาฬ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับเรื่องการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 (mean = 27.24 S.D.= 4.30) หลังการทดลอง มีระดับความรู้เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.0 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.0 (mean = 31.86 S.D.= 5.51) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส หลังการทดลอง ทีมนำสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (t = -6.04, p-value<0.001) สอดคล้องกับสุพจน์ กอบสันเทียะ[4] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พบว่า หลังดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้อยู่ในระดับ **สูง ($\bar{x}$ = 8.23)** มากกว่า ก่อนดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้อยู่ในระดับ **ปานกลาง ($\bar{x}$ = 6.76)** และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (**p-value < 0.001**) และ

สอดคล้องกับ ประสพ สารสมัคร[5] ที่ศึกษาการจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีพบว่าการจัดการความรู้และการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้แกนนำสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของสมประสงค์ ปิวไธสง [6] ที่พบว่า การพัฒนาองค์กรเครือข่ายจัดการสุขภาพของหมู่บ้านต้องเกิดจากความร่วมมือทั้ง 3 ภาคส่วนคือภาครัฐ ภาคประชาชนองค์ก รปกครองส่วนท้องถิ่นการพัฒนาศักยภาพเครือข่า ยได้เน้นการอบรมการจัดท าแผนการประชุมและการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ซึ่งการด าเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนตำบลสายออมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หลัก4 กิจกรรม คือ 1) กองทุนสวัสดิการเด็กแรกเกิดในพื้นที่ชุมชนตำบลสายออ 2)การเข้าถึงHealth Station ที่วัด 3)ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสุขใจใกล้บ้าน และ4)โรงเรียนวัดรอบรู้สร้างสุขภาพ

การเปรียบเทียบค่าคะแนนการมีส่วนร่วมก่อนการทดลอง ทีมนำสุขภาพส่วนใหญ่ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.0 (mean = 131.66 S.D.= 8.63) หลังการทดลองส่วนใหญ่มีค่าคะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.0 (mean = 139.08 S.D.= 12.24) ซึ่งค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -5.88, p <0.001) สอดคล้องกับ รักษมันต์ จันทะเป้, นฤมล สินสุพรรณ และสุทิน ชนะบุญ[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสว่าง ตำบลห้วยเตย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออกซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 3 โครงการ 1 กิจกรรม ได้แก่ 1) โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) โครงการชุมชนสว่างร่วมใจ คัดแยกขยะ 3) โครงการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออกในเด็กนักเรียน และกิจกรรมจิตอาสาร่วมใจใส่ใจสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มภาคีเครือข่ายต้องทำงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การปฏิบัติและการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ สุพจน์ กอบสันเทียะ[4] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หลังดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ **ดี** ($\bar{X}$ = 4.09) มากกว่าก่อนดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ **ดี** ($\bar{X}$ = 3.37) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และสอดคล้องกับ พงษ์รัตน์ ไกรพรม, จตุพร เหลืองอุบล, และสุกัญญา ลีทองดี[8] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้นำชุมชนมีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การรับประโยชน์ และด้านติดตามประเมินผล เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ทดลองมีการจัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการพัฒนาได้อย่างครบถ้วนและถูกต้องรวมทั้งเกิดการมีส่วนร่วม

ของชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้ผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพในที่สุด

การวัดความพึงพอใจในการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส จังหวัดบึงกาฬ ก่อนการทดลอง ทีมนำสุขภาพ มีระดับคะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางเพิ่มขึ้น การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวัดความพึงพอใจของทีมนำสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส ทีมนำสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการหลังจากขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือเพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากทีมนำสุขภาพที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการและดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยที่ผู้วิจัยแนะนำตัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเริ่มปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบสอบถาม 1 ชุด มี 4 ส่วนประกอบ คือ โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส ซึ่งประกอบด้วย การจัดการปัจจัยนำเข้า การขับเคลื่อนกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน กิจกรรมตามกรอบแนวคิดการพัฒนาหมู่บ้าน 5 ดี เช่น การสร้างทางเลือกดี (Good Choice) โภชนาการดี (Good Nutrition) สุขภาพฟันดี (Good Teeth) กาย ใจดี (Good Health)สิ่งแวดล้อมดี (Good Environment) ประเด็น PLUS การประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้าน 5 ดี การเฝ้าระวังดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัยในชุมชน การเป็นต้นแบบการจัดการสุขภาพหมู่บ้าน 5 ดี โดยการจัดอบรมให้ความรู้และการให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส โดยใช้ภาพพลิก แผ่นพับและการสนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดกิจกรรมและโครงการให้ตรงตามเกณฑ์ประเมินหมู่บ้าน กระตุ้นให้ทีมนำสุขภาพมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม จัดเวทีในการแลกเปลี่ยนและสะท้อนปัญหาในการมีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน เมื่อกระบวนการครบ 3 ครั้ง ให้ทีมนำสุขภาพทำแบบสอบถามพร้อมกับทำการวัดความพึงพอใจต่อเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส หลังการทดลองอีกหนึ่งครั้ง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ วัชรีภร ชูแก้วร่วง[9] การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการจัดการสุขภาพชุมชนและศึกษาแนวทางกาพัฒนากระบวนการจัดการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทราย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จาก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 26 คน กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทราย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน พระภิกษุ ครู กลุ่มชมรมผู้สูงอายุและเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบบังเอิญ จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การ ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการจัดการสุขภาพชุมชนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทราย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง มีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ 1) การสำรวจข้อมูล สำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน การสร้างทีมแกนนำซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน การออกแบบกิจกรรมการจัดการสุขภาพภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองประชาชน 2) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวที

ประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน 3) มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชนที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่น 4)ร่วมกันปฏิบัติตามแผนที่ได้จัดทำขึ้น 5) มีการประเมินผลจากกิจกรรมและโครงการต่างๆ 6) ร่วมกันสรุปถอดบทเรียน ในส่วนที่ยังบกพร่อง ก็นำมาปรับปรุงแก้ไข โครงการหรือกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จก็มีการขยายผลและเป็นต้นแบบให้กับรพ.สต.อื่นๆ ในการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และสอดคล้องกับสมบัติ สระสม[10] บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหารายข้ออยู่ระหว่าง 0.8 - 1 และสรุปค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคกำลังสองและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีส่วนร่วมด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนมากที่สุด และสอดคล้องกับ นางจริยา สีกงพลี [11] การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ โดยเลือกบ้านหนองบัวพัฒนา ตำบลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ศึกษา คัดเลือกแกนนำชุมชนจากกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้านจำนวน 35 คน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยนำเทคนิคแนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบบันทึกการประชุมสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ เป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของชุมชน โดยแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอนตามที่กำหนดไว้ 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบทและข้อมูลพื้นฐานสภาพการมีส่วนร่วมของชุมน 2) การศึกษาดูงานหมู่บ้านต้นแบบ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4) การปฏิบัติตามแผน 5) ประเมินผลการดำเนินงาน 6) การสรุปบทเรียนและพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเปลี่ยนแปลงดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ โดยใช้กระบวนการพัฒนา “3 ได้” คือ ได้ใจ ได้งาน ได้สำเร็จ โดยสรุปกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบในครั้งนี้ สามารถทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและประสบผลสำเร็จในการพัฒนา เป็นกระบวนการพัฒนาที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบท

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ คือ (1) การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ร่วมกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ของบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (2) การใช้ทีมนำสุขภาพและเครือข่ายในการทำงานที่มีส่วนร่วมและมีความเข้าใจในสภาพพื้นถิ่น ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้ปฏิบัติงานจริง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนล้วนเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้การพัฒนา

ด้วยการมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการวางแผนซึ่งมีการร่วมคิด ร่วมทำและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมทำให้เกิดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพของหมู่บ้าน ตลอดจนการติดตามประเมินผลการพัฒนาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ส่งผลให้อำเภอโซ่พิสัยผ่านการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส ใน ระดับ ดี จากการประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส มีประเด็นการดำเนินงานทั้งด้านความรู้และแก้ไขปัญหาในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องเป็นแกนหลักในการประสานให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมและมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและในชุมชน

2. จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทีมนำสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37.08 ปี โดยมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพใช้แรงงาน การวางแผนกิจกรรมในอนาคตควรพิจารณาปรับเนื้อหาและรูปแบบการอบรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และการเน้นความรู้เชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

3. การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพบึงกาฬ 5 ดี พลัส ซึ่งจากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการอบรม การพัฒนารูปแบบการอบรมในอนาคตควรเน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติ เช่น กรณีศึกษา หรือการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและการนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดกิจกรรมในอนาคตควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การเชิญชวนให้แสดงความคิดเห็น การจัดเวทีเสวนา หรือการมอบหมายบทบาทหน้าที่เฉพาะในกิจกรรม เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อกิจกรรม

5. การวัดความพึงพอใจในกิจกรรม มีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมยังอยู่ในระดับต่ำที่สุด ดังนั้น การปรับปรุงในอนาคตควรพิจารณาเพิ่มกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายได้แสดงความคิดเห็นหรือร่วมตัดสินใจ เช่น การเลือกหัวข้อที่สนใจ หรือการวางแผนกิจกรรมร่วมกัน

6. การพัฒนาต่อเนื่อง ผลการศึกษาสนับสนุนว่าการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมมีผลเชิงบวก การวิจัยในอนาคตควรขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ หรือเพิ่มกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มเยาวชนหรือกลุ่มผู้นำชุมชน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

7. ควรมีการจัดทำคู่มือเพิ่มเติมซึ่งจากผลการศึกษา การจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5 ดี พลัส อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน รวมถึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการขยายผลในพื้นที่อื่นได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ด้วยความกรุณาช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาเป็นอย่างดียิ่งจากนายแพทย์ภมร ดรุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายแพทย์กฤษณพงษ์ ชุมพล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือให้คำแนะนำและแนวคิดที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาและแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ 5 ปี (พ.ศ. 2565 – 2569). บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2565.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. สุพจน์ กอบสันเทียะ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(3):361-372. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/266210/182375
5. ประสพ สารสมัคร. การจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
6. สมประสงค์ ปิวไธสง. การพัฒนาการบริหารนโยบายสุขภาพของชุมชน กรณีศึกษาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเมืองชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาคารพญาไท; 2555.
7. รักษมันต์ จันทะเป้, นฤมล สินสุพรรณ, สุทิน ชนะบุญ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสว่าง ตำบลห้วยเตย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):400-406. Available from: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/10011/8869
8. พงษ์รัตน์ ไกรพรม, จตุพร เหลืองอุบล, สุกัญญา ลีทองดี. ผลของโปรแกรมการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564;18(3):45-56. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/252158/171332
9. วัชรีภร ชูแก้วร่วง. ศึกษากระบวนการจัดการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทราย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง [ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2560.
10. สมบัติ สระสม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. วารสารสมาคมส่งเสริมการวิจัย. 2560;8(3):1-10.
11. จริยา สีกงพลี. การพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบในการจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา บ้านหนองบัวพัฒนา อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.

การประเมินคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
Assessment of the quality of financial reports of Nong Ruea Hospital, Khon Kaen Province

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

อุไรพร ดิเรกศรี[1]
Uraiporn Direksri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบและประเมินผลการจัดการคุณภาพรายงานทางการเงิน โรงพยาบาลหนองเรือ ปีงบประมาณ 2564 – 2566 ด้วยรูปแบบ CIPP Model โดยศึกษาประเด็นคุณภาพรายงานทางการเงิน 4 ด้าน ได้แก่ 1) สถานการณ์ 2) ระบบเฝ้าระวัง 3) มาตรการการจัดการคุณภาพรายงานทางการเงิน และ 4) ตัวชี้วัดกระบวนการและผลการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลวิเคราะห์วิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ ข้อมูลผลประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง ข้อมูลอัตราส่วนวัดประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและบริหารจัดการ และรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร CFO และกรรมการจัดเก็บรายได้ การประเมินแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์สาเหตุคุณภาพรายงานทางการเงิน 2) ศึกษาปัจจัยนำเข้า ความเป็นไปได้ ความเหมาะสมและพอเพียงของทรัพยากร 3) ศึกษากระบวนการด้านบริหารรายได้ บริหารจัดการเจ้าหนี้ ลูกหนี้ และคลัง และ 4) วิเคราะห์ผลผลิตเปรียบเทียบก่อนและหลังการแก้ไขปัญหา โดยวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังต่อเนื่องทุกเดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพรายงานทางการเงินมีความครบถ้วน ทันเวลา เปรียบเทียบได้และใช้ประกอบการตัดสินใจได้ดีขึ้น จากปีงบประมาณ 2564 ที่มี Score C- พัฒนาเป็น Score A และ B ในปีงบประมาณ 2565-2566 โดยมีการบริหารด้านรายได้ เจ้าหนี้ ลูกหนี้ และคลังอย่างเป็นรูปธรรม มีคณะกรรมการควบคุม กำกับ ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านคุณภาพรายงานทางการเงินที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การประเมิน, คุณภาพรายงานทางการเงิน, สถานะการเงินการคลัง

Abstract

This survey research aimed to study the system and evaluate the financial report quality management at Nong Ruea Hospital during the fiscal years 2021-2023 using the CIPP Model. The study examined four aspects of financial report quality: 1) situation 2) surveillance system 3) financial report quality management measures, and 4) process indicators and performance outcomes. The data collection tools consisted of a 7-level financial crisis analysis record form, financial efficiency assessment data, resource utilization and management efficiency ratio data, and meeting minutes from the CFO management committee and revenue collection committee. The evaluation was conducted in 4 stages: 1) studying context and analyzing causes of financial report quality issues 2) examining input factors, feasibility, appropriateness, and resource adequacy 3) studying processes in revenue management, creditor, debtor, and inventory management, and 4) analyzing outputs by comparing pre and post-problem solving results. The financial situation was analyzed monthly using descriptive statistics and content analysis.

The results showed that financial report quality improved in completeness, timeliness, comparability, and decision-making utility. The score increased from C- in fiscal year2021 to A and B throughout fiscal years 2022-2023. This improvement was achieved through concrete management of revenue, creditors, debtors,

[1] นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

and inventory, with an effective committee controlling, supervising, monitoring, and surveillance of financial report quality risks.

Keywords: Evaluation, Financial Report Quality, Financial Status

บทนำ

ตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence) โดยมีแผนงานที่สำคัญคือแผนงานที่ 13 ว่าด้วยการบริหารจัดการเงินการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting) 2) พัฒนาระบบบัญชี (Accounting) 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพและด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency) 4) เพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health) และ 5) ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency) ทำให้มีการจัดกลุ่มหน่วยบริการ เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง ซึ่งแสดงถึงหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน กำหนดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance agreement : PA) มีเกณฑ์การประเมินคือร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกิน ร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกิน ร้อยละ 8 โดยการประเมินหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินทุกสิ้นไตรมาส[1]

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานของรัฐบาลที่ตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชน โดยมิได้หวังผลตอบแทนในรูปของกำไรที่เป็นตัวเงิน แต่มุ่งเน้นการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ประชาชนผู้มารับบริการได้รับความพึงพอใจ และมั่นใจในคุณภาพของการรักษาพยาบาล ดังนั้น การประเมินคุณภาพรายงานทางการเงินมีส่วนสำคัญที่โรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งได้นำมาใช้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของข้อมูลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารจัดการองค์กรให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศต่าง ๆ ภายในองค์กร อาทิ ข้อมูลสารสนเทศทางการบัญชี การจัดการข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์นโยบายด้านเศรษฐกิจสุขภาพการเงินการคลังสุขภาพและประกันสุขภาพ ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานขององค์กรให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้[2,3,4]

คุณภาพรายงานทางการเงิน (Financial Reports Quality) สะท้อนให้เห็นถึงการใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานด้วยความมุ่งมั่นและทุ่มเทของนักบัญชี จากการบริหารกระบวนการของข้อมูลที่ส่งผลต่อคุณภาพรายงานทางการเงิน เพื่อต้องการให้นักบัญชีสามารถนำเสนอรายงานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้การตัดสินใจในการกำหนดกลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ อันส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้ ดังนั้นคุณภาพรายงานทางการเงินของนักบัญชีที่ได้นำเสนออันเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกขององค์กรควรมีประเด็นที่สำคัญ คือ ความเข้าใจได้ ความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ความเชื่อถือได้ และการเปรียบเทียบกันได้[5] การดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการองค์กร จึงเป็นผลสะท้อนถึงการนำคุณภาพรายงานทางการเงินที่มีความชัดเจน ถูกต้อง และเชื่อถือได้ในรอบปีงบประมาณด้วยการใช้การบริหารกระบวนการของข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ[6]

โรงพยาบาลหนองเรือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ระดับ F1 ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ใน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ห่างจากตัว

เมืองขอนแก่น 45 กิโลเมตร มีประชากร จำนวน 95,097 คน มีบุคลากร จำนวน 265 คน มี รพ.สต. ในเขตพื้นที่ จำนวน 15 แห่ง ผู้มารับบริการเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทั้งจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลหนองเรือ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่าข้อมูลข้อมูลสารสนเทศทางการบัญชี การจัดการข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์นโยบายด้านเศรษฐกิจสุขภาพการเงินการคลังสุขภาพและประกันสุขภาพประเมินผล ความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง 7 ระดับ โรงพยาบาลหนองเรือ ระดับ 0 ปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 ,ระดับ 1 ปีงบประมาณ 2566 แผนการเงินการคลัง กำหนดเกณฑ์ $\pm$<5 พบว่ารายได้มากกว่าค่าจ่าย ในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 ผลการดำเนินงานหมวด รายได้ไม่ผ่านเกณฑ์ ในปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ 8.35 เปอร์เซ็นต์ งบประมาณ 2565 เท่ากับ 17.63 เปอร์เซ็นต์ และ 2566 เท่ากับ -20.62 เปอร์เซ็นต์ ผลการดำเนินงานหมวดค่าใช้จ่ายผ่านเกณฑ์ ในปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ 3.17 เปอร์เซ็นต์ งบประมาณ 2565 เท่ากับ 1.94 เปอร์เซ็นต์ และ 2566 เท่ากับ -0.63 เปอร์เซ็นต์ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล (Quick Method) OPD และ IPD AdjRW ต่ำกว่ามูลเฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ต้นทุนการวัดสถานะทางการเงิน ใช้หลักเกณฑ์การวัดสถานะการเงินระดับ 7 Plus Efficiency Score ปีงบประมาณ 2564 ระดับ C- ปีงบประมาณ 2565 ระดับ A- ปีงบประมาณ 2566 ระดับ B การจัดทำงบการเงินของหน่วยบริการ 100 คะแนน ในงบประมาณ 2564 2565 และ 2566

จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจการประเมินผลคุณภาพรายงานทางการเงินรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นสารสนเทศทางบัญชีที่สำคัญในการนำไปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังขาดความน่าเชื่อถือ ครบถ้วนและยืนยันความมีอยู่จริงได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ ในปีงบประมาณ 2564 2565 และ2566 ที่มีการจัดการข้อมูลสารสนเทศทางการบัญชีและการจัดการข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์นโยบายด้านเศรษฐกิจสุขภาพการเงินการคลังสุขภาพและประกันสุขภาพ อย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพทางการบริหารที่ส่งผลต่อคุณภาพรายงานทางการเงินและการบริหารการเงินการคลังเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโรงพยาบาลสืบต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพรายงานทางการเงินกับบริบทการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลหนองเรือ
2. เพื่อประเมินผลการเปรียบเทียบคุณภาพรายงานการเงินระยะช่วงเวลาเดียวกันในปี 2564 2565 2566 โรงพยาบาลหนองเรือ
3. เพื่อศึกษาผลผลิตในการจัดการคุณภาพรายงานทางการเงินโรงพยาบาลหนองเรือ

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การประเมินคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยประเมินผลโดยใช้รูปแบบ CIPP Model[7] เพื่อประเมินบริบทของระบบการได้มาของข้อมูล ปัจจัยนำเข้าและทรัพยากร ผลขบวนการดำเนินงาน ผลผลิตจากการจัดทำรายงานการเงินโรงพยาบาลหนองเรือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผลด้วยรูปแบบการประเมิน CIPP Model โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งทฤษฎี ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติด้านการเงินของกระทรวงสาธารณสุข ทฤษฎีเกี่ยวกับ

การประเมินผล การพัฒนาระบบงาน การประเมินจากเอกสารรายงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล และแผน/โครงการ/กิจกรรมที่กำหนดขึ้น เพื่อจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง ทั้งนี้ไม่มีการเก็บข้อมูลจากตัวบุคคลใดๆ ตลอดกระบวนการศึกษาวิจัย โดยศึกษาจากรายงานและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) รายงานการเงินที่มีการเก็บข้อมูลได้สมบูรณ์ 2) รายงานการเงินที่เกี่ยวข้องกับการเงินใช้เดือนที่เป็นเดือนสิ้นปีรายไตรมาส ตั้งแต่ปี 2564 ถึง ปี 2566 3) รายงานดัชนีการเงินรายไตรมาส จำนวน 12 ฉบับ 4) ตารางรายงานคำนวณวิกฤต 7 ระดับ โรงพยาบาลหนองเรือ จำนวน 12 ฉบับ 5) รายงานต้นทุนบริการเดือน รายไตรมาส จำนวน 12 ฉบับ 6) รายงานข้อมูล CMI เดือน รายไตรมาส จำนวน 12 ฉบับ 7) รายงานแผนเงิน Plan fin รายไตรมาส จำนวน 12 ฉบับ 8) รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลหนองเรือ รวม 12 ฉบับ 9) รายงานประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ ในเดือนที่มีการจัดประชุม จำนวน 5 ชุด 10) รายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO จำนวน 6 ชุด

เกณฑ์การคัดเข้าของตัวอย่างในการศึกษา (Inclusion criteria) รายงานการประชุม คัดเข้าโดยพิจารณา ได้แก่ 1) รายงานการประชุมเดือนที่มีการรายงานกำกับ ติดตาม การจัดการด้านการเงินการคลัง 2) เป็นรายงานการประชุมที่มีผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่ากึ่งหนึ่งของคณะกรรมการ 3) เป็นรายงานการประชุมที่มีการบันทึกการประชุมที่สมบูรณ์ ผ่านการตรวจทานจากเลขา และประธาน

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในเดือนที่ไม่มีรายงานการเงินและการจัดการการเงิน 2) เอกสารรายงานการเงินดัชนีที่ไม่เกี่ยวข้องและไม่แสดงถึงความผิดปกติของรายงานทางการเงิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการบริหารกระบวนการข้อมูลที่ส่งต่อคุณภาพรายงานการเงินที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเงินการคลังของโรงพยาบาลหนองเรือ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลวิเคราะห์วิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring Plus) 2) ข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Total Performance Score TPS) 3) ข้อมูลตารางคำนวณวิกฤติ 7 ระดับ 4) ข้อมูลอัตราส่วนวัดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและบริหารจัดการคลัง 5) รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 6) รายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO 7) รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ 8) แผนประมาณการรายได้- ค่าใช้จ่าย 9) แผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ 10) แผนการจัดซื้อวัสดุ 11) แผนบริหารจัดการเจ้าหนี้ 12) แผนบริหารจัดการลูกหนี้ 13) แผนการลงทุนของหน่วยบริการ 14) แผนการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาบริบท (Context) เป็นการประเมินให้ได้ข้อมูลสำคัญ เพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการและความเป็นไปได้ของโครงการ เพื่อวิเคราะห์กระบวนการของข้อมูลที่ส่งผลต่อคุณภาพรายงานโรงพยาบาลหนองเรือ โดยการศึกษาจากเอกสาร เพื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลเอกสารตามนโยบาย กฎกระทรวง หลักเกณฑ์และเกณฑ์การประเมิน (1) การบริหารจัดการลูกหนี้และรายได้ (2) การบริหารจัดการหนี้ (3) บริหารจัดการวัสดุคงคลัง (4) แบบบันทึกตารางวิเคราะห์ภาวะวิกฤติการเงินการคลัง (5) แบบบันทึกงบแสดงฐานะทางการเงิน (6) แบบบันทึกรายงานต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) และ (7) การติดตามผลการดำเนินการของแผนรายได้และค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังศึกษาจากรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการ CFO ของโรงพยาบาล ถึงการวิเคราะห์สาเหตุของ

คุณภาพของข้อมูลและภาวะวิกฤตการเงินการคลัง การประเมินสถานการณ์ด้านสภาพแวดล้อม ผลการดำเนินงานบริหารกระบวนการของข้อมูลที่ส่งผลต่อคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ

2. ศึกษาปัจจัยนำเข้า (Inputs) พิจารณาการบริหารกระบวนการได้มาของข้อมูลก่อนนำมาบันทึกบัญชี ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพรายงานการเงิน ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ ได้แก่ 1) ด้านการบริหารรายได้และลูกหนี้ 2. ด้านการบริหารเจ้าหนี้ 3) ด้านการบริหารคลังพัสดุ 4) ด้านการควบคุมค่าใช้จ่าย 5) ด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงิน 6) ด้านเทคโนโลยี

3. ศึกษากระบวนการ (Process : P) โดยศึกษาจากเอกสารรายงานการประชุมของคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่แต่งตั้งขึ้นเพื่อเป็นองค์กรย่อยที่ทำหน้าที่ในการกำหนดแผนงาน กิจกรรม การพิจารณาวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ ทั้งนี้รวมถึงการทบทวนกระบวนการแก้ไขปัญหา ได้แก่ 1) การบริหารรายได้ โดยการจัดหางบประมาณเพิ่มเติมตามแนวทางที่กำหนดไว้ กำหนดการตั้งเบิกและเรียกเก็บให้ครบถ้วนทันเวลา 2) การควบคุมรายจ่าย ได้แก่ ควบคุมค่าแรง ลดค่าสาธารณูปโภคไฟฟ้าช่วงพักกลางวัน ใช้พลังงานทดแทนโดย Solar Roof ลดค่าใช้จ่ายในโรงครัว ควบคุมการจ้างเหมาไม่ให้เพิ่มขึ้น งดการซื้อสินทรัพย์และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนลดค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ลดการสั่ง LAB จากองค์กรภายนอก ลดการส่งต่อผู้ป่วย ลดการใช้ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น เป็นต้น 3) การบริหารจัดการ ได้แก่ ทบทวนระบบการส่งต่อเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็น, จัดระบบ One Stop Service, ปรับแผนการเงินการคลัง (Plan fin) ควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผนเงินบำรุงและแผนการเงินการคลัง (Plan fin) พัฒนาระบบการเรียกเก็บรายได้ให้ทันเวลาทุกสิทธิ์, ทบทวนระบบ LAB ทบทวนระบบเวชระเบียน ให้ส่งครบถ้วนและทันตามเป้าหมายที่กำหนด, ปรับลดการใช้ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยผ่านกลไกขององค์กรแพทย์เป็นหลัก, ใช้ระบบควบคุมและตรวจสอบภายในเข้ามาบริหารจัดการ, ประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน เพื่อทบทวนสถานการณ์การเงินการคลัง, การสรุปสถานการณ์การเงิน และวิเคราะห์รายได้ รายจ่ายจริงที่เกิดขึ้น, การตรวจสอบและยืนยันข้อมูลระหว่างหน่วยงานผู้ส่งข้อมูลและงานบัญชี, นำเสนอความผิดปกติข้อมูลที่ตรวจพบเพื่อแก้ไขปรับปรุงบัญชีให้ถูกต้อง, ติดตามข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก เพื่อวางแผนการจัดเก็บรายได้, กำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละประเด็นตามแผน ติดตามและตรวจสอบทุกเดือน, การทบทวนหมวดค่าใช้จ่ายที่สูง ,ลดระยะเวลาเรียกเก็บลูกหนี้, ลดระยะเวลาในการชำระเจ้าหนี้ เป็นต้น

4. ผลผลิต (Product: P) เป็นการพิจารณาเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นจากการทำแผนหรือกิจกรรมแก้ไขปัญหาที่โรงพยาบาลได้กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการปรับเปลี่ยนกิจกรรมเพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกเดือน เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์การเงินการคลัง นำไปประกอบการพิจารณาดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์กระบวนการได้มาของข้อมูลที่ส่งผลต่อคุณภาพรายงานการเงิน โรงพยาบาลหนองเรือ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ อัตรา อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC044/2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย ตามแนวทางรูปแบบ CIPP[7] ใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การศึกษาบริบทและสถานการณ์สภาวะทางการเงินโรงพยาบาลหนองเรือก่อนดำเนินการจัดการคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

1.1 บริบทการดำเนินงานของโรงพยาบาลหนองเรือ โรงพยาบาลหนองเรือ เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 90 เตียง จำนวนผู้มารับบริการ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลต้องปรับปรุงสถานที่การให้บริการหลายแผนก ส่งผลต่อการลงทุนค่าแรง วัสดุต่างๆ ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ทำให้ประสบปัญหาวิกฤตการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา จนกระทั่งปีงบประมาณ 2563 พบว่า
โรงพยาบาลหนองเรือ มีสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญต่อคุณภาพรายงานทางการเงินมีรายการสำคัญ ได้แก่ 1) เงินเดือน ค่าจ้างลูกจ้าง ค่าตอบแทน และสวัสดิการ ค่าตอบแทนบุคลากร ฉ.11 เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติในกลุ่มบุคลากรสายวิชาชีพต่างๆ 2) ค่าใช้จ่ายผันแปร เช่น ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุอื่น การเปิดตึกผู้ป่วยในรองรับผู้ป่วยโควิค-19 3) สถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิค – 19 เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 เป็นต้นมา โรงพยาบาลต้องบริหารจัดอัตรากำลังและค่าตอบแทนเพิ่มเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดเวรเพิ่ม จัดหาอัตรากำลังเพิ่ม เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการจัดหายา เวชภัณฑ์ วัสดุอื่น และจัดหาครุภัณฑ์เพิ่มเติม ปรับปรุงสถานที่สิ่งก่อสร้างเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิดที่เข้ารับการรักษา 4) จำนวนบุคลากรที่เพิ่มขึ้น 5) จำนวนเตียงเปิดบริการเพิ่มมากขึ้น 6) จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มมากขึ้น 7) รายจ่ายเกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เวชภัณฑ์มิใช่ยา และรายจ่ายทั่วไปในบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข 8) รายจ่ายเกี่ยวกับค่าเสื่อมและซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้างที่มีราคาแพง ค่าเสื่อมราคาในเทคโนโลยีมีพลวัตที่รวดเร็ว ค่าซ่อมบำรุงสูง 9) รายจ่ายสนับสนุน รพ.สต. และ สสอ. หนองเรือ ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินโรงพยาบาล โดยเกณฑ์พิจารณาจากการประเมินน้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง ตามแนวทางของดัชนีทางการเงินที่แสดงฐานะทางการเงิน

1.2 สถานะการเงินการคลังโรงพยาบาลหนองเรือ ปีงบประมาณ 2564 สถานะเงินบำรุงคงเหลือ มีค่าบวก แสดงถึงผลประกอบการกำไรตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) พบว่า ประสบภาวะวิกฤติ มีค่าคะแนนความเสี่ยงด้านการเงิน ในระดับ 0 ทั้งนี้การวัดสถานะทางการเงินระดับ 7 Plus Efficiency Score ในการจัดการ Grade พบการบริหารจัดการลูกหนี้ เจ้าหนี้ และวัสดุไม่เป็นไปตามเกณฑ์พบปัญหาด้านผลประกอบการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้ยังช้ากว่าเวลามาตรฐานที่ควรจะเป็น การชำระหนี้เจ้าหนี้ล่าช้า การบริหารคลังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดส่งผลให้โรงพยาบาลดำเนินการจัดทำรายงานการเงินไม่มีคุณภาพจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหา

1.3 ดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงินระดับ 7 Plus Efficiency Score ในการจัดการ Grade C- ประสิทธิภาพการทำกำไรต่ำกว่าค่ากลาง 11.77 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ ต่ำกว่าค่ากลาง 8.91 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้า ต่ำกว่า 90 วันเรียกเก็บลูกหนี้กลุ่มประกันสังคม และการบริหารสินค้าคงคลัง ด้านยา เวชภัณฑ์มิใช่ยาฯ ล่าช้ากว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกิน 90 วัน และ 60 วัน

2. ปัจจัยนำเข้า (I: INPUT) ในการจัดการคุณภาพรายงานการเงินโรงพยาบาลหนองเรือ

2.1 ปัจจัยนำเข้าสำคัญ ได้แก่ 1)ด้านงบประมาณ โดยจัดหางบประมาณเพิ่มเติมจากงานบริการทุกประเภท
2) ด้านบุคลากร มีศักยภาพและเพียงพอในการเรียกเก็บ สรุปเวชระเบียน และเช็คสิทธิผู้รับบริการ

ตลอด 24 ชม. 3) การบริหารคลังพัสดุที่มีประสิทธิภาพ 4) การควบคุมค่าใช้จ่าย 5) การบริหารจัดการเจ้าหนี้ 6) การควบคุมกำกับติดตามผลการดำเนินงาน 7) ด้านเทคโนโลยี มีโปรแกรมเรียกเก็บที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ปัญหาในการจัดการคุณภาพรายงานทางการเงินโรงพยาบาลหนองเรือ จากการทบทวนข้อมูล พบประเด็นปัญหาสำคัญ ดังนี้ 1) การบริหารจัดการรายได้ไม่ครบถ้วนขาดประสิทธิภาพ 2) ข้อมูลและการบันทึกบัญชีไม่ถูกต้องครบถ้วน 3) ขาดการควบคุมกำกับติดตามการเฝ้าระวังการบริหารคลังอย่างต่อเนื่อง 4) บุคลากรในการจัดการจัดเก็บรายได้เป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ขาดประสบการณ์และทักษะการบริหารจัดการหลักฐานเรียกเก็บและการติดตาม 5) โปรแกรมในการให้บริการยังไม่เชื่อมโยงโปรแกรมการเรียกเก็บลูกหนี้อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ 6) บุคลากรในการจัดทำทะเบียนคุมพัสดุ ขาดการทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานจัดทำทะเบียนคุมอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน 7) บุคลากรในการจัดการการบริหารเจ้าหนี้ขาดการทบทวนกระบวนงานการชำระหนี้และการติดตาม

3. กระบวนการ (C : process) ในการจัดการคุณภาพรายงานทางการเงินโรงพยาบาลหนองเรือ โรงพยาบาลกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาที่สำคัญ ดังนี้

3.1 การบริหารรายได้ ทบทวนขั้นตอนให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทสิทธิเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพจัดเก็บรายได้ที่ครบถ้วน มอบหมายงานให้ชัดเจนในแต่ละสิทธิแต่ละผู้รับผิดชอบและควบคุมกำกับติดตามศึกษาดูงานการจัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลระดับเดียวกันเปิดบริการพิเศษ เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้สิทธิต่างๆ พัฒนาโปรแกรมเรียกเก็บเชื่อมโยงข้อมูลกลุ่มผู้รับบริการสิทธิต่างๆ อย่างครบถ้วนทันเวลา

3.2 บริหารจัดการ บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารหนี้ บริหารลูกหนี้ บริหารคลัง มีคณะกรรมการควบคุม กำกับ ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ คณะกรรมการจัดเก็บรายได้รับผิดชอบทุกจุดบริการ นำเสนอสถานการณ์การเงินการคลัง รายได้ค่าใช้จ่าย ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับรับทราบผลประกอบการอย่างสม่ำเสมอ จัดทำขั้นตอนให้บริการและตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยทุกประเภท ทบทวนการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกจ่าย ทบทวนการติดตามเวชระเบียนและสรุปประวัติการรักษาให้ทันเวลาพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดทำบัญชี การจ่ายชำระหนี้ จัดการข้อมูลลูกหนี้ ข้อมูลคงคลัง คณะกรรมการบริหารเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง ติดตามดัชนีชี้วัดสถานะทางการเงินระดับ 7 Plus Efficiency Score ต่อเนื่องทุกเดือน

4. ผลการจัดการคุณภาพรายงานทางการเงินโรงพยาบาลหนองเรือ (P: Product) การจัดการรายงานทางการเงินโรงพยาบาลหนองเรือ ในปี 2565-2566

4.1 ด้านบุคลากร มีคณะกรรมการคณะทำงานจัดเก็บรายได้ ควบคุมการบริหารจัดการหนี้ ควบคุมการบริหารคลัง และผู้รับผิดชอบการจัดทำบัญชี การจ่ายเงินชำระหนี้ การรับการจ่ายวัสดุมีขั้นตอนแนวทางในการได้มาของข้อมูลที่ส่งผลต่อคุณภาพรายงานทางการเงินเป็นรูปธรรม

4.2 ด้านกระบวนการ การบันทึกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น มีการตรวจสอบติดตามการเบิกเงินจากกองทุนต่างๆ มีการควบคุม กำกับติดตามผลการชำระหนี้ วัสดุคงคลังอย่างต่อเนื่อง

4.3 ด้านผลลัพธ์การเงินการคลัง เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สินมีเงินคงเหลือติดบวกเพิ่มมากขึ้น กว่า ปี 2564-2565 มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ ผลประกอบการมีกำไรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลมีความสามารถในการทำกำไร จาก ปี 2564 และ ปี 2565 ดังนี้ อัตรากำไรขั้นต้น เท่ากับร้อยละ 7.04 และ 31.65 ตามลำดับ อัตรากำไรจากการดำเนินงาน ร้อยละ 0.59 ร้อยละ 27.26 ในปี 2565 อัตรากำไรสุทธิ เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดจาก ร้อยละ 6.23 เป็นร้อยละ30.99

4.4 ด้านสถานะทางการเงินระดับ 7 Plus Efficiency Score มีแนวโน้มที่ดีขึ้นทุกด้าน ปี 2564 ปี 2565 ปี 2566 Score C- A- และ B ตัวชี้วัดทางการเงินที่แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์เริ่มดีขึ้น ได้แก่ ประสิทธิภาพการชำระหนี้ ปี 2564 สามารถชำระหนี้ ภายใน 115.57 วัน ปี 2565 ปี 2566 สามารถชำระหนี้ได้ภายใน 74.07 วัน 69.45 วัน ลดลงตามลำดับ ประสิทธิภาพการเรียกเก็บในการชำระเงินสิทธิ์ประกันสังคม ปี 2564 ภายใน 422.84 วัน ปี 2565 ปี 2566 สามารถเรียกเก็บได้ภายใน 158.47 วัน 98.97 วัน ลดลงตามลำดับ การบริหารสินค้าคงคลัง ด้านยา เวชภัณฑ์มิใช่ยาฯ ปี 2564 สามารถใช้ได้ภายใน 63.56 วัน ปี 2565 ปี 2566 สามารถใช้ได้ภายใน 53.76 วัน 54.03 วัน ลดลงตามลำดับ สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินแบบซิพพ์ (CIPP model)[7] สามารถใช้เป็นแนวทางประเมินเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพรายงานทางการเงินที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถตัดสินใจดำเนินการในประเด็นสำคัญต่างๆ ได้แก่ 1) การวางแผน โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินบริบท กำหนดวัตถุประสงค์กิจกรรมให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน 2) การกำหนดโครงสร้าง โดยประเมินปัจจัยนำเข้าเพื่อกำหนดแผนงาน กิจกรรมและขั้นตอนดำเนินกิจกรรมต่างๆ 3) การนำแผนงานกิจกรรมไปปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินกระบวนการ ควบคุมให้ดำเนินการตามแผนและปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด 4) ทบทวนแผนงานกิจกรรมด้วยข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น เดียวกับ อดิศร ศักดิ์สูง และคณะ[8] ศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ด้วยรูปแบบ CIPP Model กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูลซึ่งมีข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับการประเมิน CIPP Model ว่าเป็นรูปแบบการประเมินที่มีความสมเหตุสมผลต่อการดำเนินโครงการเชิงนโยบายด้านสุขภาพระดับพื้นที่ เนื่องจากมีการพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการครอบคลุมทุกมิติ อีกทั้งผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือต่อการอนุมานได้ว่าเป็นโครงการที่สามารถสะท้อนผลบริหารจัดการเชิงประสิทธิภาพได้อย่างมีประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากการศึกษาวิจัยพบว่า รูปแบบการประเมิน CIPP Model สามารถใช้ควบคู่ไปกับการพัฒนางานแบบวงจรคุณภาพของ Deming Cycle P-D-C-A [23] ประกอบด้วย 1) การวางแผน โดยศึกษาวิเคราะห์บริบท วางแผนรัดกุม ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ 2)ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด โดยกำหนดโครงสร้างคณะทำงานรองรับทั้งในส่วนผู้รับผิดชอบ ผู้ตรวจสอบและประเมินผล ภายใต้ความมีส่วนร่วม 3) ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนหรือประเมินผล อาจประเมินทั้งประเมินผลลัพธ์และกระบวนการ 4) ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อเนื่องหรือพัฒนาระบบที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น วิธีการที่สามารถนำมาใช้ได้ ได้แก่ การถอดบทเรียน วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ที่พบและปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยกำหนดกลยุทธ์ในการจัดทำแผนและผู้รับผิดชอบดำเนินงานครั้งต่อไป นอกจากนี้ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประเมินจุดเด่น จุดด้อย โอกาสพัฒนา เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการระบบการเงินการคลัง การบริหารหนี้ การบริหารลูกหนี้ การบริหารคลัง และสร้างระบบเฝ้าระวังคุณภาพรายงานทางการเงินที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

2. งานวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาทบทวนเอกสารรายงานด้านการเงิน และรายงานการประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งยังไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติ จึงเป็นการสรุปผลที่เกิด

จากมุมมองผู้วิจัยเท่านั้น เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์หรือมีการพัฒนาต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตการวิจัย และศึกษาการรับรู้ข้อมูลหรือกระบวนการที่ส่งผลต่อคุณภาพรายงานทางการเงิน

2.2 พัฒนาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัยและพัฒนาสามารถขยายผลสู่หน่วยงานอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ธนียา เหลี่ยมพงศาพุทธิ. (2020). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดลำปาง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2(2), 155-170.
3. กิจฐเชต ไกรวาส และคณะ. (2560). ธรรมาภิบาลในการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
4. กิจฐเชต ไกรวาส, เอกลักษณ์ ณัถฤทธิ์. (2019). ธรรมาภิบาลในการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences), 5(1), 138-149.
5. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ พ.ศ. 2561
6. ณฑา เอมสวัสดิ์. การวิเคราะห์งบการเงิน (Financial Statements Analysis) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hiperc.sru.ac.th/ pluginfile.php/146110/mod_data/intro/สัปดาห์ที่%2013-14%20การวิเคราะห์งบการเงิน.pdf
7. ภูมิศักดิ์ ราศี. แบบจำลองการประเมินผลโครงการกรณีแบบจำลอง CIPP Model. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก https://suwanlaong.wordpress.com/2013/05/24/แบบจำลอง-cipp-model/
8. อดิศร ศักดิ์สูง, ฐากร สิทธิโชค, วรุตม์ นาที, อัศว์ศิริ ลาปีอี, สุกันย์ยา ภาวจิตรานนท์ และ รัตนยา โอสถาน. (2018). การประเมินผลโครงการตามนโยบาย “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน” กรณีศึกษาเชิงพื้นที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล.

การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567

Cost analysis and assessment of herbal medicine production readiness of Kamalasai Hospital to support government service facilities in Health Region 7, 2023 – 2024

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

กฤช โชติการณ์[1] อรนิฏา ธารเจริญ[2] รัตติยา แดนดงยิ่ง[2]
Krit Chotikan[1] Ornitha Tharajon[2] Rattiya Daendongying[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567 โดยศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2565 – เดือนตุลาคม 2567 รวม 24 เดือน ศึกษาในหน่วยประชากรคือ โรงพยาบาลกมลาไสย เก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบบันทึกการผลิตยาสมุนไพรโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า โรงงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย สามารถผลิตยาสมุนไพรได้ทั้งหมด 47 ชนิดสมุนไพร ที่ผลิตได้มากที่สุด ได้แก่ ยาแคปซูลขมิ้นชัน 500 มิลลิกรัม 10 แคปซูล/แผง กำลังการผลิต 130,000 แคปซูล ต้นทุก 10 บาทต่อแคปซูลรวมมูลค่า 1,300,000 บาท และยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร 400 มิลลิกรัมกำลังการผลิต 130,000 แคปซูล ต้นทุก 10 บาทต่อแคปซูลรวมมูลค่า 1,300,000 บาท ต้นทุนรวมทั้งหมด 1,792,612.39 บาท จำนวนเงินรายรับที่ได้เข้าโรงพยาบาล 707,387.61 บาท ส่วนต่างต้นทุน เท่ากับ 1,085,224.78 บาท ผลการประเมินมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพรตามเกณฑ์ WHO-GMP แจกแจงรายละเอียดหัวข้อในแต่ละหมวด พบว่า การผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย ผ่านการประเมิน ร้อยละ 65.29

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินความพร้อม การผลิตยาสมุนไพร

Abstract

This research was survey research. The objectives are to study the cost analysis and assessment of the readiness of herbal medicine production of Kamalasai Hospital to support government service facilities in Health Region 7, 2023 - 2024, by studying between September 2022 - October 2024, a total of 24 months, studying in the population unit, Kamalasai Hospital. Data were collected from the herbal medicine production record form of Kamalasai Hospital, Kalasin Province and the exchange of knowledge. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean and standard deviation.

The study results found that the herbal medicine factory of Kamalasai Hospital can produce a total of 47 types of herbal medicine. The most produced herbs are: Turmeric capsules 500 milligrams, 10 capsules/sheet, production capacity 130,000 capsules, every 10 baht per capsule, total value 1,300,000 baht; and Andrographis paniculata capsules 400 milligrams, production capacity 130,000 capsules, every 10 baht per capsule, total value 1,300,000 baht, total cost 1,792,612.39 baht, income received to the hospital 707,387.61 baht, cost difference equal to 1,085,224.78 baht. The results of the evaluation of the standard criteria for good practices in herbal medicine production according to the WHO-GMP criteria, detailing the topics in each category, found that the herbal medicine production of Kamalasai Hospital passed the evaluation at 65.29 percent.

Keywords: Cost analysis, Readiness assessment, Herbal medicine production

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

[3.] เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

สมุนไพรหมายถึงผลิตผลทางธรรมชาติที่ได้จากพืช สัตว์ และแร่ธาตุ ซึ่งใช้เป็นยา หรือผสมกับสารอื่นตามตำรับยาเพื่อบำบัดโรค บำรุงร่างกาย หากนำสมุนไพรตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปมาผสมกันจะเรียกว่า "ยา" โดยในตำรับยาอาจมีส่วนประกอบจากพืช สัตว์ หรือแร่ธาตุที่เรียกว่าเภสัชวัตถุ องค์ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรในแต่ละครอบครัวและชุมชนถือเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดกันมา สมุนไพรไทยมีความหลากหลายตามภูมิประเทศ เช่น เร่ว กระวาน กานพลู และจันทน์เทศ ซึ่งมักใช้ในการบำบัดอาการเจ็บป่วยในรูปแบบที่รับประทานหรือใช้ภายนอก บางครอบครัวมีการค้าขายสมุนไพรในรูปแบบธุรกิจครอบครัว นอกจากนี้ กรมการแพทย์แผนไทยฯ ได้ประกาศสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพร โดยมีการคัดเลือก 15 รายการเพื่อสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศไทย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความพร้อมสำหรับการพัฒนาต่อยอด เช่น ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร และกระชายดา และกลุ่มที่มีศักยภาพต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น บัวบก มะขามป้อม ไพล ขิง กระชาย ว่านหางจระเข้ กวาวเครือขาว มะระขี้นก เพชรสังฆาต กระท่อม กัญชง และกัญชา ซึ่งปัจจุบันมีผู้พยายามศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนายาสมุนไพรให้สามารถนำมาใช้ในรูปแบบที่สะดวกยิ่งขึ้น เช่น นำมาบดเป็นผงบรรจุแคปซูล ตอกเป็นยาเม็ด เตรียมเป็นครีมหรือยาขี้ผึ้งเพื่อใช้ทาภายนอก ในการศึกษาวิจัยเพื่อนำสมุนไพรมาใช้เป็นยาแผนปัจจุบันนั้น ได้มีการวิจัยอย่างกว้างขวาง โดยพยายามสกัดสารสำคัญจากสมุนไพรเพื่อให้ได้สารที่บริสุทธิ์ ศึกษาคุณสมบัติทางด้านเคมีและฟิสิกส์ของสารเพื่อทราบว่ามีฤทธิ์อย่างไร ตรวจสอบฤทธิ์ด้านเภสัชวิทยาในสัตว์ทดลองเพื่อดูผลในการรักษาโรค และศึกษาความเป็นพิษและผลข้างเคียง เมื่อพบว่าสารชนิดใดให้ผลในการรักษาที่ดีโดยไม่มีพิษหรือมีพิษข้างเคียงน้อย จึงนำสารนั้นมาเตรียมเป็นยารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อทดลองใช้ต่อไป[1, 2, 3]

ประเทศไทยจาก (1) ข้อมูลโรงงานผลิตยาแผนโบราณของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2) ข้อมูลโรงงานผลิตยาแผนโบราณของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ (3) คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข[4] พบว่ามีจำนวนโรงงานผลิตยาแผนโบราณภาครัฐ 71 แห่ง และภาคเอกชน 947 แห่ง เมื่อพิจารณาคุณภาพของโรงงานผลิตยาแผนโบราณของโรงพยาบาลภาครัฐได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก (WHO) จำนวน 32 แห่ง (ร้อยละ 45.07) ส่วนภาคเอกชนมีโรงงานที่ได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของ Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PIC/s) จำนวน 36 แห่ง (ร้อยละ 3.80) และมีการกระจายตัวของโรงงานผลิตยาแผนโบราณภาครัฐอยู่ใน 12 เขตสุขภาพ พบมากที่เขตสุขภาพ 7, 9, 10 และ 12 ส่วนภาคเอกชนมีการกระจุกตัวหนาแน่น ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

การผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ สำหรับเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีโรงงานผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ ที่ได้รับมาตรฐาน GMP จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพล โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกมลาไสย และโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โรงงานเหล่านี้มีนโยบายในการรับซื้อวัตถุดิบสมุนไพรจากเกษตรกรในพื้นที่ และผลิตยาสมุนไพรตามความต้องการของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพนั้น ๆ เพื่อสร้างรายได้ให้แก่เกษตรกรและสนับสนุนการเข้าถึงยาในชุมชน อย่างไรก็ตาม ศักยภาพการผลิตยังมีข้อจำกัดในการผลิตยาให้เพียงพอต่อความต้องการของหน่วยบริการ เนื่องจากแต่ละโรงงานสามารถผลิตได้เฉพาะบางรายการเท่านั้น และยังต้องพึ่งพาการจัดซื้อจากบริษัทเอกชนเพื่อเติมเต็มความต้องการ[5, 6]

มาตรฐานการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลในประเทศไทยถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ซึ่งมีการจัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ดี โดยแบ่ง

ประเภทของการผลิตออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีกระบวนการผลิตซึ่งมีความเสี่ยงสูง และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีกระบวนการผลิตซึ่งมีความเสี่ยงต่ำ นอกจากนี้ในการผลิตยาสมุนไพร โรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice) เพื่อให้แน่ใจว่าผลิตภัณฑ์ที่ได้มีคุณภาพและปลอดภัย โดยต้องมีการควบคุมคุณภาพในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การจัดซื้อวัตถุดิบ การผลิต ไปจนถึงการบรรจุและจัดจำหน่าย34. นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงในการผลิตเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของสารอันตรายและเชื้อโรค รวมถึงการออกแบบสถานที่ผลิตและเครื่องมือให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถผลิตยาสมุนไพรที่มีคุณภาพสูงตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7,8,9]

ต้นทุนการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลประกอบด้วยหลายปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่าย โดยหลัก ๆ ได้แก่ ต้นทุนวัตถุดิบ ค่าแรงงาน ค่าพลังงาน และค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผลิต วัตถุดิบที่ใช้ เช่น สมุนไพรสดหรือแห้ง มักจะมีการจัดซื้อจากเกษตรกรในพื้นที่เพื่อสนับสนุนเศรษฐกิจท้องถิ่น ขณะที่ค่าพลังงานที่ใช้ในการผลิต เช่น ค่าไฟฟ้าและน้ำ ก็เป็นส่วนสำคัญที่ต้องคำนึงถึง นอกจากนี้ ค่าแรงงานสำหรับการผลิตและการบรรจุภัณฑ์ รวมถึงค่าใช้จ่ายทั่วไป เช่น ค่าซ่อมบำรุงเครื่องจักรและค่าการตลาด ก็มีผลต่อราคาขายของผลิตภัณฑ์ โรงพยาบาลยังต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice) ซึ่งอาจเพิ่มต้นทุนในการผลิต แต่ช่วยให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัย การวิเคราะห์ต้นทุนเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตยาสมุนไพร การศึกษาจุดคุ้มทุนของการผลิตยาแผนโบราณในโรงพยาบาลอู่ทองพบว่าการผลิตมีความคุ้มทุนในทั้งสองกรณี คือ ก่อนและหลังการลงทุนเพื่อให้ได้มาตรฐาน GMP WHO การวิเคราะห์ความอ่อนไหวแสดงให้เห็นว่าตัวแปรต่าง ๆ เช่น รายได้ ต้นทุนวัตถุดิบ และค่าบรรจุภัณฑ์ มีผลต่อความคุ้มทุนของการผลิต นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสถานที่ให้เป็นไปตามมาตรฐาน GMP WHO ก็ส่งผลเช่นกัน อย่างไรก็ตาม โมเดลทางการเงินนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากข้อมูลที่ใช้มาจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจไม่สะท้อนภาพรวมของการผลิตยาแผนโบราณทั่วประเทศได้อย่างครบถ้วน

โรงงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเริ่มเปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2545 และได้รับการรับรองมาตรฐาน WHO-GMP โดยมีการดำเนินงานภายใต้การดูแลของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีหน้าที่ผลิตยาสมุนไพรตามความต้องการจากงานแพทย์แผนไทย โรงงานมีพื้นที่ขนาด 251.72 ตารางเมตร และสามารถผลิตยาสมุนไพรได้ทั้งหมด 47 รายการ ปัจจุบัน การผลิตสมุนไพรในโรงพยาบาลกมลาไสยมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลได้รับโควต้าผลิตยาสมุนไพรจำนวน 9 รายการ ซึ่งรวมถึงผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น ยาหม่องไพล น้ำมันไพล และลูกประคบสมุนไพร โดยโรงพยาบาลกมลาไสยร่วมกับโรงงานผลิตยาในเขตสุขภาพที่ 7 มีนโยบายในการรับซื้อวัตถุดิบสมุนไพรจากเกษตรกรในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการผลิตยาให้มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแนวทางการซื้อขายยาสมุนไพรร่วมกันในระดับเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดหายาและสร้างรายได้ให้แก่เกษตรกร อย่างไรก็ตาม ศักยภาพการผลิตของโรงพยาบาลกมลาไสยยังมีข้อจำกัดในด้านการผลิตยาให้ครบทุกประเภทตามความต้องการ เนื่องจากแต่ละโรงงานมีความสามารถในการผลิตที่แตกต่างกัน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถผลิตยาสมุนไพรได้มากขึ้นและกระจายไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้อย่างทั่วถึง

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาล

กมลาไสย เพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐในเขตสุขภาพที่ 7 ในปี พ.ศ. 2566 – 2567 การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อให้ทราบถึงต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการผลิต รวมถึงความสามารถในการจัดหาวัตถุดิบและการผลิตยาสมุนไพรที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน GMP ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง การวิเคราะห์ต้นทุนและความพร้อมนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบการผลิตยาแผนโบราณให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567

ประโยชน์ของงานวิจัย

ทราบถึงต้นทุนและความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567 โดยศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน 2565 – เดือนตุลาคม 2567 รวม 24 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษา การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567 ศึกษาในหน่วยประชากรคือ โรงพยาบาลกมลาไสย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ผังผลิตยาสมุนไพรโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการผลิตยาสมุนไพรโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. วางแผนการดำเนินการวิจัยต้นทุนและความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567

2. กำหนดชนิดและประเภทของข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดจำแนกและวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปโรงงานผลิตยาสมุนไพร โรงพยาบาลกมลาไสย สมุนไพรที่ผลิต ต้นทุนการผลิตรายตัว และผลการประเมินความพร้อมโดยรวม

4. สรุปต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินความพร้อมของการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อสนับสนุนสถานบริการของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 – 2567 ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปโรงงานผลิตยาสมุนไพรโรงพยาบาลกมลาไสย

โรงงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเริ่มเปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2545 และได้รับการรับรองมาตรฐาน WHO-GMP โดยการดำเนินงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย นายแพทย์สุพัฒน์ ธาตุเพชร โรงพยาบาลกมลาไสย ภายใต้การดูแลของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีหน้าที่ทำการผลิตยาสมุนไพรตามปริมาณความต้องการใช้ยาจากงานแพทย์แผนไทย โดยโรงงานผลิตยาสมุนไพรมีขนาดพื้นที่ของโรงงาน 251.72 ตารางเมตรผลิตยารวมทั้งสิ้น 47 รายการ โรงงานมีบุคลากรปฏิบัติงานทั้งสิ้น 3 คน ประกอบด้วย เภสัชกร จำนวน 1 คน เป็นหัวหน้างานผลิตยาสมุนไพร และพนักงาน (ลูกจ้างชั่วคราว) จำนวน 2 คน

2. สมุนไพรที่ผลิต

ตารางที่ 1 รายการยาสมุนไพรและปริมาณการผลิต

ลำดับ	รายการ	หน่วยบรรจุ	ปริมาณการผลิต	ราคา/หน่วย	มูลค่า (บาท)
1	กระชายดำ 400 มิลลิกรัม (แคปซูล)	100 แคปซูล/ขวด	50	100	5,000
2	ยาผงแก้ลมอัมพฤกษ์ ขนาด 15 กรัม	15 กรัม/ซอง	400	30	12,000
3	ยาชงขิง 2 กรัม	10 ซอง	500	45	22,500
4	ยาแคปซูลขมิ้นชัน 500 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	1,000	100	100,000
5	ยาแคปซูลขมิ้นชัน 500 มิลลิกรัม	10 แคปซูล/แผง	130,000	10	1,300,000
6	ยาลูกกลอนขมิ้นชัน	50 กรัม/ขวด	200	100	20,000
7	ขี้ผึ้งไพล 15 กรัม	15 กรัม/ขวด	12,000	30	360,000
8	ขี้ผึ้งไพล 500 กรัม	500 กรัม/ขวด	10	650	6,500
9	ยาผงเขียวหอม 15 กรัม	15 กรัม/ซอง	300	45	13,500

ตารางที่ 1 รายการยาสมุนไพรและปริมาณการผลิต

ลำดับ	รายการ	หน่วยบรรจุ	ปริมาณการผลิต	ราคา/หน่วย	มูลค่า (บาท)
10	ยาแคปซูลโคคลาน 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	50	100	5,000
11	ยาแคปซูลจันทน์ลีลา 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	200	100	20,000
12	ยาชงชุมเห็ดเทศ 2 กรัม	10 ซอง	50	45	2,250
13	ยาชงตรีผลา 2 กรัม	10 ซอง	1,500	45	67,500
14	ยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียง 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	200	100	20,000
15	ยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียง 400 มิลลิกรัม	10 แคปซูล/แผง	18,000	10	180,000
16	ยาแคปซูลธรณีสันทะฆาต 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	75	45	3,275
17	ยาแคปซูลธาตุบรรจุ 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	175	100	17,500
18	ยาน้ำธาตุอบเชย 240 มิลลิลิตร	240 มล./ขวด	1,000	50	50,000
19	ยาน้ำธาตุอบเชย 60 มิลลิลิตร	60 มล./ขวด	500	25	12,500
20	น้ำมันไพล 60 มิลลิลิตร	60 มล./ขวด	1,500	45	67,500
21	น้ำมันไพล 450 มิลลิลิตร	450 มล./ขวด	10	145	1,450
22	ยาแคปซูลบอระเพ็ด 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	50	100	5,000
23	ยาแคปซูลประสะไพล 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	25	100	25,000
24	ยาแคปซูลปราบชมพูทวีป 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	75	80	6,000
25	พิมเสนน้ำ 5 มิลลิลิตร	5 มล./ขวด	1,000	20	20,000
26	ยาแคปซูลเพชรสังฆาต 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	200	80	16,000
27	ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร 400 มิลลิกรัม	10 แคปซูล/แผง	130,000	10	1,300,000
28	ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	1,000	100	25,000
29	ยาแคปซูลมะขามแขก 400 มิลลิกรัม	10 แคปซูล/แผง	0	10	0
30	ยาแคปซูลมะขามแขก 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	1,000	100	100,000
31	ยาแคปซูลโมกหลวง 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	25	100	25,000
32	ยาดมกมลาจรุงจิต	ขวด	1,000	25	25,000
33	ยาทับหม้อเกลือ 150 กรัม	150 กรัม/ถุง	20	50	1,000
34	ยานั่งถ่าน 500 กรัม	500 กรัม/ถุง	5	120	600
35	ยาประคบ 200 กรัม	200 กรัม/ลูก	3,000	50	150,000
36	ยาผงหอมนวโกศ 15 กรัม	15 กรัม/ซอง	200	30	6,000
37	ยาพอกเข่า 15 กรัม	15 กรัม/ซอง	200	45	9,000
38	ยาชงรางจืด 2 กรัม	10 ซอง	200	45	9,000
39	ยาแคปซูลว่านชักมดลูก 500 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	100	100	10,000
40	ยาแคปซูลเลือดงาม 400 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	100	100	10,000
41	ยาอบสตรีหลังคลอด 150 กรัม	150 กรัม/ห่อ	200	45	90,000
42	ยาแคปซูลสหัสธารา 500 มิลลิกรัม	100 แคปซูล/ขวด	125	100	125,000
43	ยาชงหญ้าดอกขาว 2 กรัม	10 ซอง	100	45	4,500
44	ยาผงหอมเทพจิตร 15 กรัม	15 กรัม/ซอง	300	30	9,000
45	ยาผงอำมฤควาที 15 กรัม	15 กรัม/ซอง	300	30	9,000
46	ยาประคบ 200 กรัม	200 กรัม/ลูก	600	30	18,000
47	ยาแก้ไอมะขามป้อม 60 มิลลิลิตร	60 มล./ขวด	1,000	30	30,0000

จากตารางที่ 1 รายการยาสมุนไพรและปริมาณการผลิต พบว่า สามารถผลิตยาสมุนไพรได้ทั้งหมด 47 ชนิดสมุนไพรที่ผลิตได้มากที่สุด ได้แก่ ยาแคปซูลขมิ้นชัน 500 มิลลิกรัม 10 แคปซูล/แผง กำลังการผลิต 130,000 แคปซูล ต้นทุก 10 บาทต่อแคปซูลรวมมูลค่า 1,300,000 บาท และยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร 400 มิลลิกรัมกำลังการผลิต 130,000 แคปซูล ต้นทุก 10 บาทต่อแคปซูลรวมมูลค่า 1,300,000 บาท

3. ต้นทุนการผลิตรายตัว

ตารางที่ 2 สรุปข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตยาสมุนไพร 3 รายการ ที่สนับสนุนให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

ลำดับ	รายการ	ต้นทุนรายการสมุนไพร (มูลค่า: บาท)			
		ยาแคปซูลขมิ้นชัน 500 มิลลิกรัม	ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร 400 มิลลิกรัม	ยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียง 400 มิลลิกรัม	รวม
1	เงินเดือนและค่าล่วงเวลา (บาท)	208,983.33	178,310.83	115,465.83	502,759.99
2	วัตถุดิบ (กิโลกรัม)	225,000.00	99,000.00	21,600.00	345,600.00
3	แคปซูลเปล่า (แคปซูล)	136,500.00	115,500.00	31,500.00	283,500.00
4	กล่องบรรจุแผงแคปซูล ขนาดบรรจุ 500 แคปซูล	20,800.00	17,600.00	4,800.00	43,200.00
5	ม้วนฟอยด์ปิดหลังแผงบริสเตอร์ (กิโลกรัม)	54,696.00	44,520.00	25,440.00	124,656.00
6	ม้วนพลาสติก PVC ใส (หลุมแผงบรีสเตอร์) (กิโลกรัม)	50,000.00	45,000.00	20,000.00	115,000.00
7	สติ๊กเกอร์ฉลากยา (แผ่น)	36,000.00	28,500.00	18,000.00	82,500.00
8	ค่าไฟฟ้าและค่าน้ำ	22,500.00	17,500.00	5,000.00	45,000.00
9	ค่าขนส่ง	3,200.00	2,500.00	2,000.00	7,700.00
10	ค่าวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ ค่าหน้ากากอนามัย, ถุงมือ และหมวก	7,156.35	5,566.05	3,180.60	15,903.00
11	ค่าวัสดุสำนักงานและวัสดุงานบ้านงานครัว	4,390.50	3,951.45	1,951.45	10,293.40
12	ค่าตรวจวิเคราะห์คุณภาพ	5,500.00	5,500.00	5,500.00	16,500.00
13	ค่าเสื่อมราคาอาคารเภสัชกรรมและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต	200,000.00			200,000.00
รวมค่าใช้จ่าย		774,726.18	563,448.33	254,437.88	1,792,612.39
ปริมาณการผลิตได้จริง (แคปซูล)		1,246,700.00	1,005,400.00	293,000.00	2,545,100.00
ราคาต้นทุนต่อแคปซูล		0.62	0.56	0.87	0.70
งบประมาณที่ได้รับจัดสรรปี 2565 (บาท)					2,500,000.00
รวมต้นทุนทั้งหมด (บาท)					1,792,612.39
จำนวนเงินรายรับที่ได้เข้าโรงพยาบาล (บาท)					707,387.61

จากตารางที่ 2 สรุปข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตยาสมุนไพร 3 รายการ ที่สนับสนุนให้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าต้นทุนรวมทั้งหมด 1,792,612.39 บาท จำนวนเงินรายรับที่ได้เข้าโรงพยาบาล 707,387.61 บาท ส่วนต่างต้นทุน เท่ากับ 1,085,224.78 บาท

4. ผลการประเมินความพร้อมโดยรวม

ตารางที่ 3 ผลการประเมินมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพรตามเกณฑ์ WHO-GMP แจกแจงรายละเอียดหัวข้อในแต่ละหมวด

หมวดการประเมิน	จำนวนข้อกำหนด (ข้อ)	ผ่านการประเมิน (ข้อ)	ไม่ผ่าน (ข้อ)
หมวดที่ 1 การประกันคุณภาพในการผลิตยาจากสมุนไพร	3	3	0
หมวดที่ 2 การผลิตที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร	15	15	0
หมวดที่ 3 สุขาภิบาลและสุขอนามัย	2	1	1
หมวดที่ 4 การตรวจรับรองและตรวจสอบความถูกต้อง	13	10	3
หมวดที่ 5 ข้อร้องเรียน	10	10	0
หมวดที่ 6 การเรียกเก็บผลิตภัณฑ์	8	4	4
หมวดที่ 7 การจ้างผลิต และการตรวจวิเคราะห์	17	0	17
หมวดที่ 8 การตรวจสอบตนเอง	25	18	7
หมวดที่ 9 บุคลากร	57	30	27
หมวดที่ 10 การฝึกอบรม	10	10	4
หมวดที่ 11 สุขอนามัยส่วนบุคคล	8	8	0
หมวดที่ 12 อาคารสถานที่	36	16	20
หมวดที่ 13 เครื่องมือ	13	10	3
หมวดที่ 14 วัตถุดิบต่างๆ	6	6	0
หมวดที่ 14.1 วัตถุดิบตั้งต้น	15	15	0
หมวดที่ 14.2 ภาชนะบรรจุ	5	5	0
หมวดที่ 14.3 ผลิตภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป และผลิตภัณฑ์ในบรรจุขนาดใหญ่	2	2	0
หมวดที่ 14.4 ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป	6	6	0
หมวดที่ 14.5 ผลิตภัณฑ์เรียกคืน	1	1	0
หมวดที่ 14.6 ผลิตภัณฑ์ส่งคืน	1	1	0
หมวดที่ 14.7 สารเคมีและอาหารเลี้ยงเชื้อ	3	0	3
หมวดที่ 14.8 สารอ้างอิงมาตรฐาน	12	0	12
หมวดที่ 14.9 สารที่ไม่ได้ใช้แล้ว	2	2	0
หมวดที่ 14.10 สารอื่นๆ Miscellaneous	1	1	0
หมวดที่ 15 เอกสารต่างๆ	29	29	0
หมวดที่ 16 การปฏิบัติที่ดีในการผลิต	152	100	52
หมวดที่ 17 การปฏิบัติที่ดีในการควบคุมคุณภาพ	55	32	23
รวมคะแนน	507	331 65.29%)	176 (34.71)

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพรตามเกณฑ์ WHO-GMP แจกแจงรายละเอียดหัวข้อในแต่ละหมวด พบว่า การผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย ผ่านการประเมิน ร้อยละ 65.29

5. ปัญหาและอุปสรรคของโรงงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย

5.1 ปัญหาการที่เกี่ยวกับการผลิต ได้แก่ ผลวิเคราะห์ไม่ผ่านมาตรฐาน พบ clostridium perfringens ในแคปซูลฟ้าทลายโจร

5.2 การวางผังของโรงงานไม่เหมาะสมกับเครื่องจักรที่ได้รับการสนับสนุนทำให้พื้นที่ในการผลิตจำกัด

5.3 พื้นที่ของโรงงานเกิดความชำรุด จากการย้ายเครื่องจักร ทำให้เป็น major defect

5.4 ระบบปรับอากาศและแสงสว่างไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน

5.5 ระบบการป้องกันฝุ่นจากภายนอกโรงงานไม่มีประสิทธิภาพ

5.6 การติดตั้งเครื่องจักรไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า โรงงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสยเริ่มเปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2545 และได้รับการรับรองมาตรฐาน WHO-GMP โดยการดำเนินงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย นายแพทย์สุพัฒน์ ธาตุเพชร โรงพยาบาลกมลาไสย ภายใต้การดูแลของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีหน้าที่ทำการผลิตยาสมุนไพรตามปริมาณความต้องการใช้ยาจากงานแพทย์แผนไทย โดยโรงงานผลิตยาสมุนไพรมีขนาดพื้นที่ของโรงงาน 251.72 ตารางเมตรผลิตยารวมทั้งสิ้น 47 รายการ โรงงานมีบุคลากรปฏิบัติงานทั้งสิ้น 3 คน ประกอบด้วย เภสัชกร จำนวน 1 คน เป็นหัวหน้างานผลิตยาสมุนไพร และพนักงาน (ลูกจ้างชั่วคราว) จำนวน 2 คน สามารถผลิตยาสมุนไพรได้ทั้งหมด 47 ชนิดสมุนไพรที่ผลิตได้มากที่สุด ได้แก่ ยาแคปซูลขมิ้นชัน 500 มิลลิกรัม 10 แคปซูล/แผง กำลังการผลิต 130,000 แคปซูล ต้นทุก 10 บาทต่อแคปซูลรวมมูลค่า 1,300,000 บาท และยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร 400 มิลลิกรัมกำลังการผลิต 130,000 แคปซูล ต้นทุก 10 บาทต่อแคปซูลรวมมูลค่า 1,300,000 บาท ต้นทุนรวมทั้งหมด 1,792,612.39 บาท จำนวนเงินรายรับที่ได้เข้าโรงพยาบาล 707,387.61 บาท ส่วนต่างต้นทุนเท่ากับ 1,085,224.78 บาท สอดคล้องกันกับการศึกษาของชาลิสา ปานสุวรรณ์ และคณะ (2561)[10] ได้ศึกษาการสร้างโมเดลทางการเงินสำหรับการผลิตยาแผนโบราณในโรงพยาบาล จากผลการสำรวจโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาการผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน GMP จำนวน 11 แห่ง พบว่า ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร เถาวัลย์เปรียง เป็น 3 อันดับแรกที่มีปริมาณการผลิตสูงสุด นอกจากนี้พบว่าการผลิตยาแผนโบราณเพื่อใช้ภายในรพ.คิดเป็น 43.53% (10%-100%) และรายการยาแผนโบราณมี ความซ้ำซ้อนกับภาคเอกชน มี 48 รายการ คิดเป็น 30.97% ซึ่งส่วนใหญ่มีราคาถูกกว่าของเอกชน ผลการศึกษาจุดคุ้มทุนก่อนลงทุนให้ได้ WHO-GMP พบว่ารพ. มี NPV = 39.16 ล้านบาท IRR = 27.24% และ PB = 1.25 ปี หากรพ.มีการลงทุนเพื่อให้ได้ WHO-GMP พบว่า NPV = 15.25 ล้านบาท IRR = 7.82% และ PB = 8.31 ปี แสดงให้เห็นว่าทั้ง 2 กรณีมีความคุ้มค่าที่จะลงทุนในการผลิตยาแผนโบราณ สำหรับการวิเคราะห์การอ่อนไหวพบว่าในทุกกรณีค่า NPV และ IRR ยังมีค่าเป็นบวก แสดงว่าการผลิตยาแผนโบราณมีความคุ้มทุน และสอดคล้องกับการศึกษาของธีรนันท์ ธนัญชัย และคณะ.(2565)[4] ได้ศึกษาสถานการณ์โรงงานผลิตยาแผนโบราณของภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย ซึ่งใช้ข้อมูลเชิงปริมาณในการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีการผลิตยาสมุนไพร โดยพบว่ามีโรงงานภาครัฐที่ได้รับมาตรฐาน GMP จำนวนไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับภาคเอกชน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพและต้นทุนการผลิต

ผลการประเมินมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพรตามเกณฑ์ WHO-GMP แจกแจงรายละเอียดหัวข้อในแต่ละหมวด พบว่าการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย ผ่านการประเมิน ร้อยละ 65.29 ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการที่เกี่ยวกับการผลิต ได้แก่ ผลวิเคราะห์ไม่ผ่าน

มาตรฐาน พบ clostridium perfringens ในแคปซูลฟ้าทลายโจร การวางผังของโรงงานไม่เหมาะสมกับเครื่องจักรที่ได้รับการสนับสนุนทำให้พื้นที่ในการผลิตจำกัด พื้นที่ของโรงงานเกิดความชำรุด จากการย้ายเครื่องจักร ทำให้เป็น major defect ระบบปรับอากาศและแสงสว่างไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ระบบการป้องกันฝุ่นจากภายนอกโรงงานไม่มีประสิทธิภาพ และการติดตั้งเครื่องจักรไม่เป็นไปตามมาตรฐาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ธนัชพร อินโท, จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์.(2565)[11] ได้ศึกษาสถานการณ์และความพร้อมของสถานที่ผลิตยาแผนโบราณในเขตสุขภาพที่ 3 ในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการพื้นฐานในการผลิตยาแผนโบราณ พ.ศ. 2559 พบว่าสถานที่ผลิตยาแผนโบราณมีคะแนนรวมทุกหมวดเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 27.42 หมวดที่คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การบริหารคุณภาพ และน้อยที่สุด คือ การดำเนินการด้านเอกสาร เท่ากับร้อยละ 43.9 และ 3.79 ตามลำดับ สถานที่ผลิตยาแผนโบราณเพียง 1 แห่ง ที่คะแนนทุกหมวดมากกว่าร้อยละ 50 และสถานที่ผลิตยาต้องใช้เวลามากกว่า 5 ปี ในการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ฯ หมวดที่ต้องใช้งบประมาณในการปรับปรุงมากที่สุด คือ อาคารสถานที่ ปัญหาและอุปสรรคด้านกระบวนการผลิตยา คือ หลักเกณฑ์ฯ มีความยุ่งยาก ปัญหาและอุปสรรคด้านการจำหน่าย คือ คนรุ่นใหม่มีความนิยมใช้ยาแผนโบราณลดลง และด้านนโยบายจากรัฐบาล คือ หลักเกณฑ์สถานที่ผลิตยาแผนโบราณมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมมาศ สิริกวิน และคณะ (2563) ได้ศึกษา สถานการณ์โรงงานผลิตยาแผนโบราณของภาครัฐและเอกชนของประเทศไทย พบว่า โรงงานภาครัฐมีจำนวน 71 แห่ง และโรงงานเอกชนมี 947 แห่ง โดยมีเพียง 32 แห่งในภาครัฐที่ได้รับมาตรฐาน WHO-GMP ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการรักษาคุณภาพและมาตรฐานในการผลิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย มีโอกาสในการพัฒนา ได้แก่ ผลวิเคราะห์ไม่ผ่านมาตรฐาน พบ clostridium perfringens ในแคปซูลฟ้าทลายโจร การวางผังของโรงงานไม่เหมาะสมกับเครื่องจักรที่ได้รับการสนับสนุนทำให้พื้นที่ในการผลิตจำกัด พื้นที่ของโรงงานเกิดความชำรุด จากการย้ายเครื่องจักร ทำให้เป็น major defect ระบบปรับอากาศและแสงสว่างไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ระบบการป้องกันฝุ่นจากภายนอกโรงงานไม่มีประสิทธิภาพ และการติดตั้งเครื่องจักรไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรยกระดับมาตรฐานการผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน WHO-GMP

2. ควรศึกษาแนวทางในการเพิ่มมูลค่าและลดรายจ่าย การผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลกมลาไสย

เอกสารอ้างอิง

1. การขับเคลื่อนงานสมุนไพรกระทรวงเกษตรและสหกรณ์.(2566). สมุนไพรวิถี: ยาสมุนไพรปลอดภัยเมื่อใช้ถูกหลัก.[ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2566. https://www.moac.go.th/herbs-knowledge-preview-451891791795
2. ภาณุเมศวร์ สุขศรีศิริวัชร ชูชาติ พยอม และศุภชัย แก้วจันทร์.(2563). การพัฒนาเครื่องอัดเม็ดยาสมุนไพรแบบเพลาลูกเบี้ยวเยื้องศูนย์สำหรับชุมชนแพทย์แผนไทย อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. วารสารเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยี. 1(3). 95-104
3. นูรีย๊ะ ล่าเตะเกะ มุสตูรา ยะโกะ รัตติภรณ์ บุญทัศน์ นัฏมน โรจน์หัสดิน.(2566). ศึกษาสูตรสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรถิ่นเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 9(3). 81-86
4. ปทุมมาศ สิริกวิน กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, กวิน สิริกวิน, สุธี อนันต์สุขสมศรี.(2563). สถานการณ์โรงงานผลิตยาแผนโบราณของภาครัฐและเอกชนของประเทศไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก. 18(1).

5. รัตนพร เสนาลาด.(2564). การพัฒนาแนวทางการซื้อขายยาสมุนไพรร่วมกันระดับเขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 5(10) 87-98
6. ธีรนันท์ ธนัญชัย ยิ่งยง เทาประเสริฐ กันยานุช เทาประเสริฐ ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์ ทวีศักดิ์ หลีแก้วสาย.(2565). แนวทางการผลิตยาแผนไทย โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่สำหรับการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์แผนไทย. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 9(1). 88-103
7. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร. (2565). คู่มือสำหรับโรงงานผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
8. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562
9. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พ.ศ. 25564
10. ชาลิสา ปานสุวรรณ์, ธันยพร เถาสุวรรณ์, นันท์นภัส พลาดิสัย.(2561). การสร้างโมเดลทางการเงินสำหรับการผลิตยาแผนโบราณในโรงพยาบาล. ปริญญานิพนธ์ เภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. ธนัชพร อินโท, จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์.(2565). สถานการณ์และความพร้อมของสถานที่ผลิตยาแผนโบราณในเขตสุขภาพที่ 3 ในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการพื้นฐานในการผลิตยาแผนโบราณ พ.ศ. 2559. วารสารเภสัชกรรมไทย. 14(1). 193-208

การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

The Study on the Preparedness of Families to Care for Elderly Patients.

(Received: December 23,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

พฤกษาชล เหล่าสกุลศิริ[1]
Phlugsachol laosakunsiri[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุชาวไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามการประเมินความพร้อมของครอบครัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และ (2) ระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 10 ด้าน โดยเครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่า IOC เท่ากับ 0.8-1.0 และค่าความเที่ยง/ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.908

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนและร้อยละ พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระดับน้อยที่สุด โดยเฉพาะความพร้อมด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 0.21 อย่างไรก็ตาม ด้านรายได้พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.03 แสดงให้เห็นว่า แม้โดยรวมครอบครัวจะมีรายได้เพียงพอต่อการสนับสนุนการดูแล แต่ความพร้อมในด้านการจัดการความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการสื่อสารและการทำความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรมีการเสริมสร้างทักษะการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัว รวมถึงการสร้างเครือข่ายชุมชนที่มีบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยสูงอายุ, ความพร้อมของครอบครัว,ครอบครัว

Abstract

This descriptive research investigated the preparedness of families to care for elderly patients (aged 60 years and above), who received medical social work services at Nopparat Rajathanee Hospital between October 2023 and March 2024. The sample for this study consisted of 210 participants. The research instrument, which was used, was a family preparedness assessment questionnaire, which was divided into two sections: (1) the demographic information of the caregiver, and (2) the level of family preparedness to care for the patient across 10 dimensions.

The instrument underwent a quality validation process, with Item-Objective Congruence (IOC) values ranging from 0.8 to 1.0, and a reliability/consistency coefficient of 0.908. The data analysis, which used frequencies and percentages, revealed that the majority of families had exhibited a minimal level of preparedness in caring for elderly patients, particularly in terms of the knowledge that is related to patient care, which had the lowest mean score of 0.21. However, in terms of income, the mean score was the highest at 3.03, indicating that the families had sufficient incomes to support caregiving. Nevertheless, preparedness in areas, such as knowledge management and caregiving skills for the elderly, remained at a level that requires further development.In addition, factors, such as communication and mutual understanding among family members, are crucial for providing effective care to elderly individuals. Therefore, it is essential to enhance caregiving skills, provide social support to families, and establish

[1] กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร

community networks that can assist families. These efforts will help to improve the quality of elderly care and will promote a better quality of life for older adults.

Keywords: Elderly patients, family preparedness, family

บทนำ

จากสถิติประชากรประเทศไทย ในปี 2566 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรไทยทั้งหมด[1] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์[2] จากการคาดการณ์ประมาณประชากรไทย พ.ศ. 2553-2583 พบว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด[3] จากการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรสูงอายุดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรสูงวัยและนำไปสู่กลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ในเชิงเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม การพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้ประชากรไทยมีสุขภาพที่ดี อายุยืนขึ้น รวมถึงการอัตราการเกิดที่น้อยลง จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่ประชากรที่สูงอายุ ขณะที่ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือปัญหาสุขภาพ ประกอบกับสถานการณ์การย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง หรืออาศัยอยู่กับหลานวัยเด็ก และยังต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานที่บุตรนำมาฝากเลี้ยง[4] ซึ่งสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจทั้งในระดับชาติ และระดับโลก เนื่องจากมีผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งในระดับมหภาค และระดับจุลภาค ดังนั้น การเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือที่สำคัญจากทั้งครอบครัว ชุมชน และรัฐบาล ในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรืออยู่ในอาการป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยผู้สูงอายุที่ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลและการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุก้าวข้ามวิกฤตปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการที่ครอบครัวของผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดูแลจะช่วยบรรเทาการเกิดปัญหาด้านอื่น ๆ ตามมาได้ หากผู้สูงอายุไร้ซึ่งการดูแลหรือสนับสนุนจากครอบครัว จะส่งผลให้มีภาวะเครียด ซึมเศร้า นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเองในอนาคตดังนั้นงานวิจัยนี้จะศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยและเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบเชิงพรรณนา โดยการศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 40/ปี 2567

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ผู้ป่วยสูงอายุกรณีที่อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง ที่เข้ารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 461คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ผู้ป่วยสูงอายุกรณีที่อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง จำนวน 210.คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดย เทียบตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan[5] ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment)

การดำเนินการวิจัยและหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเอง แจงแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. เก็บรวบรวมแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 210 ชุด ระหว่างเดือน ตุลาคม ปี 2566 ถึง เดือน มีนาคม ปี 2567

3. ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ จัดหมวดหมู่ของข้อมูลในแบบสอบถาม กำหนดรหัส และลงบันทึกข้อมูล

4. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะใช้สถิติเชิงพรรณา โดยข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้สูงอายุ และข้อมูลระดับความพร้อมของครอบครัวเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ จะรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ (Percentage)

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 210 ราย พบว่าข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล และอายุของผู้ป่วยที่ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (N = 210)

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เพศของผู้ดูแล		
ชาย	73	34.8
หญิง	137	65.2
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	29	13.8
พี่/น้องสายเลือดเดียวกัน	9	4.3
บุตร/หลาน	58	27.6
ไม่มีผู้ดูแล/ดูแลตนเอง	114	54.3
อายุของผู้ดูแล ($\overline{X}$ ±SD)	26.1±29.7	
อายุของผู้ป่วยที่ดูแล ($\overline{X}$ ±SD)	71.1±8.6	

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศของผู้ดูแล เพศหญิง จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 เพศชาย จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ไม่มีผู้ดูแล/ดูแลตนเอง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 บุตร/หลาน จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 คู่สมรส จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 13.8 พี่/น้องสายเลือดเดียวกัน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 อายุเฉลี่ยของผู้ดูแล 27 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 29.7 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ดูแล 71 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.6

ตารางที่ 2 ระดับความพร้อมของครอบครัว (N = 210)

ข้อมูลระดับความพร้อมของครอบครัว	$\overline{X}$	SD
1. ระดับรายได้ของครอบครัว	3.03	1.48
2. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน	2.56	0.95
3. ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว	1.16	1.43
4. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว	1.60	1.97
5. ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย	1.40	1.66
6. การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	1.40	1.66
7. การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว	1.36	1.63
8. การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว	1.25	1.60
9. ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย	0.21	0.40
10. การมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับความช่วยเหลือ	1.11	1.46

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับความพร้อมของครอบครัว ในด้านระดับรายได้ของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.48 สภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.95 ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.43

ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.97 ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.66 การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.66 การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.63 การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.60 ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 และการมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับความช่วยเหลือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.468

ตารางที่ 3 ประเมินระดับความพร้อมของครอบครัว

ระดับความพร้อม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพร้อมน้อยที่สุด	98	46.7
ระดับความพร้อมน้อย	50	23.8
ระดับความพร้อมปานกลาง	47	22.4
ระดับความพร้อมมาก	10	4.8
ระดับความพร้อมมากที่สุด	5	2.4

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความพร้อมน้อยที่สุด จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระดับความพร้อมน้อย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 ระดับความพร้อมปานกลาง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 22.4 ระดับความพร้อมมาก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 และระดับความพร้อมมากที่สุด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4

สรุปและอภิปรายผล

จากผลวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา เรื่อง “ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ”สรุปได้ว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.2) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลตนเองหรือไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 54.3) และอายุเฉลี่ยของผู้ดูแลอยู่ที่ 26.1 ปี ส่วนอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ที่ 71.1 ปี

2. ระดับความพร้อมของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระดับน้อยที่สุด โดยประเด็นที่ครอบครัวมีความพร้อมสูงสุด ได้แก่ ระดับรายได้ของครอบครัว ส่วนประเด็นที่ครอบครัวมีความพร้อมน้อยที่สุด ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย

โดยรวมแล้ว ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าครอบครัวมีความพร้อมในด้านรายได้และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน แต่ยังมีความต้องการในการพัฒนาในด้านอื่น ๆ เพื่อให้สามารถดูแลสมาชิกที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในด้านต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อพัฒนาความพร้อมและการสนับสนุนภายในครอบครัวอย่างยั่งยืน จากสรุปผลการศึกษา เรื่อง “ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ” บ่งชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะผู้หญิง นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่มีผู้ดูแลหรือดูแลตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในครอบครัวที่มีวัยแรงงานย้ายถิ่นฐานไปทำงานในพื้นที่อื่น ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ ระดับความพร้อมของครอบครัว จากผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมในด้านต่าง ๆ ของครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องระดับรายได้และสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ด้านความรักใคร่ผูกพัน การสื่อสาร การทำหน้าที่ตามบทบาท

และการมีเครือข่ายทางสังคมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลและสนับสนุนสมาชิกที่มีพฤติกรรมหรือความต้องการพิเศษ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายและความแตกต่างในระดับความพร้อมของครอบครัวในหลายด้าน โดยมีการวัดและประเมินใน 10 ปัจจัยหลัก ซึ่งได้แก่ รายได้ สภาพแวดล้อมในบ้าน ความรักใคร่ผูกพัน ความสามารถในการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการจัดการพฤติกรรม ความยอมรับและให้อภัย การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ ความรู้ในการดูแล และเครือข่ายทางสังคม

โดยรวมแล้ว ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าครอบครัวมีความพร้อมในด้านรายได้และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน แต่ยังมีความต้องการในการพัฒนาในด้านอื่น ๆ เพื่อให้สามารถดูแลสมาชิกที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในด้านต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อพัฒนาความพร้อมและการสนับสนุนภายในครอบครัวอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ จากข้อมูลพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสมาชิกที่มีพฤติกรรมหรือความต้องการพิเศษ อีกทั้งยังมีความแตกต่างในด้านความสามารถในการจัดการปัญหาและการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงความจำเป็นในการสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพในด้านการสื่อสาร ความรู้ และการจัดการภายในครอบครัวเพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลแสดงถึงการที่ครอบครัวมีความพร้อมด้านรายได้และสภาพแวดล้อมภายในบ้านมากกว่าด้านอื่น ขณะที่ความรัก ความผูกพัน ความรู้ในการดูแล และการสื่อสารยังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การวิจัย เรื่อง “การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ” ได้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวในการเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (Structural-Functional Theory) ของพาร์สันส์และเมอร์ตัน[6] ที่อธิบายว่าครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่มีหน้าที่เฉพาะเพื่อรักษาสมดุลของระบบสังคมโดยรวม ในกรณีของผู้ป่วยสูงอายุ ครอบครัวทำหน้าที่ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ การดูแลสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ภายใต้กรอบแนวคิดนี้ การทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น การสื่อสารที่ดี การร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา และการให้กำลังใจต่อกัน มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งนี้สามารถเชื่อมโยงกับ McMaster Family Model ของแอพเสตน[7] ซึ่งเน้นถึงบทบาทของการสื่อสารและความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัว ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้ ผลการวิจัยเรื่อง “ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ” ผู้วิจัยพบว่าระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระดับน้อยที่สุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ถิรพร ตั้งจิตติพร และคณะ[8] ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเด็กป่วยประคับประคอง เช่น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ความเครียดของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม มีผลอย่างมากต่อความพร้อมในการดูแลในบริบทของผู้สูงอายุ ครอบครัวที่ต้องรับภาระการดูแลเป็นระยะเวลานาน อาจประสบกับปัญหาความเครียดและความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระดับความพร้อมลดลง การที่ครอบครัวได้รับการสนับสนุน เช่น การฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุ หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน จะช่วยเพิ่มระดับความพร้อมของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญและจากผลการวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารภายในครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์[9] ที่

ระบุว่าทัศนคติของผู้ดูแลและความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ยิ่งครอบครัวมีทัศนคติที่ดีและมีความเข้าใจในบทบาทการดูแลมากเท่าไร ระดับความพร้อมในการดูแลก็จะเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งตัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุเอง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะในกรณีที่ครอบครัวมีทรัพยากรที่จำกัด เช่น รายได้ไม่เพียงพอ หรือไม่มีการสนับสนุนจากภาครัฐหรือองค์กรทางสังคมอื่น ๆ การที่ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลโดยไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ อาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าทางกายและจิตใจรวมถึงส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่ดีตามความจำเป็น ทั้งนี้ ในการดูแลและสนับสนุนสมาชิกครอบครัวที่มีความต้องการพิเศษหรือมีพฤติกรรมที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ครอบครัวถือเป็นส่วนสำคัญที่มีบทบาทหลักในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ความรู้สึกและการดูแลด้านสุขภาพ การศึกษาระดับความพร้อมของครอบครัวในมิติต่าง ๆ เช่น รายได้ สภาพแวดล้อมในบ้าน ความรักและผูกพัน การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร และการเข้าถึงเครือข่ายช่วยเหลือ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อประเมินและออกแบบแนวทางสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลสมาชิกที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างเหมาะสม

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลและสนับสนุนสมาชิกที่มีพฤติกรรมหรือความต้องการพิเศษ พบว่าครอบครัวมีความหลากหลายทั้งในด้านรายได้ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และการสนับสนุนทางอารมณ์ การศึกษานี้เน้นการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยข้อมูลที่ได้แบ่งออกเป็นหลายด้าน ซึ่งแต่ละด้านมีผลต่อการดูแลและสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวอย่างชัดเจน ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าแม้ครอบครัวจะมีความพร้อมด้านรายได้และสภาพแวดล้อมภายในบ้านอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องพัฒนา เช่น ความรักใคร่ผูกพัน การแก้ไขปัญหา การจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการสื่อสารภายในครอบครัว โดยเฉพาะด้านความรู้และความเข้าใจในการดูแลสมาชิกที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งยังมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำมาก การมีเครือข่ายทางสังคมก็ยังน้อย ซึ่งอาจทำให้การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ยากขึ้น ดังนั้นการให้การสนับสนุนและการฝึกอบรมด้านต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเพิ่มความพร้อมและความสามารถในการดูแลสมาชิกที่มีความต้องการพิเศษในครอบครัวให้ดีขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระดับน้อยที่สุด ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์จะต้องใช้วิธี Family Therapy ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือตามข้อคะแนนที่ได้รับการประเมินของเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว[10] ทั้งนี้ผลการศึกษาจะใช้เป็นแนวทางในการช่วยให้ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และช่วยสร้างโปรแกรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วย

การเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไม่เพียงแต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และการให้การสนับสนุนทั้งทางด้านทรัพยากรและอารมณ์ จะช่วยเพิ่มระดับความพร้อมของครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การขยายกลุ่มตัวอย่าง: ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยสูงอายุจากภูมิภาคต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและเป็นตัว

แทนที่ดีขึ้นของสังคมไทย ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับความแตกต่างและความคล้ายคลึงในแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

2) การศึกษาเชิงลึกด้านจิตวิทยา: ควรมีการวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่จิตวิทยาของสมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแล เพื่อให้เข้าใจถึงอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

3) การเปรียบเทียบกลุ่มครอบครัว: การวิจัยควรเน้นการเปรียบเทียบความพร้อมของครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ กับกลุ่มครอบครัวที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงผลกระทบของการสนับสนุนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การพัฒนาผู้สูงอายุ

1.1) การสร้างมาตรฐานการดูแล: ผลการวิจัยจะช่วยให้เข้าใจความต้องการและปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการดูแลที่เหมาะสมและตอบโจทย์ความจริง

1.2) การส่งเสริมคุณภาพชีวิต: เมื่อเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ความรักใคร่ในครอบครัว จะสามารถสร้างโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่มีคุณค่าและมีความสุข

1.3) การพัฒนาทักษะชีวิต: การวิจัยช่วยให้ระบุความต้องการในการพัฒนาทักษะต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ทักษะการสื่อสารและการจัดการกับปัญหาสังคม ซึ่งจะช่วยให้พวกเขาใช้ชีวิตอย่างอิสระ

2) การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ

2.1) การออกแบบโปรแกรมการอบรม: ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมอบรมที่เน้นให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.2) การสร้างเครือข่ายสนับสนุน: งานวิจัยจะช่วยเปิดโอกาสในการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวได้รับการสนับสนุนที่จำเป็น

2.3) การพัฒนานโยบายสาธารณะ: ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสร้างนโยบายสาธารณะที่มุ่งเน้นการสนับสนุนและดูแลผู้สูงอายุในระดับที่กว้างขึ้น เช่น การเงิน การศึกษาและบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์เกรียงไกร นามไธสง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี นายแพทย์ปิยชาติ สุทธินาค รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ที่อนุมัติและสนับสนุนให้จัดทำวิจัยในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำวิจัย และผู้ที่ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุลาวงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ลักษณะของสังคมผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/know/15/926
3. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. โครงการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์; 2557.
4. ปิยากร หวังมหาพร. ผู้สูงอายุไทย พัฒนาการเชิงนโยบายภาครัฐจากอดีตสู่ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2554.

5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Education and Psychological Measurement, 1970;30:607-610.
6. Adams B, Sydie RA. Contemporary Sociological Theory. Thousand Oaks: Pine Forge Press; 2002.
7. ดวงใจ ดูเบ, พฤกษาชล เหล่าสกุลศิริ และพิมพ์ชนก จีนเมือง. ความต้องการบริการด้านสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลนพรันตราชธานี. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี; 2565.
8. ถิรพร ตังจิตติพร, รัตนาวรรณ ตันกุระ, สุฑาวรรณ์ ไชยมูล และศศิเมษ มีศิริ. ความพร้อมของครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยประคับประคอง ณ สถาบันเด็กฯ. วารสารกรมการแทพย์. 2562;2:74-82.
9. ณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์. ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19:231-240.
10. คณะทำงานหมวดวิชาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, คณาจารย์วิชาเฉพาะสวัสดิการเด็ก–เยาวชนและครอบครัว, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. เครื่องมือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 1. [กรุงเทพฯ]; 2552.

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง หลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง

Development of a Nursing care System for Patients at Risk of Reintubation within 24 Hours Following General Anesthesia

(Received: December 24,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

นันทวรรณ แสงโสภิต[1] กันตินันท์ สอดสุข[2] ศิริเนตร สุขดี[3]
Nanthawan Saengsophit[1] Kuntinun Sodsuk[2] Sirinate Sukdee[3]

บทคัดย่อ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง หลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทรัพยากรทางการแพทย์ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมงหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง และประเมินผลลัพธ์ของระบบดังกล่าว โดยใช้กรอบแนวคิด Donabedian Model ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลนครปฐม เป็นเวลา 5 เดือน โดยแบ่งการศึกษาครั้งนี้ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การประเมินระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลวิสัญญี 2) การพัฒนาระบบการพยาบาลต้นแบบโดยใช้กระบวนการ 3P (Purpose, Process, Performance) และ 3) การประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าจุดเด่นของระบบบริหารความเสี่ยงในปัจจุบันคือ การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แต่ยังขาดมาตรฐานในการส่งต่อข้อมูลและการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ ระยะที่ 2 ได้พัฒนาระบบต้นแบบประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ได้แก่ แบบฟอร์มประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment Form) 2) จัดทำแนวทางการป้องกันใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง 3) พัฒนาแนวทางในการส่งต่อข้อมูลระหว่างห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยในระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์พบว่า อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำลดลงจากร้อยละ 0.15 เหลือร้อยละ 0.05 ความพึงพอใจ (M= 4.78 ,SD=0.03) และความมั่นใจ (M= 4.71,SD=0.06) ในระบบของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลหอผู้ป่วยในหลังการใช้ระบบอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: ระบบการพยาบาลวิสัญญี การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล แบบจำลองโดนาบีเดียน การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง

Abstract

The occurrence of complications from reintubation within 24 hours after general anesthesia is a significant issue that impacts patient safety, quality of life, and medical resources. This study aims to develop a nursing care system for patients at risk of reintubation within 24 hours after general anesthesia and to evaluate the outcomes of the developed system. The conceptual framework used is the Donabedian Model, which comprises three components: structure, process, and outcome. This action research was conducted at Nakhon Pathom Hospital over a period of 5 months and was divided into three phases: (1) assessment of risk management in anesthetic nursing, (2) development of a prototype nursing system using the 3P process (Purpose, Process, Performance), and (3) evaluation of the outcomes of the developed system.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนครปฐม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม
[3] อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

The results of Phase 1 revealed that the strengths of the current risk management system lie in the close monitoring of patients. however, it lacks standardized information transfer and adequate resource allocation. Phase 2 involved the development of a prototype system consisting of (1) preparation before anesthesia, including a Risk Assessment Form, (2) establishment of guidelines to prevent reintubation after general anesthesia, and (3) development of information transfer protocols between the recovery room and inpatient wards. Phase 3 evaluation showed that the reintubation rate decreased from 0.15% to 0.05%. Satisfaction (M=4.57) and confidence (M=4.67) in the system among anesthetic nurses and inpatient nurses after implementation were at the highest levels.

Keywords: Anesthetic nursing system, Reintubation, Nursing risk management, Donabedian Model, General anesthesia

บทนำ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในงานวิสัญญีนำไปสู่ความพิการถาวรหรือการเสียชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นสำหรับผู้ป่วยและประเทศชาติ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้พบได้ในหลายระบบของร่างกาย เช่น ระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด และระบบประสาท โดยการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างเป็นปัญหาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดหรือการรักษาที่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึก การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว [1,2,3] สอดคล้องกับรายงานภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึกในช่วงหลังการผ่าตัดในประเทศไทยภายใต้โครงการ Perioperative Anesthetic Adverse Events in Thailand (PAAd Thai)[4] พบว่าการใส่ท่อหายใจซ้ำช่วงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เป็นอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น เช่นเดียวกับโรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงที่ให้บริการผ่าตัดโรคที่มีความซับซ้อน พบอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไประหว่างปี ปี 2564-2566 จำนวน 6, 9 และ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11, 0.14 และ 0.19 ตามลำดับ (เฉลี่ยร้อยละ 0.15) ซึ่งราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 0.02

ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำแบ่งเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยไม่ดี การตัดสินใจไม่เหมาะสม การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และขาดประสบการณ์ 2) ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย ได้แก่ สถานะทางกายภาพตามระบบประเมินของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (ASA) ระดับ III–IV ดัชนีมวลกาย (BMI) ≥30 กก./ตร.ม. อายุเกิน 65 ปี การผ่าตัดศีรษะและคอ และสถานะทางกายภาพและสุขภาพของผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านวิสัญญี ได้แก่ การหลงเหลืออยู่ของฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก และการหายใจถูกกดจากยาแก้ปวด [6,7] 4) ปัจจัยด้านการผ่าตัด เช่น ประเภทการผ่าตัด (การผ่าตัดเล็ก Minor surgery /การผ่าตัดใหญ่ Major surgery) ประเภทการผ่าตัด (ศัลยกรรม ตา หูคอจมูก ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น) ชนิดการผ่าตัด (การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน หรือไม่ฉุกเฉิน) ระยะเวลาการผ่าตัด [6]

การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างถือเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเนื่องจากเหตุผลหลายประการ ได้แก่ 1) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ

และการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยยืดเยื้อและซับซ้อนขึ้น [8,9] คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมักมีความรู้สึกไม่สบายและเครียด ซึ่งอาจส่งผลต่อการฟื้นตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ การป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น [10] (Doyle & Santhirapala, 2019) 3) ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำทำให้ต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ หรือเวลาในการดูแล การลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและลดต้นทุนในการดูแลรักษา [11] ความเชื่อมั่นในบริการด้านสุขภาพ ความสามารถในการลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อมั่นในบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสถานพยาบาล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง และเพื่อประเมินผลระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการตามแนวคิดของ Donabedian Model [12] เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการที่มีคุณภาพหรือเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยแนวคิดนี้มีการประเมินระบบบริการจาก 3 องค์ประกอบคือ 1) โครงสร้าง (Input or Structure) เป็นการบริการทางการพยาบาลวิสัญญี ประกอบด้วย ขอบเขตระบบบริการทางการพยาบาลวิสัญญี อุปกรณ์ เครื่องมือในการให้บริการ และบุคลากรที่ปฏิบัติงาน 2) กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย การปฏิบัติการทางการพยาบาล การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาบุคลากร และการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 3) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ การประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติการตามกระบวนการพัฒนา ระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลนครปฐม และการประเมินหลังการพัฒนา ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลวิสัญญี ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง หลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง และนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบฯ การพัฒนาดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยทุกคน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง หลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง

2.เพื่อประเมินผลระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง หลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษาเป็นระยะเวลา 5 เดือน ระหว่างวันที่ 26 กรกฎาคม 2567 ถึง วันที่ 24 ธันวาคม 2567 ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยใช้การประเมินตามแนวคิดของโดนาบิเดียน (Donabedian Model)12 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการที่มีคุณภาพหรือเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยแนวคิดนี้มีการประเมินระบบบริการจาก 3 องค์ประกอบคือ 1) โครงสร้าง (Input or

Structure) เป็นการบริการทางการพยาบาลวิสัญญี ประกอบด้วย ขอบเขตระบบบริการทางการพยาบาลวิสัญญี อุปกรณ์ เครื่องมือในการให้บริการ และบุคลากรที่ปฏิบัติงาน 2) กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย การปฏิบัติการทางการพยาบาล การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาบุคลากรและการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 3) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ การประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติการตามกระบวนการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลนครปฐม และการประเมินหลังการพัฒนา 2. การพัฒนาคุณภาพด้วยหลัก 3P ซึ่งประกอบด้วย Purpose Process และ Performance ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ 3. การปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบด้วยวงล้อเดมมิ่ง (Deming Cycle) ประกอบด้วย 1) Plan หรือการวางแผน2) Do หรือการปฏิบัติ 3) Check หรือการตรวจสอบ และ 4) Act หรือการปรับปรุง เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้องมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม และประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างสมัครใจ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการประเมินระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลวิสัญญีในสามมิติหลัก ได้แก่ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินในระยะที่1 ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาล โดยมีการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อความสมบูรณ์ ก่อนนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง การทดลองนี้มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลและรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลังจากการทดลองใช้ ผู้วิจัยได้ติดตามผลลัพธ์ของระบบ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นระยะของการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มประชากรประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลนครปฐม โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบไปด้วยพยาบาลวิสัญญีที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 4 คน คณะกรรมการบริหารงานวิสัญญี จำนวน 7 คน ทีมบริหารความเสี่ยงในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีจำนวน 3 คน และพยาบาลศูนย์คุณภาพจำนวน 1 คน รวม 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดออกสำหรับบุคลากรที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาล กลุ่มประชากรคือพยาบาลวิสัญญีที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ของโรงพยาบาลนครปฐม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิสัญญีที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 10 คน และวิสัญญีแพทย์ 10 คน ซึ่งหากบุคลากรย้ายสถานที่ปฏิบัติงานจะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมการศึกษา

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ กลุ่มประชากรได้แก่ พยาบาลวิสัญญีที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 29 คน พยาบาลหอผู้ป่วยใน 140 คน รวมถึงข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับบริการทางวิสัญญี โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือน เพื่อประเมินความสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่กำหนดและวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

วิธีการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 1 การประเมินระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลวิสัญญี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์เอกสาร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่

ออกแบบตามกรอบแนวคิด Donabedian Model ซึ่งครอบคลุมมิติของโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาล เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและการระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ทีมบริหารความเสี่ยง และผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเครื่องมือและระบบการทำงาน

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติงานจากการทดลองใช้ระบบในกลุ่มการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนครปฐม นอกจากนี้ยังมีการติดตามผลลัพธ์ผ่านการเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยในระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้เครื่องมือที่ออกแบบขึ้นเพื่อประเมินตัวชี้วัดต่าง ๆ เช่น แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบประเมินความมั่นใจของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลหอผู้ป่วยใน ต่อระบบที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

1) เครื่องมือในการประเมินระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลวิสัญญี ออกแบบเพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลวิสัญญี โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น การประเมินความพร้อมด้านบุคลากรและอุปกรณ์ การวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน และการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย เครื่องมือนี้ยังอิงกับกรอบแนวคิด Donabedian Model เพื่อให้ครอบคลุมมิติของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)

2) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาระบบฯ ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ทีมบริหารความเสี่ยง และผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพการพยาบาล

3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือในกลุ่มนี้ออกแบบมาเพื่อวัดผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบฟอร์มการบันทึกผลลัพธ์สำหรับบันทึก อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินความมั่นใจของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลหอผู้ป่วยใน ต่อระบบที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัยนี้ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบฟอร์มหรือแนวปฏิบัติที่ใช้ในระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลนครปฐม 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลสมุทรสาคร 1 ท่าน ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา ข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.5 ถูกนำไปใช้ ส่วนข้อคำถามที่ได้ค่าต่ำกว่า 0.5 จะได้รับการปรับปรุงและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง หลังจากปรับปรุงพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.63 ถึง 0.83 ซึ่งเป็นค่าที่เหมาะสมสำหรับการใช้งานในงานวิจัย

ความน่าเชื่อถือ (Reliability) เครื่องมือในระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างที่ได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยพยาบาลวิสัญญี 2 ราย เพื่อประเมินความสม่ำเสมอและความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้เครื่องมือ โดยใช้วิธี Inter-Rater Reliability ซึ่งเปรียบเทียบผลการประเมินระหว่างผู้ประเมินทั้งสองรายวิเคราะห์ด้วย Kappa Statistic พบว่าค่าความน่าเชื่อถืออยู่ที่ 0.81 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับระดับความสอดคล้องดีเยี่ยม (Almost Perfect Agreement) ตามเกณฑ์ของ Landis และ Koch (1977) โดยแสดงถึงความแม่นยำและความสม่ำเสมอของเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

กระบวนการทดสอบก่อนใช้งานจริง (Pre-Testing) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาระบบฯ ประเมิน ถูกนำไปทดสอบใช้งานในสถานการณ์จำลอง (Simulation) เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือสามารถใช้งานได้สะดวก เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง นำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากกลุ่มทดลองได้นำไปใช้ในการปรับปรุงเครื่องมือเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อระบุประเด็นสำคัญและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม หมายเลข COA No.038/2024

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การประเมินระบบบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลวิสัญญีในระยะที่ 1 ชี้ให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดที่ต้องปรับปรุงในสามด้าน ได้แก่

ด้านโครงสร้าง (Structure) ระบบการบริหารความเสี่ยงในด้านโครงสร้างมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นล่วงหน้า และการเน้นการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบคือ การขาดแคลนอุปกรณ์สำรองในกรณีฉุกเฉิน รวมถึงการจัดสรรบุคลากรที่มีประสบการณ์ยังไม่ครอบคลุมในทุกช่วงเวลาการทำงาน ทำให้ในบางสถานการณ์ขาดความต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้บุคลากรที่มีประสบการณ์สูงจะมีทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ดีกว่า

ด้านกระบวนการ (Process) ในด้านกระบวนการเน้นถึงความชัดเจนของขั้นตอนการปฏิบัติงานทางการพยาบาลวิสัญญี การปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานและมีความปลอดภัยมากขึ้น การบริหารความเสี่ยงมีการประเมินความเสี่ยงล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง พร้อมทั้งการเตรียมทรัพยากรสำหรับกรณีฉุกเฉิน แต่ก็พบว่าบางครั้งทรัพยากรอาจไม่เพียงพอ การพัฒนาบุคลากรมีความสำคัญโดยเฉพาะการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉิน และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างเคร่งครัด ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องและการประเมินระดับออกซิเจนในเลือด อย่างไรก็ตาม การสื่อสารระหว่างหน่วยงานยังมีช่องว่าง โดยเฉพาะการส่งต่อข้อมูลระหว่างห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง เช่น ภาวะเสมหะเหนียวข้น หรือภาวะหายใจ

ล้มเหลว ไม่ถูกสื่อสารอย่างครบถ้วน และอาจนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ครบถ้วน

ด้านผลลัพธ์ (Outcome) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำลดลง แต่ผลการศึกษาพบว่าการเกิดเหตุการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจ เช่น ภาวะเสมหะเหนียวข้น ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยที่มีการเสียเลือดมาก

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง หลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 การวิเคราะห์จุดเด่นและจุดที่ต้องปรับปรุงของระบบบริหารความเสี่ยงในงานพยาบาลวิสัญญี ซึ่งมีข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปพัฒนาระบบต้นแบบในระยะที่ 2 ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยระบบนี้ถูกออกแบบมาเพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่พบและยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาระบบนี้ใช้กระบวนการ 3 P (Purpose, Process, Performance) มีรายละเอียดดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์(Purpose) ทีมผู้วิจัยกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนช่วยให้ทีมงานทุกฝ่ายมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ต้องการจากระบบการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในช่วง 24 ชั่วโมงหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง 2) พัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูลและดูแลที่มีความต่อเนื่อง

2. กระบวนการ (Process) การดำเนินการในระบบการพยาบาลนี้ถูกแบ่งออกเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยเน้นความชัดเจนและครบถ้วนในแต่ละขั้นตอน

3. Performance (ผลการปฏิบัติ) การประเมินผลลัพธ์เป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลวิสัญญี และเป็นพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยในกระบวนการนี้ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators) ตัวชี้วัดผลลัพธ์เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบต้นแบบในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตัวชี้วัดสำคัญได้แก่

-อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง ตัวชี้วัดนี้สะท้อนถึงความสามารถของระบบในการป้องกันภาวะเสี่ยงซ้ำซ้อน

-ความพึงพอใจและความมั่นใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลหอผู้ป่วยใน

ตัวชี้วัดนี้สะท้อนถึงความสำเร็จและจุดที่ต้องปรับปรุงของระบบ

3.2 การประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงานเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบ พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางพัฒนาระบบต่อไป โดยนำกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระบบการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 การเก็บข้อมูลผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของระบบ เช่น อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมง ความพึงพอใจและความมั่นใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลหอผู้ป่วยใน ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้ในการวิเคราะห์จุดอ่อนของระบบ เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางปรับปรุงที่เหมาะสม

3.2.2 การจัดประชุมทบทวนทีมพยาบาลหอผู้ป่วยในและทีมวิสัญญี การจัดประชุมหารือระหว่างทีมพยาบาลผู้ป่วยในและทีมวิสัญญี เพื่อระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการ พร้อมทั้งแบ่งปันความคิดเห็นและประสบการณ์ในการแก้ปัญหา โดยการประชุมดังกล่าวเป็นช่องทางสำคัญในการสร้างความเข้าใจร่วมกัน และช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของบุคลากรในทีม

3.2.3 การปรับปรุงระบบด้วยข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นกระบวนการนำข้อเสนอแนะ (Feedback) หรือความคิดเห็นที่ได้รับจากการประเมินผล การประชุม หรือการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในระบบ ไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานหรือกระบวนการทำงานในระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยข้อเสนอแนะอาจมาจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลหอผู้ป่วยใน ทีมวิสัญญี หรือผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลจากผู้ป่วยหรือการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ผ่านมา

ใช้ข้อเสนอแนะจากการประชุมเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแล เช่น ปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลให้มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการใช้งาน จัดให้มีการอบรมเสริมทักษะให้แก่บุคลากรในด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการภาวะฉุกเฉิน หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาคู่มือมาตรฐานเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการปฏิบัติงานและลดข้อผิดพลาด

ผลการศึกษาในระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบฯ ในระยะนี้นำเสนอผลของการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ 1) การประเมินผลกระบวนการนำไปใช้ 2) การติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 3) ความพึงพอใจและความมั่นใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลหอผู้ป่วยใน

1. ผลการประเมินกระบวนการนำไปใช้ การนำ Risk Assessment Form และระบบ Monitoring มาใช้ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการระบุความเสี่ยง เช่น ปัญหาทางเดินหายใจ พร้อมทั้งเพิ่มความมั่นใจของบุคลากรในระดับมากที่สุด โดยเสนอให้พัฒนาระบบดิจิทัลสำหรับการเก็บข้อมูลแบบฟอร์มและจัดอบรมบุคลากรเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความเข้าใจและรองรับการใช้งานอย่างยั่งยืน

2. การติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด การดำเนินงานระบบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในช่วงระยะเวลาของการประเมิน 3 เดือน ลดลงจากร้อยละ 0.15 เหลือเพียงร้อยละ 0.05

3. ความพึงพอใจและความมั่นใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลหอผู้ป่วยใน ความพึงพอใจ (M= 4.78 ,SD=0.03) และความมั่นใจ (M= 4.71,SD=0.06) ในระบบของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลหอผู้ป่วยในหลังการใช้ระบบอยู่ในระดับมากที่สุด และช่วยลดข้อผิดพลาดและการสื่อสารระหว่างทีม ทำให้การส่งต่อข้อมูลสำคัญครบถ้วน สามารถเฝ้าระวังต่อเนื่องได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มุ่งพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ โดยพิจารณาผลลัพธ์จากการใช้เครื่องมือและกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Risk Assessment Form for Intubation) แนวทางการป้องกันใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างห้องพักฟื้นและผู้ป่วยใน การทำ Knowledge Management ร่วมกันระหว่างทีมวิสัญญี และทีมหอผู้ป่วยใน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับผลการศึกษาก่อนหน้า ดังนี้

Risk Assessment Form การพัฒนาการประเมินความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Risk Assessment Form for Intubation) เป็นก้าวสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยครอบคลุม 3 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านวิสัญญี ปัจจัยด้านการผ่าตัดซึ่งช่วยลดเวลาในการประเมินและซักประวัติ พร้อมเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ความเสี่ยงล่วงหน้า ส่งผลให้ทีมวิสัญญีสามารถเตรียมการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำและเพิ่มความมั่นใจของบุคลากรในกระบวนการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanaka และคณะ (2023)[3] ที่พบว่าการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบช่วยลดอัตราภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ความเสี่ยงได้ถึง ร้อยละ 95 ขณะที่ Kulp และคณะ (2020)[14] ชี้ว่าการใช้แบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานช่วยลดข้อผิดพลาด เพิ่มความมั่นใจให้แก่บุคลากร และยกระดับการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ต้น การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหลังการถอดท่อช่วยหายใจ และการจัดการกรณีฉุกเฉิน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนวทางดังกล่าวได้รับการพัฒนาใน 3 มิติหลัก ดังนี้

การประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การใช้เครื่องมือประเมิน เช่น Extubation score และ Cuff leak test ช่วยให้ทีมวิสัญญีสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ตั้งแต่ต้น การประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ งานวิจัยของ Tanaka และคณะ (2023)[3] ระบุว่าการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงแบบเฉพาะเจาะจงช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึง ร้อยละ 95

การดูแลหลังถอดท่อช่วยหายใจ การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการถอดท่อช่วยหายใจเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดกั้นทางเดินหายใจหรือการเกิด respiratory failure การติดตามค่า Vital signs และการเฝ้าระวังระดับออกซิเจนในเลือดช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที งานวิจัยของ Chen และคณะ (2021)[9] สนับสนุนว่า การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราภาวะแทรกซ้อนหลังการถอดท่อช่วยหายใจได้ถึงร้อยละ 70

การจัดการกรณีฉุกเฉิน การเตรียมอุปกรณ์ เช่น Video Laryngoscope และการฝึกอบรมทีมวิสัญญีเกี่ยวกับการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นสิ่งจำเป็น การทำงานเป็นทีมและการจัดการที่รวดเร็วช่วยลดเวลาในการตอบสนองและเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยในกรณีที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่อย่างเร่งด่วน งานวิจัยโดย Salas และ Rosen (2013)[15] เน้นว่าการฝึกอบรมทีมงานในสถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการตอบสนองในกรณีฉุกเฉินและลดความเสี่ยงของข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญ

การพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาระบบนี้ ใช้การส่งต่อข้อมูลด้วยโมเดล SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ซึ่งทำลดข้อผิดพลาดของการสื่อสารระหว่างห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยใน ผลการศึกษานี้ยืนยันถึงประสิทธิภาพของโมเดลนี้ในด้านการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในกระบวนการส่งต่อข้อมูลที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ De Meester และคณะ

(2013) ที่ระบุว่าการใช้ SBAR ในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและแพทย์ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตที่ไม่คาดคิดในหอผู้ป่วย โดยเพิ่มความชัดเจนในการประเมินและการสื่อสารข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย ทำให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสมและทันเวลา[16] เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Muller และคณะ (2018) ที่พบว่า SBAR ช่วยลดข้อผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล[17] นอกจากนี้งานวิจัยของ De Meester และ Ruhomauly สนับสนุนว่า SBAR ไม่เพียงช่วยปรับปรุงการสื่อสาร แต่ยังเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่หลากหลาย[17-18]

การจัดทำ Knowledge Management ระหว่างทีม การจัดการความรู้ (Knowledge Management) ระหว่างทีมวิสัญญีและพยาบาลถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความรู้และเพิ่มทักษะของบุคลากรผ่านการฝึกอบรมและการประยุกต์ใช้เครื่องมือช่วยวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การดำเนินการในส่วนนี้มุ่งเน้นสองประเด็นหลัก ได้แก่ การจัดการความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะเสี่ยง และการจัดการภาวะฉุกเฉิน

การจัดการความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะเสี่ยง การฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินภาวะเสี่ยง เช่น การใช้แบบฟอร์ม Handoff และการทำ Cuff leak test รวมถึงการติดตาม SpO_2 มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การฝึกอบรมช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินและตัดสินใจได้รวดเร็ว ลดโอกาสการเกิดข้อผิดพลาด งานวิจัยของ Tanaka และคณะ (2023)[3] ชี้ว่าการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงร่วมกับการฝึกอบรมสามารถเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองภาวะเสี่ยงได้ถึง ร้อยละ 95 ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการถอดท่อช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญ

การจัดการภาวะฉุกเฉิน การอบรมทีมวิสัญญีและพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉิน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจในกรณีเร่งด่วน เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่คาดฝัน การฝึกอบรมช่วยสร้างความมั่นใจให้บุคลากรในสถานการณ์วิกฤต งานวิจัยโดย Salas และ Rosen (2013) พบว่าการจัดอบรมจำลองสถานการณ์ฉุกเฉินช่วยพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมและลดข้อผิดพลาดในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน การฝึกอบรมยังช่วยลดระยะเวลาในการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน เพิ่มโอกาสความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤต[15]

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการศึกษา

ระยะเวลาการดำเนินการศึกษาและติดตามผลลัพธ์อยู่ในช่วงเวลาเพียง 3-5 เดือน ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการประเมินผลระยะยาว เช่น ความยั่งยืนของระบบที่พัฒนา หรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.การศึกษาในระยะยาวควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผลการใช้งานระบบ เช่น การประเมินผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความยั่งยืนของระบบที่พัฒนา เพื่อให้เห็นแนวโน้มและผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.การพัฒนาระบบดิจิทัล ควรนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบการส่งต่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Handoff Systems) มาใช้ในกระบวนการส่งต่อข้อมูล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดข้อผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างทีม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.การอบรมบุคลากรให้ครอบคลุม ควรจัดอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบฟอร์มและแนวทางการประเมินความเสี่ยง รวมถึงการ

จัดการภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้บุคลากรมีทักษะที่เหมาะสมและพร้อมใช้งานระบบใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.การพัฒนาคู่มือการใช้งาน ควรจัดทำคู่มือที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการใช้แบบฟอร์ม Handoff Form และการประเมินภาวะเสี่ยง โดยมีตัวอย่างการใช้งานและคำแนะนำที่ชัดเจน เพื่อช่วยให้บุคลากรทุกระดับสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

3.การประเมินผลการใช้งาน ควรติดตามและประเมินผลการใช้งานระบบอย่างต่อเนื่อง เช่น อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อช่วยหายใจ ความพึงพอใจของบุคลากร และผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงระบบให้เหมาะสมและยั่งยืน

4.การเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรจัดการประชุมหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล เพื่อเผยแพร่ผลการวิจัยและแนวปฏิบัติที่ดี รวมถึงรับฟังความคิดเห็นเพื่อนำมาพัฒนาระบบเพิ่มเติม

5.การบูรณาการในนโยบายโรงพยาบาล ควรบรรจุแนวทางหรือระบบที่พัฒนาไว้ในนโยบายหรือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการใช้งานอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1.Steadman J, Catalani B, Sharp C, Cooper L. Life-threatening perioperative anesthetic complications: Major issues surrounding perioperative morbidity and mortality. Trauma Surg Acute Care Open. 2017;2(1). https://doi.org/10.1136/tsaco-2017-000113

2.Maggiore SM, Jaber S, Grieco DL, et al. High-flow versus Venturi mask oxygen therapy to prevent reintubation in hypoxemic patients after extubation: A multicenter randomized clinical trial. Am J Respir Crit Care Med. 2022;206(12):1452–62. https://doi.org/10.1164/rccm.202201-0065OC

3.Tanaka A, Shimomura Y, Uchiyama A, et al. Time definition of reintubation most relevant to patient outcomes in critically ill patients: A multicenter cohort study. Crit Care. 2023;27:378. https://doi.org/10.1186/s13054-023-04668-3

4.สมรัตน์ จารุลักษณานันท์. โครงการวิจัยสหสถาบัน เรื่อง การศึกษาอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2560.

5.โรงพยาบาลนครปฐม. รายงานภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึกในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด; 2564-2567.

6.ชลิตา แสงจันทร์. อุบัติการณ์และสาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในโรงพยาบาลสงขลา. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2565;2(1):15–27.

7.Choovongkomol C, Ariyanuchitkul T, Choovongkomol K, Tongjapo V. Independent predictors and clinical predictive score of postanesthetic reintubation after general anesthesia: A time-matched, case control study. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2024;40(1):120–26. https://doi.org/10.4103/joacp.joacp_213_22

8.Cooper RM, Khan S. Extubation and reintubation of the difficult airway. In: Hagberg CA, editor. Benumof and Hagberg's airway management. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. p. 1018–46.e7. https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-2764-7.00050-6

9.Chen S, Zhang Y, Che L, et al. Risk factors for unplanned reintubation caused by acute airway compromise after general anesthesia: a case-control study. BMC Anesthesiol. 2021;21:17. https://doi.org/10.1186/s12871-021-01238-4

10.Doyle P, Santhirapala V. Quality of life after anesthesia. Anesthesiol Clin. 2019;37(3):507–20.

11.Cooper RM, Khan S. Extubation and reintubation of the difficult airway. Benumof and Hagberg's airway management. 2013;1018–46.e7. https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-2764-7.00050-6

12.Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
13.Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics. 1977;33(1):159–174. doi:10.2307/2529310.
14.Kulp L, Sarcevic A, Zheng Y, Cheng M, Alberto E, Burd R. Checklist design reconsidered: Understanding checklist compliance and timing of interactions. Proc SIGCHI Conf Hum Factors Comput Syst. 2020;10. https://doi.org/10.1145/3313831.3376853
15.Salas E, Rosen MA. Building high reliability teams: Progress and some reflections on teamwork training. BMJ Qual Saf. 2013;22(5):369–73. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002015
16.De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. Resuscitation. 2013;84(9):1192-1196. doi:10.1016/j.resuscitation.2013.03.016
17.Muller M, Jürgens J, Redaèlli M, et alImpact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic reviewBMJ Open 2018;8:e022202. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022202
18.Ruhomauly Z, Betts K, Jayne-Coupe K, et al. Improving the quality of handover: implementing SBAR. Future Healthcare Journal. 2019;6(2):s54.

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of health behavior modification program on blood sugar control in diabetic patients with uncontrolled blood sugar level at Kape Subdistrict Health Promotion Hospital, Kalasin Province.

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

บรรทม แสนแก้ว[1]
Bantom Saenkaew[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information-. Motivation-Behavioral Skill: IMB Model) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Fisher และ Fisher โดยเป็นการวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง (One – Group Pretest Posttest Design) กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 57 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ในการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired T-test

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร (p-value<0.001) ด้านการออกกำลังกาย (p-value<0.001) ด้านการจัดการความเครียด (p-value<0.001) ด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (p-value<0.001) ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน (p-value<0.001) ด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (p-value<0.001) พฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม (p-value<0.001) และเมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนทดลอง และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.011)

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Abstract

This research study is the study of the effect of health behavior modification program on blood sugar control in diabetic patients who cannot control their blood sugar level at Kape Sub-district Health Promoting Hospital, Kalasin Province. The researcher created it from the concept of providing information, creating motivation, and developing skills (Information-. Motivation-Behavioral Skill: IMB Model), a concept used in behavior change developed by Fisher and Fisher. It is a quasi-experimental research design with a one-group pretest and posttest design. The experimental group consisted of 57 diabetic patients who cannot control their blood sugar level at Kape Sub-district Health Promoting Hospital, Kalasin Province. The data were analyzed using descriptive statistics to analyze the characteristics of the sample population using frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Analytical statistics were used to analyze the effect of health behavior modification program on blood sugar control in diabetic patients who cannot control their blood sugar level, comparing before and after the experiment using Paired T-test.

---

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแกเปะ ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

The results of the study showed that the experimental group had significantly higher health behavior scores than before the experiment, both in terms of health behaviors in food control. (p-value<0.001) in terms of exercise (p-value<0.001) in terms of stress management (p-value<0.001) in terms of smoking and drinking (p-value<0.001) in terms of using diabetic medication (p-value<0.001) in terms of monitoring for complications from diabetes (p-value<0.001) in terms of overall health care behavior (p-value<0.001). When comparing the blood sugar levels of diabetic patients who could not control their blood sugar levels before and after the experiment, it was found that the experimental group had a significantly lower blood sugar level (p-value<0.011)

Keywords: Health behavior modification program, Diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels

บทนำ

โรคเบาหวาน(Diabetes) เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั้งของโลกและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย[1] โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี 2030 จะมีประชากรทั่วโลกมีปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 360 ล้านคน(องค์การอนามัยโลก) สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรทั่วประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 5,980.5 และเพิ่มขึ้นเป็น 6,359.1, 6,670.2, 6,995.9, 7,339.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561, 2562, 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานรายใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่ามีแนวโน้มลดลง และมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งอัตรากลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 จนถึง ปี พ.ศ. 2565 โดยมีอัตราป่วยเป็น 508.3, 475.7, 470.2, 481.4 และ 541.0 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561, 2562, 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ :68) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ปี พ.ศ. 2551 - 2552, 2557 - 2558 และ 2562 – 2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทย อายุ15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2551 - 2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงอ้างอิงจากปี (พ.ศ. 2551 - 2552) กับปีล่าสุด (พ.ศ. 2562 - 2563) พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.68 [2]

นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับที่ 6 ในปี พ.ศ.2565 รองจากโรคมะเร็ง, โรคหลอดเลือดสมอง, ปอดอักเสบ , หัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง โดยมีผู้เสียชีวิต 14,306 ราย อัตรา 21.9 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยมีอัตราป่วยตาย 22.0 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 และเพิ่มเป็น 21.9, 25.3, 25.1 และ 24.5 ในปี 2561-2564 ตามลำดับ[2] ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้ ยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่เกี่ยวเนื่องกับการป่วยติดตามมา ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง (CKD: Chronic Kidney Disease) ซึ่งจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 2.9-13 จากประชากรทั้งประเทศ โดยในผู้ป่วยเบาหวานพบความชุกของโรคไตวายเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด และพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่สามขึ้นไป ประมาณ 1.9 เท่า นอกจากปัญหาโรคไตวายเรื้อรังแล้วผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีปัญหาโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา(Diabetic retinopathy) โดยพบมากถึง ร้อยละ 31.4 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพบสูงถึงร้อยละ 23.3 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าก็เป็นอีกภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่พบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จากสถิติสหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะถูกตัดขามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 25 เท่า นอกจากนี้ผู้ป่วยด้วย

โรคตเบาหวานยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจ หลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติด้วย[2,3]

ในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นพื้นที่หนึ่งที่พบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานในพื้นที่ จำนวนมาก โดยในปี 2565 จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ (Health Center Information System Kalasin) พบว่าในพื้นที่มีผู้ป่วย จำนวน 289 ราย คิดเป็นอัตราชุกของโรคเบาหวาน 7,641.4 ต่อแสนประชากร หรือคิดเป็นร้อยละ 7.6 ของประชากรในพื้นที่ นอกจากนี้ในพื้นที่ยังประสบปัญหาผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้(มีค่า HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 7) เป็นจำนวนมาก โดยมีผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเกณฑ์เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 228 คน (ร้อยละ 78.8) และเป็นเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 61 คน(ร้อยละ 21.2) และในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะได้จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา เช่น การอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานและญาติทุกปี การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพรายบุคคลเมื่อมารับบริการ แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางผู้วิจัยจึงจะได้ทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information-. Motivation-Behavioral Skill: IMB Model) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Fisher&Fisher มาทดลองใช้ในพื้นที่เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง (One – Group Pretest Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้ารับการศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ 2) มีผลการตรวจหาค่าน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C) ครั้งล่าสุดระหว่าง 7.0-9.9 3) มีระยะเวลาการวินิจฉัยโรคเบาหวานไม่เกิน 25 ปี 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเสียชีวิต สูญหาย ย้ายออกนอกพื้นที่ 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงจนได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยเข้า

ร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ครบตามกำหนด

จากเกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้ารับการศึกษา(Inclusion criteria) พบว่าในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 125 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 57 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย

1.แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้ลักษณะแบบสอบถามเป็นที่ผู้สัมภาษณ์ต้องสอบถามเป็นรายวันจำนวน 7 วัน แบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Rating Scales) โดยแบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 7 ระดับ ตามโดยบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติตามข้อคำถาม จำนวน 7 วัน และเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 36 ข้อ แบ่งระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมีคำตอบ 2 คำตอบ คือ

ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นๆ ในวันนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อในวันนั้น เมื่อสัมภาษณ์ครบ 7 วันแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาให้คะแนนตามจำนวนวันที่ปฏิบัติและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คำถามเชิงบวก ใช่ 1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน คำถามเชิงลบ ใช่ 0 คะแนน ไม่ใช่ 1 คะแนน โดยแต่ละด้านมีคะแนนเต็ม ดังนี้ การควบคุมอาหาร 105 คะแนน การออกกำลังกาย 15 คะแนน การจัดการกับความเครียด 90 คะแนน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา 14 คะแนน การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน 28 คะแนน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 90 คะแนน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้ รวมทั้งหมด 342 คะแนน

2. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information-Motivation-Behavioral Skill: IMB Model) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Fisher และ Fisher

การทดสอบเครื่องมือ นำเครื่องมือไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อหาความเที่ยงตรง (Validity) ความตรงทางเนื้อหาและปรับปรุงเครื่องมือแล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Cronbach Alpha) พฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เท่ากับ 0.81

วิธีดำเนินการวิจัย

1. คณะผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2.คณะผู้วิจัยคัดเลือกพนักงานสัมภาษณ์ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็น

ผู้รับผิดชอบดูและผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการเป็นพนักงานสัมภาษณ์ตามจำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ

3. คณะผู้วิจัยอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้แบบสัมภาษณ์แก่พนักงานสัมภาษณ์ จำนวน 1 วัน

4.จัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยรวมทั้งประโยชน์และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมทั้งให้พนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ เป็นระยะเวลา 7 วัน

5.คณะผู้ศึกษาวิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information-. Motivation-Behavioral Skill: IMB Model) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Fisher และ Fisher จำนวน 4 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1-4 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การค้นหาข้อมูล เป็นกิจกรรมที่ใช้ในการศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมสมองโดยมีวัตถุประสงค์ในการค้นหาว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะที่ร่างกายมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงรวมทั้งศึกษาแรงจูงใจและทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรม“เบาหวานน้ำตาลสูงต้องรู้” เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้การให้ข้อมูลข่าวสาร โดยการบรรยายให้ความรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคเบาหวานทั้งในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และมีระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรม “ความเสี่ยงของฉันกับความฝันที่ฉันคิด” เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อเป็นโรคเบาหวานแรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal motivation) โดยการจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของตนเองและตั้งเป้าหมายในการลดความเสี่ยงโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังจัดให้มีกิจกรรมสร้างแรงจูงใจทางสังคม (Social motivation) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง และการสร้างแรงจูงใจจากบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในพื้นที่และให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรม “เปลี่ยนแปลงรูปแบบชีวิต พิชิตน้ำตาลในเลือด” เป็นกิจกรรมการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

6. คณะผู้ศึกษาวิจัยจัดประชุมกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการทดลอง โดยให้พนักงานสัมภาษณ์เป็นคนสัมภาษณ์ พร้อมนัดหมายเพื่อทำการเจาะเลือดส่งตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7.ผู้คณะผู้ศึกษาวิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลตามแบบ

สัมภาษณ์พร้อมลงรหัสข้อมูล และบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์

8. ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด_สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ในการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired T-test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกเปะ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนาย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นเพศชาย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 33.3) และเพศหญิง จำนวน 38 คน (ร้อยละ 66.7) และมี อายุ เฉลี่ย 56 ปี มีอายุต่ำสุด 40 ปี และมีอายุสูงที่สุด 77 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็น สมรส จำนวน 39 คน (ร้อยละ 68.4) รองลงมาได้แก่ สถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 21.1) หย่า/แยก จำนวน 4 คน (ร้อยละ 7.0) และโสด จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.5) มีรายได้เฉลี่ย 4,454.40 บาทต่อเดือน มีรายได้น้อยที่สุด 600 บาทต่อเดือน มากที่สุด 35,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 46 คน (ร้อยละ 80.7) รองลงมาได้แก่ จบชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 14.0) จบปริญญาตรี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.5) และ ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.8) และมีอาชีพหลักเป็น เกษตรกร มากที่สุด จำนวน 42 คน (ร้อยละ 73.7) รองลงมาได้แก่ อาชีพรับจ้าง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 12.3) อาชีพค้าขาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 8.8) และไม่มีอาชีพ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.8 มีน้ำหนักเฉลี่ย 62.0 กิโลกรัม น้ำหนักน้อยที่สุด 36 กิโลกรัม น้ำหนักมากที่สุด 90 กิโลกรัม_และมีส่วนสูง เฉลี่ย 158.4 เซนติเมตร ส่วนสูงน้อยที่สุด 145 เซนติเมตร ส่วนสูงมากที่สุด 175 เซนติเมตร_มีค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 24.6 กก./ตารางเมตร ค่าดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 14.7 กก./ตารางเมตร ค่าดัชนีมวลกายมากที่สุด 35.4 กก./ตารางเมตร และเมื่อจำแนกค่าดัชนีมวลกายตามระดับความอ้วนของร่างกาย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีน้ำหนักปกติ (ค่าดัชนีมวลกาย 18.5 - 25.0 กก./ตารางเมตร) จำนวน 28 คน (ร้อยละ 49.1) มีภาวะเริ่มอ้วน(ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25.0 - 30.0 กก./ตารางเมตร) จำนวน 23 คน (ร้อยละ 40.4) มีภาวะอ้วน(ค่าดัชนีมวลกาย มีค่ามากกว่า 30.0 - 35.0 กก./ตารางเมตร) จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.3) มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ (ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5 กก./ตารางเมตร) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.5) และ มีภาวะอ้วน(ค่าดัชนีมวลกาย มีค่ามากกว่า 30.0 - 35.0 กก./ตารางเมตร) จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.8) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด เฉลี่ย 144.6 mg% ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด น้อยที่สุด 87 mg% ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด น้อยที่สุด 396 mg% และเมื่อจำแนกค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดเป็นกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด มากกว่า 125 mg% จำนวน 39 คน (ร้อยละ 6.8) รองลงมามีค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด อยู่ระหว่าง 100-125 mg% จำนวน 11 คน (ร้อยละ 19.3) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดต่ำกว่า 100 mg% จำนวน 7 คน (ร้อยละ 12.3) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 7.9 ปี มีระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวาน น้อยที่สุด 0 ปี มีระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวาน มากที่สุด 23

ปี และเมื่อจัดกลุ่มตามจำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 40.4) และมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในช่วง 1-5 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 29.8) และมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในช่วง 5-10 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 29.8)

ด้านการมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคอื่นร่วมด้วย จำนวน 48 คน (ร้อยละ 84.2) และไม่มีโรคอื่นร่วม จำนวน 9 คน (ร้อยละ 15.8) โดยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 33 คน (ร้อยละ 57.9) ไขมันในเลือดสูง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 50.9) โรคไต จำนวน 4 คน (ร้อยละ 7.0) โรคหัวใจ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.8) และโรคอื่นๆ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.8) ส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 51 คน (ร้อยละ 89.4) และไม่มีบุคคลในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 10.5)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง

ประเด็น	ก่อนทดลอง (n=57)			หลังทดลอง (n=57)			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	Range	$\bar{x}$	S.D.	Range		
พฤติกรรมสุขภาพ	**169.5**	**25.2**	**112.0-212.0**	**202.2**	**24.1**	**135.0-242.0**	**9.34**	**0.001**
ด้านการควบคุมอาหาร	65.6	13.0	33.0-89.0	77.8	13.8	49.0-99.0	6.42	0.001
ด้านการออกกำลังกาย	12.9	5.2	2.0-20.0	16.2	5.9	2.0-21.0	4.95	0.001
ด้านการจัดการกับวามเครียด	31.5	6.6	12.0-38.0	37.6	5.5	21.0-42.0	6.23	0.001
ด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา	11.3	2.3	5.0-14.0	12.6	2.8	5.0-14.0	4.04	0.001
ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใชยารักษาโรคเบาหวาน	22.1	4.8	6.0-27.0	25.6	4.6	7.0-28.0	4.54	0.001
ด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	26.0	10.5	0.0-41.0	32.4	10.4	0.0-42.0	4.14	0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	**152.49**	**48.01**	**67.0-388.0**	**133.56**	**33.07**	**67.0-207**	**2.64**	**0.011***

จากตารางที่ 1 พบว่า

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value<0.001)

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนทดลอง และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value<0.011)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กับพฤติกรรมของผู้เข้ารับการทดลอง จากการทดลองพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสูงขึ้นภายหลังการทดลองทุกด้านทั้ง พฤติกรรมสุขภาพด้านการ

ควบคุมอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้มีการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆตามแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information-. Motivation-Behavioral Skill: IMB Model) ตั้งแต่ **การค้นหาข้อมูล** ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้นำเสนอความรู้ที่ตนเองมีอยู่แล้วทั้งในเรื่อง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุของโรคเบาหวาน อาการของโรคเบาหวาน การป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานเมื่อปฏิบัติตนไม่ถูกต้องและมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เป็นส่วนขาดที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบหรือมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่าการรับประทานยาเบาหวานนานๆทำให้ไตวาย หรือเข้าใจว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นเกิดจากการรับประทานอาหารที่มรสหวานอย่างเดียว เป็นต้น และผู้วิจัยสามารถที่จะให้ความรู้ความรู้ที่ผู้ป่วยยังขาดหรือเข้าใจไม่ถูกต้องในกิจกรรมนี้ นอกจากนี้กิจกรรมยังมีการค้นหาผู้ที่เป็นผู้สร้างแรงจูงใจและสร้างเป้าหมายในการทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดด้วย นอกจากนี้ในการวิจัยผู้ป่วยหรือกลุ่มทดลองยังได้รับความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มเติมจากการจัดกิจกรรม **“เบาหวานน้ำตาลสูงต้องรู้”** ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานผ่านการนำเสนอ โดยการบรรยายให้ความรู้ และชมวิดีทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคเบาหวานทั้งในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยยังได้รับการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ตามกิจกรรม **“ความเสี่ยงของฉัน กับความฝันที่ฉันคิด”** ซึ่งเป็นแรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal motivation) โดยการจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของตนเอง และตั้งเป้าหมายในการลดความเสี่ยงโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยกำหนดกิจกรรมต่างๆผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการกับปัญหาแต่ละด้านอย่างไร เพื่อเป้าหมายในการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด นอกจากนี้ยังจัดให้มีกิจกรรมสร้างแรงจูงใจทางสังคม (Social motivation) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง และการสร้างแรงจูงใจจากบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในพื้นที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดระดับน้ำตาลในเลือดได้จนกระทั่งแพทย์สั่งไม่ต้องรับประทานยารักษาโรคเบาหวานอีกต่อไป และได้รับแรงจูงใจทางสังคมจากบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดภาวะเสี่ยงจาการเป็นผู้ป่วยโรคไตจนแพทย์จะสั่งให้ฟอกไตมาเป็นผู้ป่วยที่ไม่ต้องฟอกไต นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมยังได้รับการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกิจกรรม**“เปลี่ยนแปลงรูปแบบชีวิต พิชิตน้ำตาลในเลือด”** จากการวิจัยทั้งในเรื่อง วิธีการควบคุมอาหาร การเลือกชนิดของอาหารที่ควรรับประทาน อาหารทดแทน การเลือกซื้ออาหารรับประทาน การอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการฝึกทักษะในการออกกำลังกายและการลดความเครียดด้วยการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT และการเต้นบาสโลบ ทั้งยังได้รับการฝึกทักษะในเรื่องการอันตรายของบุรี่ สุรา และทักษะการปฏิเสธการเสพบุหรี่และสุรา นอกจากนั้นผู้ป่วยที่เข้ารับการทดลองยังได้รับการฝึกทักษะพร้อมให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การอ่านฉลากยา วิธีการ

รับประทานยาชนิดต่างๆ และยังการฝึกตรวจและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เกิดจากตาไต และเท้า ด้วย เช่น การสังเกตอาการตามัว การสังเกตอาการบวม การตรวจเท้า และการดูแลรักษาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานด้วย

การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information-. Motivation-Behavioral Skill: IMB Model) เพื่อให้ผู้ป่วยที่เขารับการทดลองได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และได้รับการพัฒนาทักษะด้านต่างๆที่จำเป็นในการลดระดับน้ำตาลในเลือด จนผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้การได้รับแรงจูงใจทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal motivation) และแรงจูงใจทางสังคม (Social motivation) ทำให้ผู้เข้ารับการทดลองได้เกิดแรงจูงใจและมีเป้าหมายในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองในที่สุด

2. พฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง จากศึกษาพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นทุกด้านภายหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร(p-value<0.001) ด้านการออกกำลังกาย (p-value<0.001) ด้านการจัดการกับความเครียด(p-value<0.001) ด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (p-value<0.001) ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน (p-value<0.001) ด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (p-value<0.001) และพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในภาพรวม (p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ แววตา เพ็งบูรณ์ และ วีรวรรณ เกิดทอง (2566)[4] ที่ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร คงทอง (2567)[5] ที่ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการกำกับของญาติ ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองจะ มิคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (p-value<0.001) ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.011) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองเฉลี่ย 152.49 mg% (SD=48.01) หลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 133.56 mg% (SD=33.07) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภคภณ แลนเตชะ (2564)[6] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา และพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ($p < 0.05$) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพกานต์ พรมรัตน์ (2566)[7] ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า พฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง โดยรวมหลังพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) โดยรวมหลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) โดยรวมหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ แววตา เพ็งบูรณ์ และ วีรวรรณ เกิดทอง(2566)[4] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกิน ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ (p<.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล สุทธินุ่น(2567)[8] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมของกลุ่มที่เข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดและกลุ่มให้การพยาบาลตามปกติ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05

สรุปผลการศึกษา พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในภาพรวม และจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมดทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงภายหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลการทดลองไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ โดยจัดให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบครบถ้วนสมบูรณ์

2. ในการจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้จัดกิจกรรม ไม่ควรจัดกิจกรรมกลุ่มเล็ก หรือใหญ่จนเกินไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้น เรื่องเบาหวาน “รู้ทัน เบาหวาน” สำหรับผู้เป็นเบาหวาน. (2546)
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565).รายงานประจำปี NCDs 2565. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.68-97
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. (2566).แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566.(พิมพ์ครั้งที่ 1).บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
4. แววตา เพ็งบูรณ์ และ วีรวรรณ เกิดทอง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกิน ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.สืบค้น 3 พฤษภาคม 2567, จาก https://srth.go.th/research/file/20240708152521-79_2567%20%E0%B9%81%E0%B8%A7%E0%B8%A7%E0%B8%95%E0%B8%B2%20%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B9%87%E0%B8%87%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C.pdf
5. จิราพร คงทอง (2567). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการกำกับของญาติ.วารสาร วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ.5(1) .69-78

6. ภคภณ แลนเตชะ. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วย โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. สืบค้น 3 พฤษภาคม 2567, จาก https://updc.up.ac.th/server/api/core/bitstreams/d27f247a-3a22-4a1a-a563-87e58c0b4744/content
7. พิมพกานต์ พรมรัตน์. (2566).ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี.สืบค้น 3 พฤษภาคม 2567, จาก https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MTM0
8. นฤมล สุทธินุ่น. (2567). ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี .สืบค้น 3 พฤษภาคม 2567, จาก https://srth.go.th/research/file/20240606194006-84_2567%20%E0%B8%99%E0%B8%A4%E0%B8%A1%E0%B8%A5%20%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%99%20.pdf

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The effects of a health care behavior promotion programto control blood sugarlevels in patients with type 2 diabetes Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province.

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

วนิดา คู่เคียงบุญ[1], นันทยา นนเลาพล[2], พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์[2], สิโรนี ฟองแก้ว[2], ไขพร อุ่นเทียมโสม[2] และมนันยา มณีประกรณ์[2]

Wanida Kookiangboon[1], Nantaya Nonlaopon[2], Pisit Sereethammapithak[2], Sironee Fongkaew[2], Khaiporn Unteamsom[2] and Manunya Maneeprakorn[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดแบบ 1 กลุ่ม (one sample t-test design) เปรียบเทียบก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ทำการศึกษาในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This quasi-experimental research by one sample t-test design, compared before and after. The purpose of this study was to study the effect of a health care behavior promotion program to control blood sugar levels in type 2 diabetes patients at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. The sample group consisted of 40 type 2 diabetes patients who received services at the chronic disease clinic, outpatient nursing group, Phon Sawan Hospital. The study was conducted between November 2023 and February 2024. The data collection tools included a general information and health information questionnaire, a health belief model perception assessment, and a behavioral behavior questionnaire to control blood sugar levels in type 2 diabetes patients. Data were analyzed using inferential statistics using the Paired t-test with a statistical significance level of 0.05.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Results: It was found that 1) Perception according to the health belief model of type 2 diabetes patients The results of the study found that after the experiment, the average score of the health belief model perception of type 2 diabetes patients was higher than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level. 2) Behaviors to control blood sugar levels of type 2 diabetes patients. The results of the study found that after the experiment, the mean score of behaviors to control blood sugar levels of type 2 diabetes patients was higher than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 3) Clinical outcomes of type 2 diabetes patients found that the average body mass index (BMI), blood sugar level (HbA1C) of the sample group after the experiment were better than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords : Diabetes, Type 2 diabetes patients, Health care behavior, Blood sugar control

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลกราว 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน[1] ประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6,142.06 ต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 8 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่[2] และพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 17.83 ต่อประชากรแสนคน[3] ซึ่งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 38.2 เท่านั้น[1] ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี[4,2]ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษา[5] ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง[6] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินสุลิน โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบบ่อยที่สุดในคนไทย ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[3] ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งชนิดเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้[5] จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยปี พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวน 4,980, 4,960 และ 5,149 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 96.06, 98.70 และ 98.97 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ด้านผลลัพธ์ของการรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คิดเป็นร้อยละ 22.76, 24.27และ 24.39 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 6.07, 3.82 และ 1.96 ตามลำดับ, มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 74.02, 72.73 และ 72.81 ตามลำดับ, มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง จำนวน 7, 5 และ 2 รายตามลำดับ, มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 0, 1 และ 2 รายตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 75.42, 72.73 และ 62.54 ตามลำดับ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อช่วยควบคุมภาวะโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

จากการศึกษานำร่องเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถความคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยการ focus groups เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาไม่ถูกต้อง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาผิดขนาด ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ออกกำลังกาย ดื่มสุรา ทานยาแก้ปวด มีการกลั้นปัสสาวะบ่อยครั้ง บางรายดื่มน้ำน้อย และรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ถูกต้อง เช่น รับรู้ว่าต้องควบคุมอาหารแต่รับรู้ว่าไม่ต้องควบคุมปริมาณ และรับรู้ว่าผลไม้รสหวานและขนมหวานถ้ารับประทานนานๆ ครั้งไม่ต้องควบคุมปริมาณ และพบว่ารับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ควบคุมปริมาณ รับประทานข้าวเหนียวโดยมีเหตุผลว่าทำให้มีแรงในการทำเกษตร ไม่ออกกำลังกายเพราะไม่มีเวลา บางรายคิดว่าทำงานหนักเป็นการออกกำลังกาย และมีวิธีการรักษาเยียวยาแบบอื่น เช่น รับประทานยาสมุนไพรและยาพื้นบ้าน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปรับลดยาเอง สะท้อนให้เห็นถึงการมีความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี[6] หลายการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมภาวะโรคได้[7, 8, 9, 10]

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นคณะกรรมการบริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุขและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบาย จึงมีความสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นส่งเสริมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยควบคุมภาวะโรคที่ดีซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอโพนสวรรค์ โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตตำบลโพนสวรรค์ และกำลังรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 6) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกไต ล้างไตทางช่องท้อง

และการผ่าตัดเปลี่ยนไต 2) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยนอกเขตตำบลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 3) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่หน่วยบริการในเขตตำบลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 4) ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ เช่น ต้องทำงานทุกวันหรือมีข้อจำกัดในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม 5) เป็นผู้มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำ (ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย :MMSE-Thai 2002) 6) มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น พิการหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ประเมินโดยใช้ Barthel ADL Index)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling)[12] สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองด้วยโปรแกรม G* power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุมตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 40 คน

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา และชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วย และชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาทดลอง และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะนัดในอีก 2 สัปดาห์ที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived severity)

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2) การให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการในดูแลรักษาโรคเบาหวานและ 3) การให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 1) การแจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพ 2) การประเมินระดับความรุนแรงของ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการเกิดเกิดโรค (รายบุคคล) 4) การฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีและตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (กิจกรรมกลุ่ม) 5) การให้ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กิจกรรมกลุ่ม) ประกอบด้วย เบาหวาน ภัยสุขภาพ, การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การใช้ยา 6) กิจกรรมการค้นหาประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และแนะนำการจัดการกับปัญหาอุปสรรค (กิจกรรมกลุ่ม) 7) กิจกรรมการตั้งเป้าหมายระยะสั้นที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้สำเร็จ (กิจกรรมกลุ่ม) และ 8) มอบคู่มือการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่ออยู่บ้าน (รายบุคคล)

ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตาม แนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) 2) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) และ 3) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการสนับสนุน แนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล)

กิจกรรมครั้งที่ 4 การเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม พูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) 2) ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย และแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) 3) ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุน แนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) 4) ผู้วิจัยชื่นชมผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมให้กำลังใจเพื่อให้ความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น (รายบุคคล) และ 5) ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล)

กิจกรรมครั้งที่ 5 การติดตาม แนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) และ 2) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการสนับสนุน แนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล)

กิจกรรมครั้งที่ 6 การสรุปแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) การสรุปแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 7 การประเมินผลการวิจัยและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1) การประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าสู่การศึกษาวิจัย

และ 2) แจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยหลังเข้าสู่การศึกษาวิจัย (รายบุคคล)

5. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม คู่มือการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.93 คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เท่ากับ 0.72 และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมการ ปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[13] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 125/66 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 75.5 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 39 ปี อายุสูงสุด 72 ปี อายุเฉลี่ย 59 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.38 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 77.5 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 87.5 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,501-4,000 บาท ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่มีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลา

การเกิดโรคเบาหวานระยะเวลาการเกิดโรคต่ำสุด 11 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 28 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 17 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.72 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.5 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100 และโดยส่วนใหญ่มารับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 80

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =56.90, S.D.=3.03) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =87.92, S.D.=2.42) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล	13.95	1.70	ปานกลาง	22.02	0.94	สูง	-25.63	39	.000
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล	14.98	1.20	ปานกลาง	22.37	1.10	สูง	-27.92	39	.000
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	13.60	1.37	ปานกลาง	21.65	0.94	สูง	-34.71	39	.000
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	14.37	1.29	ปานกลาง	21.87	1.06	สูง	-29.04	39	.000
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวม	**56.90**	**3.03**	**ปานกลาง**	**87.92**	**2.42**	**สูง**	**- 47.88**	**39**	**.000**

* p<0.05

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 87.12, S.D.=6.11) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติ

ตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 114.50, S.D.=7.55) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	40.50	3.35	ปานกลาง	55.75	2.00	สูง	-34.34	39	0.000
2. ด้านพฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	56.62	3.41	สูง	57.10	2.25	สูง	-21.28	39	0.000
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวม	**87.12**	**6.11**	**สูง**	**114.50**	**7.55**	**สูง**	**-140.43**	**39**	**0.000**

* p<0.05

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

1) ดัชนีมวลกาย (BMI) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ $\bar{x}$ = 23.59, S.D.=1.63 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ $\bar{x}$ = 21.27, S.D.=1.21 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ $\bar{x}$ = 8.85, S.D.=1.30 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ $\bar{x}$ = 7.02, S.D.=0.52 และเมื่อเปรียบเทียบค่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
1. ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.59	1.63	21.27	1.21	11.99	39	0.000
2. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	8.85	1.30	7.02	0.52	10.72	39	0.000

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ระดับไขมันรวมโคเลสเตอรอลในเลือด (CHOL) ระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดีแอลดีแอล (LDL) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG) ระดับไขมันในเลือดชนิดดีเอชดีแอล (HDL) และ อัตราการกรองของไต (eGFRs) ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นช่วยส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้ 1) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการตรวจและแจ้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการทดลอง 2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง โดยการบรรยายความรู้โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงจากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้รู้สึกกลัวหากไม่ควบคุมระดับน้ำตาล 3) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อทราบประโยชน์หลากหลายแง่มุม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและการตัดสินใจในการปฏิบัติ 4) ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคผ่านกิจกรรมกลุ่มพูดคุยค้นหาปัญหา อุปสรรคในการดูแลสุขภาพที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล มีการช่วยเหลือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและอุปสรรค พร้อมให้กำลังใจต่อการดูแลสุขภาพ 5) ส่งเสริมการรับรู้สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยสอนวิธีการประเมิน/บันทึกผลในคู่มือ ซึ่งช่วยให้สามารถติดตามผลได้จากการสะท้อนของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นหรือแย่ลง มีการโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้น ให้คำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของแต่ละบุคคล และสนับสนุนให้ได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากคนในครอบครัว และ 6) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายในระยะสั้นและชื่นชมเมื่อสำเร็จเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตน รวมทั้งให้เห็นตัวแบบอย่างที่ดีของกลุ่มตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จเพื่อให้เห็นถึงโอกาสที่จะทำให้สำเร็จได้ ทำให้หลังการทดลองมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เหมาะสม ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองตามมา ดังการศึกษาของสุปราณี แตงวงษ์ รัฏภัทร์ บุญมาทอง และกฤษนารี แย้มเพ็ง พบว่าหลังการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากก่อนการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-valve} \leq 0.05$)[14] และการศึกษาของอัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ พบว่า ตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ระดับ HbA1c, ระดับครีเอทินิน และอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[15]

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1. ควรนำโปรแกรมฯ ขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยในชุมชน

ด้านการบริการพยาบาล

1. ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง เน้นสนับสนุนการรับรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ควรพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบของสื่อดิจิตอลออนไลน์ที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อช่วยให้สะดวกและเข้าถึงสื่อ เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยวัยทำงาน เป็นต้น

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1 . American Diabetes Association. (2017). **Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care**, 34(Supply 1), 62-69.

2. American Diabetes Association. (2008). Clinical practice recommendations 2008. **Diabetes Care**, **31**(1), 1-109.

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557**. กรุงเทพฯ : หจก.อรุณ.

4. สมเกียรติ โพธิสัตย์และคณะ. (2014). **โรคเบาหวาน**. การแพทย์ไทย, กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์

5. นุสรา วิโรจนกุฎ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. **วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11**. 31(1), 41-48.

6. American Diabetes Association. **Standards of medical care in diabetes 2013. Diabetes Care 2013;** 36 (Suppl 1): S11-66.

7. จุฑามาศ เกษศิลป์, พาณี วิรัชชกุล และอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน–หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. **วารสารกองการพยาบาล,** 40(1), 85-102.

8. Pender, N. J. (1987). **Health Promotion in nursing Pracice.** (2nd Eds.)**.** Connecticut: Appleton & Lange.

9. วิภาภรณ์ สัญจร. (2562). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง.** ส.ม., วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, ตรัง.

10. วรารัตน์ เหล่าสูง, วรรณรันต์ ลาวัง และพรนภา หอมสินธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**, 12(4), 32-45.

11. กรรณิการ์ เงินดี. (2564). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.

12. วรรณชนก จันทชุม. (2545). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

13. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

14. สุปราณี แตงวงษ์ รัฎภัทร์ บุญมาทอง และกฤษนารี แย้มเพ็ง. (2560). ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. การศึกษาวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

15. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และ เพ็ญศรี จาบประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการ พยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 280-291.

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of self-care models for groups suspected of having hypertension through the mechanism of health stations Hua Khwang Subdistrict, Kosumpisai District, Maha Sarakham Province

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

นงลักษณ์ โคกสีอำนวย[1] สุวิมล แสงเรือง[2]วีระวุฒิ ศรีอำนวย[3]อาริยา แดงวงษา[4]พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์[5]
Nongluk Khokseeamnuay[1] Suwimol Sangreung[2] Weerawut Sri-umnuay[3] Ariya Daengwongsa[4] Panomporn Aramphongpun[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2567 รวมระยะเวลา 5 เดือน กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 83 คน เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินการดูแลตนเอง 3) แบบประเมินการบริโภคเหลือโซเดียม 4) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5) แบบประเมินศักยภาพสถานีสุขภาพ และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 83 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.74 อาชีพทำนา ร้อยละ 38.37 อายุส่วนมาก 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.94 (Mean± SD= 63.23 ปี± 2.34, Min=31 ปี, Max=65 ปี) สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 75.35 มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ร้อยละ 33.60 การพัฒนาแนวทางประกอบด้วย 5 แนวทางดังนี้ 1) ส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดย อสม. มีส่วนร่วม 2) พัฒนาแนวทางการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health station) 3) แต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน 4) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน และสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน 5) พัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน ผลของการใช้รูปแบบพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการลดเกลือและโซเดียมลดลง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงลดลง ศักยภาพของสถานีสุขภาพเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 16.57, 14.62, 16.60, 7.94, 7.18$ ตามลำดับ สรุปผลควรมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในสถานีสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงประสบผลสำเร็จและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง , สถานีสุขภาพ

Abstract

The purpose of this workshop is to study the context of the problem. Develop and evaluate the use of self-care models of groups suspected of having hypertension through the mechanism of health stations in Hua Khwang Sub-district, Kosumpisai District, Maha Sarakham Province. Data was collected between March and July 2024 for a total of 5 months for 83 people suspected of suffering from hypertension in Hua Khwang Sub-district, Kosumpisai District, Mahasarakham Province. Analyze data by analyzing content Use statistics The results of the study showed that 83 people suspected of having high blood pressure were mostly

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[4] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

female, 76.74 percent, farming, 38.37 percent, and most of them were 60 years old or older. 42.94% (Mean± SD= 63.23 years± 2.34, Min=31 years, Max=65 years) Marital Status 75.35 percent of high school diplomas. The development of guidelines consists of 5 approaches as follows: 1) Promoting screening of at-risk groups with the participation of the MOH, 2) Developing guidelines for the operation of health stations, 3) Appointing a clear working group and promoting the participation of people in the community, 4) Increasing access to health services in the community and creating awareness of the health conditions of the people in the community, 5) Developing clear guidelines for operation. The results of the use of the model showed that self-care behavior increased. Decreased salt and sodium reduction behavior Risky food consumption behaviors decrease, health station capacity increases, and satisfaction increases. After the statistically significant development, p <.05, t = 16.57, 14.62, 16.60, 7.94, 7.18, respectively. In conclusion, there should be a joint operation with network partners in health stations. Emphasis on community participation to promote and support self-care behaviors. Therefore, it has been successful and has achieved sustainable change

Keywords: New cases of hypertension, Prevention of hypertension, Health station.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความดันในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติตลอดเวลา โดยค่า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจ คลายตัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีการวัดความดันโลหิตตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป โรคนี้ถือเป็น เพชฌฆาตเงียบ[1,2] เนื่องจากการดำเนินของโรคจะค่อยเป็น ค่อยไป ใช้เวลานาน ซึ่งในระยะแรกจะไม่แสดงอาการชัดเจน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเกิดขึ้น จากรายงาน ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบหนึ่งพัน ล้านคน มีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่รู้ตัวว่าป่วย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 7.5 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน[3] สำหรับ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับดังนี้ 15.62 16.61 และ 16.87[4] ที่สำคัญโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอด เลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคไต อันเป็นสาเหตุถึง ขั้นรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และเมื่อประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลที่สูง โดยหากคนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ล้านคน จะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาลถึงประมาณ 80,000 ล้านบาทต่อปี[5] สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มัน ขาดการออก กำลังกาย ความเครียดเรื้อรัง สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์[6,7] เมื่อเกิดโรคและไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ ปัญหาที่ตามมาคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง[8]

จังหวัดมหาสารคาม พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดัน โลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยปี พ.ศ. 2564-2566 พบความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 21.65, 22.58 และ 23.46 ตามลำดับ[9] สำหรับพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มี ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด

7,689 , 7,919 และ 8,405 ราย ตามลำดับ ตำบลที่มีกลุ่มผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หัวขวาง จำนวน 1,471 คน รองลงมาคือตำบล เขวาไร่ จำนวน 745 ราย และ ตำบลแพง จำนวน 548 ราย ตามลำดับ[10] จากสถิติดังกล่าว ผลกระทบของการเกิดโรคจะส่งผลตามมาจากการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดี ความทุกข์ ทรมานจากภาวะโรคและการรักษา การเป็นภาระของครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายทั้งจากค่ารักษาพยาบาลและค่า ใช้จ่ายอื่นๆ และผลกระทบต่อประเทศชาติในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ได้นำรูปแบบการบริการ Health Station เป็นการบริการที่สร้างความรับรู้ให้กับประชาชน และแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลไกสำคัญโดยเป็นผู้ที่เก็บข้อมูลทั้งในชุมชนและด้านสุขภาพ ด้วยการให้บริการวัดความดัน เจาะเลือดของประชาชน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ผ่านระบบส่งไปยังโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบการติดตามอาการของผู้ป่วย การมี Health Station จะทำให้ข้อมูลสุขภาพจากงานบริการเบื้องต้น เช่น ค่าความดันโลหิต หรือข้อมูลการเจาะเลือด ถูกส่งไปที่โรงพยาบาล ทำให้มีฐานข้อมูลสุขภาพ เป็นการเชื่อมโยงทั้งฐานข้อมูลและงานบริการเข้าด้วยกัน โรงพยาบาลก็จัดเก็บข้อมูลสุขภาพของประชาชนเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพได้ รวมไปถึงการวางแผนการรักษาของโรงพยาบาล และลดความแออัดจากโรคเรื้อรังภายในโรงพยาบาลได้อีกด้วย[11]

จากข้อมูลและปัญหาข้างต้นผู้วิจัย เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ป้องกันการเป็นผู้ป่วย ตามแนวคิดการดูแลตนเองผ่านสถานีสุขภาพ (Health station) การศึกษาครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีโรคความ ดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพในการลดการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดความแออัดในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหา การดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ รูปแบบการดูแล ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ทำการศึกษาในช่วงเดือน มีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 รวมระยะเวลา 5 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ในเชิงคุณภาพใช้กลุ่มภาคีเครือข่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และทีมผู้รับผิดชอบคลินิกความดันโลหิตสูง และภาคีเครือข่ายในชุมชน ในเชิงปริมาณกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 503 คน ที่อาศัยและทำการรักษาในพื้นที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงปีงบประมาณ 2567

2) กลุ่มตัวอย่าง เชิงปริมาณคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วน ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลหัวขวาง อำเภอ

โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 83 คน โดยคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจาก 2 พื้นที่ เพื่อเป็นตัวแทนประชากร โดยครั้งนี้จับฉลากได้ในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย จากนั้นสุ่มจากรายชื่อในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาดตัวอย่าง จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) กระบวนการเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการอบรมทบทวนองค์ความรู้ การดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพกลุ่มตัวอย่างในสถานีสุขภาพ ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุความพึงพอใจ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้เกิดเป็นรูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิดการสนทนาการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Focus group) ใช้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยประเด็นสนทนาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In–depth interview) ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ และ การสังเกต (Observe) ประเด็นการสังเกตเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ชุด ดังนี้ ชุดเครื่องมือที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ชุดเครื่องมือที่ 2 แบบประเมินการดูแลตนเอง ชุดเครื่องมือที่ 3 แบบประเมินการบริโภคเกลือและโซเดียม ชุดเครื่องมือที่ 4 แบบคัดกรองพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ชุดเครื่องมือที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจ ชุดเครื่องมือที่ 6 แบบประเมินศักยภาพสถานีสุขภาพ (Health station)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจง และนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม R-studio คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา การดูแลตนเอง ศักยภาพการใช้สถานีสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความตระหนักการใช้ความเค็ม ความพึงพอใจ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ในส่วนของคะแนน คะแนนการดูแลตนเอง คะแนนศักยภาพการใช้สถานีสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนความตระหนักการใช้ความเค็ม คะแนนความพึงพอใจ เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การพัฒนาโดยใช้ สถิติ Paired-t-test เปรียบเทียบคะแนน

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 3/2567 ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และรูปแบบเดิมก่อนการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในเชิงคุณภาพพบว่าในอำเภอโกสุมพิสัยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่ได้เข้าระบบในการดูแลรักษา ขาดคณะทำงานและการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากการระดมสมองได้พัฒนาแนวทางแก้ไขเบื้องต้นโดยมีการส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดย อสม. เข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมมากขึ้น พัฒนาแนวทางการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health station) ในพื้นที่ชุมชน แต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน และสร้างการรับรู้สภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน พัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากกลุ่มตัวอย่าง 83 คน พบว่ามีปัญหาผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน ร้อยละ 43.37 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 14 คน ร้อยละ 16.87 มีโรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.82 ดื่มสุรา จำนวน 8 คน ร้อยละ 9.64 สูบบุหรี่ จำนวน 6 คน ร้อยละ 7.23 เคยป่วยจนต้องนอนพักในโรงพยาบาล จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.82 ดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน จำนวน 29 คน ร้อยละ 34.52 รอบเอวเกิน 36 นิ้ว จำนวน 21 คน ร้อยละ 25.30 ค่าความดันโลหิต ตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป จำนวน 76 คน ร้อยละ 91.57 การรับประทานเค็มในอาหาร NaCl>0.70 mg% จำนวน 74 คน ร้อยละ 89.16 ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) มากกว่า 126 มก./ดล. จำนวน 18 คน ร้อยละ 21.69 สายตาสั้น จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.82 สายตายาว จำนวน 17 คน ร้อยละ 20.48 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 83 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 64 คน ร้อยละ 76.74 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 19 คน ร้อยละ 23.26 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากทำนาจำนวน 32 คน ร้อยละ 38.37 รองลงมาค้าขาย จำนวน 28 คน ร้อยละ 34.19 และรับจ้าง จำนวน 23คน ร้อยละ 27.44 ตามลำดับ อายุส่วนมาก 60 ปีขึ้นไป จำนวน 36 คน ร้อยละ 42.94 รองลงมา 51-60 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 20.48 และ 41-45 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 15.51 ตามลำดับ (Mean± SD= 63.23 ปี± 2.34, Min=31 ปี, Max=65 ปี) สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงาน จำนวน 63 คน ร้อยละ 75.35 รองลงมาหม้าย จำนวน 13 คน ร้อยละ 15.11 และ โสด จำนวน 8 คน ร้อยละ 9.54 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. จำนวน 28 คน ร้อยละ 33.60 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 29 คน ร้อยละ 35.39 และประถมศึกษา จำนวน 20 คน ร้อยละ 24.06 ตามลำดับ

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กระบวนการพัฒนาคือแต่งตั้งคณะทำงานในสถานีสุขภาพ กำหนดบทบาท ร่วมกันวางแผน การจัดหาและเลือกสถานที่ จัดหางบประมาณในการสนับสนุนอุปกรณ์และบูรณาการงบประมาณร่วมกัน จัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน การเก็บข้อมูล วิเคราะห์ การส่งต่อ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง จัดบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองโดยผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชนและสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน กำหนดให้ชุมชนเป็นผู้จัดหาสถานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาศักยภาพ อสม. และ ประชาชนในการใช้ Application และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาศักยภาพชุมชนเป็นแกนนำใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการกำกับติดตามและประเมินการดำเนินงาน สถานีสุขภาพ (Health station) อย่างเคร่งครัด กำหนดบทบาทคณะทำงาน จัดหางบประมาณ อุปกรณ์ อัตรากำลังคนในการปฏิบัติงาน แบบบุรณาการ พบปัญหาขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน กำหนดแนวทางการปฏิบัติการดำเนินงานในสถานีสุขภาพ (Health station) เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดทำร่างแนวทางการปฏิบัติและนำไปใช้ในสถานีสุขภาพในชุมชนโดย อสม.

3) ผลของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3.1) ผลการพัฒนาการดูแลตนเองในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการพัฒนาการดูแลตนเองในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม อยู่ในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ย 2.73 คะแนน (S.D.=0.66) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ การไม่รับประทานอาหารกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง ผักกาดกระป๋อง คะแนนเฉลี่ย 3.42 คะแนน รองลงมา การไม่รับประทานอาหารดองเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ปลาร้า, การไปตรวจตรงตามวันและเวลาที่แพทย์นัด คะแนนเฉลี่ย 3.21 คะแนนเท่ากัน และ การไม่รับประทานเนื้อสัตว์ชนิดที่ติดมัน เช่น หนังไก่ทอด หมูสามชั้น, การเฝ้าระวังตัวเองเมื่อรู้สึกวิงเวียนหน้ามืดจะตรวจวัดความดัน, การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองประจำ คะแนนเฉลี่ย 3.12 คะแนนเท่ากัน ตามลำดับ หลังการพัฒนาการดูแลตนเองในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.98 (S.D.=1.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ การไม่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หอยนางรม คะแนนเฉลี่ย 4.34 คะแนน รองลงมาการไม่รับประทานยาสมุนไพรเพิ่มเติมเมื่ออาการไม่ดีขึ้น, การไม่รับประทานเนื้อสัตว์ชนิดที่ติด มัน เช่น หนังไก่ทอด หมูสามชั้น คะแนนเฉลี่ย 4.32 คะแนนเท่ากัน และการพูดคุยเรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่เป็นประจำ คะแนนเฉลี่ย 4.26 คะแนน ตามลำดับ

3.2) ผลการพัฒนาการลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการพัฒนาพฤติกรรมการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.60 คะแนน (S.D.=0.69) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ การมีพฤติกรรมการไม่เติม น้ำปลา หรือซีอิ้ว บนโต๊ะอาหารอีกครั้งก่อนรับประทานบนโต๊ะอาหาร คะแนนเฉลี่ย 2.87 คะแนน รองลงมา พฤติกรรมสั่งอาหารโดยไม่เติมน้ำปลา หรือ ผงชูรส คะแนนเฉลี่ย 2.85 และ พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารสั่งหรือซื้อจากนอกบ้าน คะแนนเฉลี่ย 2.82 คะแนน ตามลำดับ หลังการพัฒนาพฤติกรรมการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.13 คะแนน (S.D.=1.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ การมีพฤติกรรมการปรุงอาหารปรุงเองที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 4.56 คะแนน รองลงมา มีพฤติกรรมการไม่เติม น้ำปลา หรือซีอิ้ว บนโต๊ะอาหารอีกครั้งก่อนรับประทานบนโต๊ะอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 4.39 คะแนน และพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารสั่งหรือซื้อจากนอกบ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 4.24 คะแนน ตามลำดับ

3.3) ผลการพัฒนาพฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารเสี่ยง หวาน มัน และโซเดียม ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการพัฒนาพฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารเสี่ยง หวาน มัน และโซเดียม ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.64 คะแนน (S.D.=0.61) เมื่อพิจารณาเป็นราย

ข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ พฤติกรรมการดื่มน้ำเปล่า คะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน รองลงมาพฤติกรรมการไม่เติมน้ำตาลลงในอาหารที่รับประทาน คะแนนเฉลี่ย 3.12 คะแนน และพฤติกรรมการไม่ดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ, พฤติกรรมการชิมอาหารเพื่อทดสอบความไม่เค็มด้วยน้ำปลาซีอิ้ว ซอส คะแนนเฉลี่ย 2.84 คะแนนเท่ากันตามลำดับ หลังการพัฒนาพฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารเสี่ยง หวาน มัน และโซเดียม ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.07 คะแนน (S.D.=1.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ การมีพฤติกรรมการไม่เติมน้ำตาลลงในอาหารที่รับประทาน มีคะแนนเฉลี่ย 4.32 คะแนน รองลงมาพฤติกรรมการไม่กินเนื้อสัตว์แปรรูป ไส้กรอก หมูยอ แฮม ปลาเค็ม กุ้งแห้ง หรืออาหารกล่องแช่แข็ง มีคะแนนเฉลี่ย 4.29 คะแนน และพฤติกรรมการไม่ดื่มน้ำผลไม้สำเร็จรูป คะแนนเฉลี่ย 4.28 คะแนน ตามลำดับ

3.4) ผลการพัฒนาศักยภาพสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการพัฒนาศักยภาพสถานีสุขภาพ (Health station) อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ภาพรวม อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.86 คะแนน (S.D.=0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ การใช้อุปกรณ์เบื้องต้น เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดเอว เครื่องวัดความดัน มีคะแนนเฉลี่ย 3.28 คะแนน รองลงมาการบันทึกข้อมูลและจัดเก็บข้อมูล ณ ต้นสังกัดเพียงอย่างเดียว มีคะแนนเฉลี่ย 3.18 คะแนน และการคัดกรองเบื้องต้นและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงร่วมถึงการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด มีคะแนนเฉลี่ย 3.11 คะแนน ตามลำดับ หลังการพัฒนาศักยภาพสถานีสุขภาพ (Health station) อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.92 คะแนน (S.D.=1.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ การใช้อุปกรณ์เบื้องต้นและแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและอุปกรณ์เครื่องวัดน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และหรือเครื่องวัดออกซิเจนในเลือดและชุดตรวจเฉพาะโรคอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ย 4.36 คะแนน รองลงมาการใช้มีอุปกรณ์เบื้องต้นในการประเมินปัจจัยเสี่ยง คะแนนเฉลี่ย 4.28 คะแนน และการบันทึกข้อมูลอุปกรณ์ทางการแพทย์ดิจิทัลอัตโนมัติเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาลเครือข่าย คะแนนเฉลี่ย 4.26 ตามลำดับ

3.5) ผลการพัฒนาความพึงพอใจ การพัฒนาสถานีสุขภาพ (Health station) เพื่อดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการพัฒนาความพึงพอใจ การพัฒนาสถานีสุขภาพ (Health station) เพื่อดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวม อยู่ใน ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.69 คะแนน (S.D.=0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านสถานีสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 3.26 คะแนน รองลงมาคือ ความรู้ความสามารถของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านสถานีสุขภาพ, การประสานงานในภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยสงสัยโรคความดันโลหิตสูงผ่านสถานีสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 2.68 คะแนนเท่ากัน และการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยสงสัยโรคความดันโลหิตสูงผ่านสถานีสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 2.61 คะแนน ตามลำดับ หลังการพัฒนาความพึงพอใจ การพัฒนาสถานีสุขภาพ (Health station) เพื่อดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.91 คะแนน (S.D.=1.34) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ ความรู้ความสามารถของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านสถานีสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.38 คะแนน รองลงมา อัธยาศัยไมตรี และความเต็มใจของบุคลากรในสถานีสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยสงสัยโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ย

4.20 คะแนน และความใส่ใจในการดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านสถานีสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.14 คะแนน ตามลำดับ

3.6 ผลการพัฒนาสุขภาพกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงป้องกันการป่วย โดยใช้สถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนพัฒนาผลตรวจสุขภาพกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลตรวจดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐาน มากกว่า 24.9 จำนวน 29 คน ร้อยละ 34.94 รอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน มากกว่า 36 นิ้ว จำนวน 21 คน ร้อยละ 25.30 ความดันโลหิตสูงเกินตั้งแต่ 140/90 มม. ปรอทขึ้นไป จำนวน 76 คน ร้อยละ 91.57 การรับประทานอาหารเค็ม NaCl มากกว่า 0.70 mg% จำนวน 74 คน ร้อยละ 89.16 หลังพัฒนาผลตรวจสุขภาพกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลตรวจดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐาน มากกว่า 24.9 จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.89 รอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน มากกว่า 36 นิ้ว จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.89 ความดันโลหิตสูงเกินตั้งแต่ 140/90 มม. ปรอทขึ้นไป จำนวน 13 คน ร้อยละ 15.66 การรับประทานเค็มในอาหาร NaCl มากกว่า 0.70 mg% จำนวน 2 คน ร้อยละ 2.41

ตาราง 1 การทดสอบความแตกต่างผลการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพ ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม (n=83)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.73	0.66	น้อย	3.98	1.39	มาก	16.57	<0.001*
2. พฤติกรรมลดการบริโภคเกลือ และโซเดียม	2.60	0.69	น้อย	4.13	1.45	มาก	14.62	<0.001*
3. พฤติกรรมการลดบริโภคอาหารเสี่ยง หวาน ไขมัน โซเดียม	2.64	0.61	น้อย	4.07	1.46	มาก	16.60	<0.001*
4. ศักยภาพของสถานีสุขภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วย	2.82	0.74	น้อย	3.92	1.36	ปานกลาง	7.94	<0.001*
5. ความพึงพอใจ	2.69	0.77	น้อย	3.91	1.34	ปานกลาง	7.18	<0.001*

การทดสอบความแตกต่างผลการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพ พบว่า หลังการพัฒนามีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และรูปแบบเดิมก่อนการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในเชิงคุณภาพพบว่าในอำเภอโกสุมพิสัยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่ได้เข้าระบบในการดูแลรักษา ขาดคณะทำงานและการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากการระดมสมองได้พัฒนาแนวทางแก้ไขเบื้องต้นโดยมีการส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดย อสม. เข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมมากขึ้น พัฒนาแนวทาง

การดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health station) ในพื้นที่ชุมชน แต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน และสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน พัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานในเชิงปริมาณกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากมีปัญหาผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน รอบเอวเกิน 36 นิ้ว ค่าความดันโลหิต ตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป การรับประทานอาหารเค็ม NaCl>0.70 mg% ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) มากกว่า 126 มก./ดล. ส่วนมากเป็นเพศหญิง อาชีพส่วนมากทำนา อายุส่วนมาก 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงาน การศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. สอดคล้องกับ สุภาพร มงคลหมู่[12]

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วยผู้ป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีรูปแบบการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ควรมีการส่งเสริมหลักการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางการแพทย์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย คณะกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ควรส่งเสริมผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ เรียมใจ พลเวียง และ มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง[13]

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามทำให้การดูแลตนเองในกลุ่มผู้สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น ช่วยในการลดพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาพฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารเสี่ยงหวาน มัน และโซเดียม ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น ศักยภาพสถานีสุขภาพ (Health station) ดีขึ้น ผลการพัฒนาความพึงพอใจดีขึ้น สอดคล้องกับ อมรรัตน์ พันธ์คีรี[14]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ส่วนกลางควรให้สนับสนุนในการดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ สนับสนุนพัฒนาระบบการดูแลตนเอง การควบคุมการรับประทานอาหารเสี่ยง เกลือ โซเดียม หวาน เค็ม มัน โดยใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านสถานีสุขภาพ ผลักดันร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน และประชาชน

2) ระดับจังหวัดควรให้การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ ให้เพียงพอต่อการบริการในสถานีสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนในชุมชน

3) ภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในยุคเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย โดยสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายผ่านระบบกรุ๊ปไลน์และโปรแกรม SRR7

2.ข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ

การนำรูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ควรมีการกำหนดขั้นตอนในการ ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมภาคีเครือข่าย ชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง โดย

มุ่งเน้นการจัดการสุขภาพร่วมกันของชุมชนและการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดการบริโภคอาหาร หวาน เค็ม มัน สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ ทำให้เกิดสุขภาพดีแบบยั่งยืน

2) สถานีสุขภาพเป็นแนวทางให้ประชาชนในชุมชน สามารถประเมินสุขภาพตนเองได้เบื้องต้น สามารถจัดการตนเองให้มีสุขภาพดีได้ ประชาชนในชุมชนมีที่ศึกษาเรียนรู้และฝึกทักษะด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จากการรณรงค์สื่อประชาสัมพันธ์ การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเอง การลดการบริโภคอาหารเสี่ยงในชุมชน

3) การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาบูรณาการในระบบสถานีสุขภาพ เช่น โปรแกรม SRR7 Line group ระบบ Tele-medicine ควรมีการอบรมและเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากร อสม.และเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชนได้ครอบคลุมในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และลดความแออัดในโรงพยาบาลได้

3.ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำรูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านกลไกลสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชน ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา ประเมินผลและปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่ช่วยให้ให้ภาคีเครือข่ายมีระบบการป้องกันโรคเรื้อรังรายใหม่และแก้ไขปัญหาโรคเรื้องรังได้

2. ควรมีการพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ และอาหารเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับส่งเสริมให้คนในชุมชนเข้าถึงระบบสุขภาพผ่านสถานีสุขภาพ แล้ววัดประสิทธิภาพการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการทดลองเปรียบเทียบในพื้นที่ชุมชนที่มีขนาดใกล้เคียงกันเพื่อทำให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นตามความต่างในแต่ละบริบทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย สาธารณสุขอำเภอโกสุมพิสัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2557. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2557.
2. วิภาพร สิทธิสาตร์. วิถีชีวิต วิถีสุขภาพ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามบริบทของชาวสวนยางพารา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช. 2560.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ ก. รวม 4 โรค/ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจขาดเลือด/หลอดเลือด สมอง/หลอดลมอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง2022 [cited 2566 2 มิถุนายน 2567].
4. จารุจิต ประจิตร. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลชุมพวงโดยใช้หลักการพื้นฐานของลีนและการเว้นระยะห่างทางกายภาพ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2565; 8(1):18-37.

5. อาคม รัฐวงษา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบล อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;ปีที่ 5 ฉบับที่ 2.
6. Organization WHO. Innovative care for chronic condition.2022.
7. Health MoPH. Public Health Statistics A.D.2023. Mahasarakham Province. Health data center 2022 [cited 2022 2 February 2024]. Available from:https://data.moph.go.th/.
8. Yavalak W. The Effects of Management for Motivation to Prevent Disease in Patients with Non-Insulin DependentType of Diabetes, Tha Tum District, Nakhon Phanom Province. Master's Degree Thesis Mahasarakham University. 2017.
9. World Health Organization (WHO).World Health Statistics. WHO library Cataloguing in Publication Data. 2017.
10. Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R, Hu FB, Hunter D, Smith-Warner SA; et al. (2004). Fruitandvegetable intake and risk of major chronic disease. Journal of the National CancerInstute. 96:1557-1584.
11. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ประจำปี 2566. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม. 2566.
12. สุภาพร มงคลหมู่, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2565;17(2):168-75.
13. เรียมใจ พลเวียง และ มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง.การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น 2565;31(1):26-35.
14. อมรรัตน์ พันธ์คีรี.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมการแพทย์และสุขภาพ 2566;8(3):677-688.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

The Effectiveness of Self-Efficacy Enhancement Program of the Village Health Volunteers in the care of the populations the risk group of Diabetes and Hypertension Wang Phrao Subdistrict, Ko kha District, Lampang Province.

(Received: December 24,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

ภัทรภร กิตติไชยากร[1] ขนิษฐา มลิหอม[2] ประยุทธ ศรีกระจ่าง[3]
Phataraporn Kittichaiyakorn[1], Khanittha Malihom[2], Prayut Srikrajang[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พัฒนาโปรแกรมโดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูราและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (p-value < 0.001) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (p-value = 0.011) และพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถแห่งตน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of the program to enhance the self-efficacy of village health volunteers in caring for the population at risk of diabetes and hypertension in Wang Phrao Subdistrict, Ko Kha District, Lampang Province. The program was developed using Bandura's self-efficacy framework and data were collected using the researcher's developed tools.

The sample consisted of 30 people. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired sample t-test. The results of the study found that after participating in the program, the sample group had higher knowledge than before participating in the program (p-value < 0.001). The self-efficacy of caring for the population at risk was higher than before participating in the program (p-value = 0.011). The behavior of caring for the population at risk was higher than before participating in the program (p-value < 0.001).

Keywords: Self-efficacy, Village health volunteers, Diabetes, Hypertension, Risk group

บทนำ

สภาวะความเป็นอยู่วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปในทางที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและพบในทุกประเทศ[1] อัตราความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขมากมายซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรง

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังพร้าว จังหวัดลำปาง
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังพร้าว จังหวัดลำปาง
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างมหาศาล[2] ในขณะเดียวกันถ้าควบคุมโรคไม่ได้จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ ไตวาย อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือต้องเสียอวัยวะบางส่วน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจทำให้อัตราตายสูงขึ้น[3] สำหรับความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2559 - 2561 เท่ากับ 960.18, 1,010.15, 1,125.90 คน และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,714.04, 1,809.74, 2,021.66 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่จังหวัดลำปางในปี 2564 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม จำนวน 118,774 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.79 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม จำนวน 50,227 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.81 เป็นสถิติที่เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง[4] สำหรับตำบลวังพร้าว จังหวัดลำปาง มีอัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ในปี 2564 - 2566 อยู่ที่ 8,967.23, 9,226.45, 9,216.59 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี 2564-2566 อยู่ที่ 17,729.67, 17,818.13, 17,987.22 ตามลำดับ[5] ทั้งนี้ประเทศไทยได้นำการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงาน ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศ มากกว่า 1,056,463 คน ซึ่งผ่านกระบวนการอบรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงหลักสูตรอบรมเรื่อยมา การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นบทบาทหนึ่งของ อสม. ทั้งนี้เนื่องจากเป็นงานที่ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในลักษณะเชิงรุก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญที่จะปฏิบัติงานจนสำเร็จ ซึ่งจากการทบทวนสภาพปัญหาที่ผ่านมา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาด้านทักษะการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงน้อยไม่สม่ำเสมอ ขาดการใช้จิตวิญญาณในการให้บริการ การได้รับความรู้ไม่เพียงพอต่อการดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ มีข้อจำกัดในการดำเนินงานกรณีที่เป็นงานที่ต้องใช้เวลาดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน เป็นต้น ทำให้ อสม. ไม่มีเวลาให้กับครอบครัว ขาดแรงจูงใจในการทำงาน และการไม่เห็นคุณค่าในตนส่งประสิทธิผลต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเป็น อสม. ในภาพรวมได้ ทั้งนี้หาก อสม. ได้รับการพัฒนาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนและเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับ อสม. เป็นเรื่องที่ท้าทาย อย่างไรก็ตามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติที่ดี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมบริการดีขึ้น[6] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง เพื่อพัฒนาความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และ

พฤติกรรมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังพร้าว อันจะนำไปสู่การปฏิบัติที่แท้จริงและแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ประสิทธิผลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการวางแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนในภาพรวมจังหวัดและเขตบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

สมมติฐานของการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดประสิทธิผลของโปรแกรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง (One group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 4 กันยายน ถึง 31 ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ที่มีชื่อในฐานข้อมูลกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 172 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจเป็นอสม.ที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 2 ปี และสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ เกณฑ์การคัดออก คือ ขอถอนตัวออกระหว่างการศึกษาวิจัย เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบทุกกิจกรรมได้ไม่ถึงร้อยละ 80 เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1) โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนและคู่มือการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากงานวิจัยของปิยนุช ภิญโย และคณะ[6] โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura[7] ระยะเวลาการดำเนินการจำนวน 8 สัปดาห์ ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 เน้นการเสริมสร้างความรู้ และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยการจัดอบรมด้วยการบรรยายเกี่ยวกับความรู้การประเมินความเสี่ยง การซักประวัติ การใช้เครื่องมือในการคัดกรอง และการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้กับกลุ่มตัวอย่างและการแบ่งกลุ่มฐานการเรียนรู้ตามโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ อสม.ในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าร่วมในแต่ละฐาน ตามรายละเอียดดังนี้

ฐานที่ 1 ฉันเข้าใจ เป็นกิจกรรมการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ฐานที่ 2 ฉันทำได้ เป็นการฝึกทักษะการตรวจคัดกรองเบื้องต้นโดยให้มีการสาธิตย้อนกลับและฝึกทักษะในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ฐานที่ 3 ฉันมั่นใจ กิจกรรมกลุ่มพูดชักจูงชักชวน และกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นความสำคัญในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แลกเปลี่ยนความภาคภูมิใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการการดูแล เพื่อสร้างความภูมิใจและเพิ่มทัศนคติในทางที่ดีในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ฐานที่ 4 ฉันจัดการได้ โดยการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนของตนเองพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสะท้อนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 - 6 การพัฒนาทักษะในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ลงฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน กลุ่มละ 1 หมู่บ้าน โดยมีผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่เป็นอาจารย์พี่เลี้ยงประจำ ฝึกการประเมินปัญหาหรือความต้องการในการดูแลของประชากรกลุ่มเสี่ยง การระบุปัญหาและความต้องการในการดูแลการวางแผนกิจกรรมการลงมือปฏิบัติการดูแล และการประเมินผลร่วมกันในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 7 ติดตามประเมินผลโดยกลุ่มตัวอย่างร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยการเยี่ยมบ้านประชากรกลุ่มเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 8 สรุปการเรียนรู้ การสร้างความคิดรวบยอดร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ร่วมสะท้อนและถอดบทเรียนการเรียนรู้ตามโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 ข้อ แปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1 - 5 คะแนน) ปานกลาง (6 - 11 คะแนน) สูง (12 - 17 คะแนน)

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ แปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (12 - 22 คะแนน) ปานกลาง (23 - 35 คะแนน) สูง (36 - 48 คะแนน)

แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ แปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (14 - 22 คะแนน) ปานกลาง (23 - 46 คะแนน) สูง (47 - 70 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง รายละเอียดดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจประเมินด้านความตรงของเนื้อหาด้วยความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยแยกรายข้อ ซึ่งมีค่าระหว่าง 0.67 - 1.00

2) การทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอีกพื้นที่หนึ่งซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.849

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยตัวแปรที่เป็นข้อมูลแจงนับ นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนตัวแปรที่เป็นข้อมูลปริมาณ นำเสนอโดยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ณ วันที่ 3 กันยายน 2567 ตามเอกสารเลขที่ E2567-057

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 26.6 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.2 ± 7.4 ปี มีสถานภาพคู่/สมรส มากที่สุด ร้อยละ 73.3 รองลงมาคือ สถานภาพโสด ร้อยละ 13.3 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.7 เกษตรกรรม ร้อยละ 33.3 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 30.0 และรายได้ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 63.3 สำหรับการมีโรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ 16 – 20 ปี ร้อยละ 23.4 มีวิธีการเข้าเป็น อสม. โดยเพื่อน อสม.ชักชวน ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ สมัครเข้าเอง ร้อยละ 43.3 และกลุ่มตัวอย่าง อสม. ทั้งหมดเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือโรคเรื้อรัง ร้อยละ 100.0

ความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.3 ± 1.7 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับสูงทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.6 ± 0.7 คะแนน

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.9 ± 4.6 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.8 ± 3.4 คะแนน

พฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.1 ± 7.3 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.2 ± 3.8 คะแนน

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ อสม.

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมในการ

ดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ paired sample t-test พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.27 ± 1.68 คะแนน ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.63 ± 0.67 คะแนน โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*p*-value < 0.001)

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.90 ± 4.57 คะแนน ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.80 ± 3.39 คะแนน โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*p*-value = 0.011)

พฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.07 ± 7.28 คะแนน ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.17 ± 3.79 คะแนน โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*p*-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การเปรียบเทียบ	mean	S.D.	t	*p*-value
ความรู้			-7.319	<0.001
ก่อนเข้าโปรแกรม	14.27	1.68		
หลังเข้าโปรแกรม	16.63	0.67		
การรับรู้ความสามารถแห่งตน			-2.731	0.011
ก่อนเข้าโปรแกรม	33.90	4.57		
หลังเข้าโปรแกรม	36.80	3.39		
พฤติกรรมการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง			-6.773	<0.001
ก่อนเข้าโปรแกรม	54.07	7.28		
หลังเข้าโปรแกรม	63.17	3.79		

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง

ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง โดยก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.7 และหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรรัตน์ คูหะมณี และคณะ[8] ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในระดับดีมาก ร้อยละ 79.1 และการศึกษาของศักดิ์ดา ธานินทร์ และพิชญา ตาจุ่ม[9] ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดีมาก ร้อยละ 62.6 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงดี

อยู่แล้ว ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังมาตั้งแต่แรกเข้ามาเป็น อสม. แล้ว รวมทั้งอาจจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระหว่างการเป็น อสม. มาโดยตลอด ซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อสม. ทั้งหมดเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือโรคเรื้อรัง ร้อยละ 100.0 และมีประสบการณ์การเป็น อสม. เฉลี่ยอยู่ที่ 12.6 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของสมโภช รติโอฬาร[10] ที่พบว่าระยะเวลาการเป็นอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของกฤตยา แสวงทรัพย์ และเอื้อญาติ ชูชื่น[11] ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครนายก พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.2 และผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของวิษณุ มากบุญ[12] ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง ร้อยละ 64.74 และการศึกษาของไมลา อิสสระสงคราม[13] ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามสุขบัญญัติของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามภายหลังการให้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแล้วพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.7 โดยประเด็นที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากที่สุด คือ สามารถแนะนำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้ออกกำลังกายแบบสะสมโดยการทำงานในชีวิตประจำวัน สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเสี่ยงที่ตนเองดูแลได้ และสามารถแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสะดวกและปลอดภัยให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้

พฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 แตกต่างจากการศึกษาของทัตติกา ฉัตรชัยพันธ์ และคณะ[14] ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน พบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ และการศึกษาของเกสิรินทร์ ไทยเสน และนงณภัทร รุ่งเนย[15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า

ก่อนการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 82.7 และทักษะการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.7

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ อสม.

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้เป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความ สามารถแห่งตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา[7] โดยโปรแกรมการเสริมสร้างความ สามารถแห่งตนในงานวิจัยนี้มีการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้คู่มือประกอบ มีการฝึกทักษะการตรวจคัดกรองเบื้องต้นโดยให้มีการสาธิตย้อนกลับและฝึกทักษะในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรมกลุ่มพูดชักจูง ชักชวน และกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นความสำคัญในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แลกเปลี่ยนความภาคภูมิใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลเพื่อสร้างความภูมิใจและเพิ่มทัศนคติในทางที่ดีในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนของตนเองพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสะท้อนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกัน เนื่องจากได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติการจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยง โดยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และมีกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการให้ความรู้โดยการสอนและเน้นการมีส่วนร่วมเป็นส่วนใหญ่และอธิบายเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โดยมีการประเมินย้อนกลับและใช้การเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งการพูดชักชวนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสามารถของตนที่จะดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสม รวมทั้งการดำเนินการวิจัยนี้ได้ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมด้วย ซึ่งกระบวนการกลุ่มเน้นความร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มโดยได้ฝึกทักษะการคิด กระบวนการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติที่ถูกต้องจึงส่งผลให้เกิดความรู้ ความจำทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ[16] ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสิรินทร์ ไทยเสน และนงณภัทร รุ่งเนย[15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และทักษะการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสอดคล้องกับการศึกษาของกิติพงษ์ เรือนเพ็ชร และวาสุกรี สายเพ็ชร์[17] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของจุฑามาศ ติลภัทร และคณะ[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง ด้วยแนวคิดว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความอยากที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา กิจกรรมการได้รับประสบการณ์จากตัวแบบที่มีชีวิตเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง มาเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการพูดคุยถามตอบ การพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งผู้วิจัยพูดชมเชยให้กำลังใจ ใช้คำพูดสนับสนุนในแต่ละกิจกรรมว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นสามารถทำได้ เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่น ความมั่นใจ พร้อมทั้งการเห็นตัวแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อีกทั้งมีการนิเทศติดตามการเยี่ยมบ้านในชุมชนซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งภายหลังการให้โปรแกรมทำให้เห็นได้ว่า อสม.จะทำงานเป็นทีมมีการแบ่งกลุ่มกันทำงานในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งจะมีการแบ่งหน้าที่การปฏิบัติงานและออกปฏิบัติงานเป็นทีมและหมุนเวียนหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชากรที่รับผิดชอบ เช่น การดูแลประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง การเจาะตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การวัดความดันโลหิต และการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ อสม.ทุกคนเข้าใจและปฏิบัติการดูแลได้ทุกสภาพปัญหา รวมทั้งเมื่อปฏิบัติงานเสร็จแล้วจะมีการร่วมกันสรุปงานและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางการทำงานซึ่งกันและกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีพฤติกรรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนดีมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมของการวิจัยนี้ไปใช้โดยดำเนินการให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของพื้นที่ได้ และสามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายหรือหลักสูตรในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทั้งระดับ รพ.สต. อำเภอ และจังหวัด

2. ควรศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงของอาสาสมัครสาธารณสุข พร้อมทั้งแนวทางในการทำให้ผลของกิจกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป และควรทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยการประเมินจากผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งควรทำการศึกษาโดยนำกระบวนการและรูปแบบโปรแกรมของการวิจัยนี้ไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง กลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1.Thonghong A, et al. Chronic Diseases Surveillance Repor. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2011;43(17):257-64.

2.อมรรัตน์ ภิรมย์ชม, อนงค์ หาญสกุล. การรับรู้สุขภาวะและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพลศึกษา. 2555;15(1):129-41.

3.เนติมา คูนีย์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(1):22-32.

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. รายงานประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังปี 2564. ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง; 2564.

5.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังพร้าว. อัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ข้อมูล HDC). ลำปาง: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังพร้าว; 2566.

6.ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, สายสุดา จันหัวนา, วชิรศักดิ์ อภิพัฒน์กานต์, ธรณิศ สายวัฒน์, อมรรัตน์ อัครเศรษสกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. . วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2560;37(3):109-20.

7.Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.

8.อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. 2563;45(1):137-42.

9.ศักดิ์ดา ธานินทร์, พิชญา ตาจุ่ม. รูปแบบความรอบรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2566;15(3):132-42.

10.สมโภช รติโอฬาร, ณัชปภา คัชมาตย์, วรางคณา จันทร์คง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.

11.กฤตยา แสวงทรัพย์ , เอื้อญาติ ชูชื่น. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2562;11(22):1-12.

12.วิษณุ มากบุญ. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;2(1):17-28.

13.ไมลา อิสสระสงคราม. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามสุขบัญญัติของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2562;26(3):72-82.

14.ทัตติกา ฉัตรชัยพันธ์, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;24(3):83-93.

15.เกสิรินทร์ ไทยเสน, นงณภัทร รุ่งเนย. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(3):37-55.

16.ณฐา เชียงปิ๋ว, วราภรณ์ บุญเชียง, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร. 2561;45(1):87-99.

17.กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, วาสุกรี สายเพ็ชร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล. 2567;73(4):11-20.

18. จุฑามาศ ติลภัทร, วันเพ็ญ แก้วปาน, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2567;7(2):5-20.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

Development of nursing model for patients with sepsis by community participation of Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province.

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ดวงจันทร์ บัวรัตน์[1]
Duangjun Buarat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายสุขภาพและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 53 คน และ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่ม, แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยในภาคีเครือข่าย แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วย การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาประกอบด้วย 8 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาแบบฟอร์มค้นหาความเสี่ยงโดย อสม. 2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) พัฒนาแนวทางแก้ไขเบื้องต้นในการประเมินทางคลินิก 4) พัฒนาโครงสร้างพยาบาลผู้ประสานงาน 5) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 6) พัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติ 7) สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนตามบทบาทหน้าที่ 8) พัฒนาแบบฟอร์มและระบบส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน ผลลัพธ์ของรูปแบบส่งผลให้ภาวะการติดเชื้อลดลง ระดับความรู้การดูแลในภาคีเครือข่าย และ ความรู้การดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 10.24, 11.29)

คำสำคัญ: การป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด, การพัฒนารูปแบบการพยาบาล, ภาคีเครือข่ายชุมชน

Abstract

This research was participatory action research. Aim to develop and use a model for Development of nursing model for patients with sepsis by community participation of Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province. Sample group consists of 53 health network partners and professional nurses working in infection prevention and 56 patients at risk of sepsis. Research tools used include 1) open-ended focus group questions, a knowledge test for patient care in the network partners, and a knowledge test for self-care in patients. Qualitative analysis uses content analysis. Statistics use descriptive statistics for quantitative data analysis, and before-after comparisons using Paired-t test.

The research results found that the development consists of 8 important models: 1) Development of a risk search form by village health volunteers. 2) Nursing practice guidelines for patients with bloodstream infections for health-promoting hospitals. 3) Development of initial solutions for clinical assessment. 4) Development of a coordinating nurse structure. 5) Development of nurse competence in caring for patients with bloodstream infections. 6) Development of manuals and guidelines. 7) Creating participation of multidisciplinary teams and community network partners according to their roles and responsibilities. 8) Development of forms and referral systems for patients with bloodstream infections in the community. The results of the model resulted in a significant decrease in the incidence of infection, knowledge of care in the network partners, and self-care knowledge at the .05 level (t = 10.24, 11.29).

Keywords: Prevention of bloodstream infection, Nursing model development, Community network partners

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนับว่าเป็นปัญหาทั่วโลก กลุ่มอาการที่เกิดจากการติดเชื้อบางส่วนในร่างกายทำให้เกิดภาวะการอักเสบทั่วร่างกายเพื่อตอบสนองต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด พบโดยประมาณ 30 ล้านคนทั่วโลก และพบผู้เสียชีวิต 6 ล้านคนต่อปีทั่วโลก[1] สำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง จะพบกลุ่มในผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเอดส์ ทารกแรกเกิด ตับแข็ง มะเร็ง ไตภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยตัดม้าม และผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล[2] ประเทศไทยในปี 2565 พบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ร้อยละ 33.42 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี[3]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (septic Shock)ในชุมชนชนิด Community-Acquired จำเป็นต้องมีการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนและสถานบริการ จำเป็นต้องประเมินอาการและการสังเกตอาการเบื้องต้น และใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น[4] การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ และ การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงานและการเฝ้าติดตามกำกับอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งกำหนดให้มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วนทันเวลา[5]

จังหวัดมหาสารคาม[6] ในปี 2566 จังหวัดมหาสารคามมีอัตราป่วยจากติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 223 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังพบกลุ่มโรคติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือภาวะปอดอักเสบ จากสถิติการมารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม พ.ศ.2564-2566 พบอัตราเกิดภาวะติดเชื้อ (severe sepsis, sepsis shock) ร้อยละ 48.62 51.83 และ 53.26 ตามลำดับ และพบอัตราเสียชีวิตร้อยละ ร้อยละ 35.19, 38.04 และ 32.54 ตามลำดับ จากสถิติพบว่ามีแนวโน้มภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2564-2566 จำนวน 1,742 , 2,074 และ 2,228 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิต 613, 790 และ 725 ราย ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ตัวชี้วัดและสถิติดังกล่าวมีอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired มากกว่าร้อยละ 26

โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม[6] พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired ในปี 2564-2566 จำนวน 67, 140 และ 125 ราย ตามลำดับ และ พบผู้เสียชีวิตจำนวน 4 ราย, 1 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 5.92, 0.71 และ 2.43 ตามลำดับ ส่วนมากเกิดจากภาวะหายใจล้มเหลวและได้ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 7 ราย, 13 ราย และ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.42, 9.24 และ 7.28 ตามลำดับ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมดที่นอนพักรักษาในตึกผู้ป่วยใน จำนวน 53, 37 และ 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.73, 13.18 และ 10.76 ตามลำดับ เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 9 ราย, 6 ราย และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.98, 16.22 และ 19.35 ตามลำดับ และเสียชีวิต จำนวน 2 ราย, 3 ราย และ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.22, 50.00 และ 33.33 ตามลำดับ

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว และยังมีผู้ศึกษาน้อยให้ตรงกับบริบทพื้นที่ ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม เน้นการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในชุมชน การพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ทักษะการประเมินอาการจากภาวะการติดเชื้อ ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในชุมชน การส่งเสริมการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนแบบบูรณาการร่วมกับวิชาชีพต่างๆ ร่วมกันการดูแล

ให้สามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการการงานป้องกันการติดเชื้อในชุมชนให้กับพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะเวลา 10 เดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพในการดูแลป้องกันการติดเชื้อร่วมกับโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล และ รพสต. จำนวน 23 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ประธาน อสม. จำนวน 15 คน คน รวม 53 คน เชิงปริมาณผู้ป่วยทีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 81 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพในการดูแลป้องกันการติดเชื้อร่วมกับโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล และ รพสต. จำนวน 23 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ประธาน อสม. จำนวน 15 คน คน รวม 53 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เชิงปริมาณผู้ป่วยทีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 56 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรจากสูตรประมาณค่าสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการศึกษาบริบทและการพัฒนารูปแบบ แบบคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่ม กระบวนการเชิงคุณภาพ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยในเดือนแรกเป็นระยะในการศึกษาบริบท เดือนที่ 2-3 เป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เดือนที่ 3-10 จะทำการวัดประเมินผล และปรับปรุงกิจกรรมและถอดบทเรียนทุก 1 เดือน จนได้รูปแบบที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลป้องกันการติดเชื้อ การกำหนดมาตรการกำหนดบทบาทที่มสหวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการแนวทาง ให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่มการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

2.2) เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์, แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในภาคีเครือข่ายสุขภาพ, แบบประเมินความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูล นำมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ศาสนา การศึกษาด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน ระดับความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนหลังพัฒนาโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ แนวทาง ปัญหา การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

สภาพในชุมชนยังพบภาวะติดเชื้อจากการได้รับการใส่สายสวน และการเกิดแผลกดทับ(Bed Sore) ขณะรักษาในชุมชน พบการมารับการรักษาด่วนในห้องฉุกเฉินจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด แนวทางการรักษาพยาบาลในชุมชนยังไม่เป็นปัจจุบัน มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนจากโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง และการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง มีปัญหาการส่งต่อมารักษา การประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายชุมชน แนวทางการปฏิบัติการรักษาของแพทย์และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้อยู่ปัจจุบัน ไม่ชัดเจน ไม่มีการเขียนไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสมรรถนะที่แตกต่างกันของพยาบาลแต่ละคน การควบคุม กำกับการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งความรู้ และทักษะ การพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดการทบทวนและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ เชิงระบบ การประสานและจากการทำงานในการพยาบาล สมรรถนะพยาบาลในฝ่ายต่างๆทั้งในโรงพยาบาล และทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต.และในชุมชน การประเมินอาการผิดปกติยังไม่มีความแม่นยำเพียงพอ ทำให้เกิดความล่าช้าในการดักจับภาวะต่างๆ รวมถึงระบบส่งต่อต่างๆในโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 8 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาแบบฟอร์มค้นหาความเสี่ยงโดย อสม. 2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) พัฒนาแนวทางแก้ไขเบื้องต้นในการประเมินทางคลินิก 4) พัฒนาโครงสร้างพยาบาลผู้ประสานงาน 5) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 6) พัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติ 7) สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนตามบทบาทหน้าที่ 8) พัฒนาแบบฟอร์มและระบบส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน

3) ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

จากการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้พบว่าผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดดีขึ้น 1. Sepsis Shock มาจากบ้านรักษาที่ ER (Admit ไปตึก) ก่อนพัฒนาเสียชีวิต จำนวน 3 คน หลังพัฒนาเสียชีวิต 1 คน จำนวนการส่งต่อไปยัง รพ.มหาสารคาม ก่อนพัฒนาจำนวน 29 คน หลังพัฒนา จำนวน 20 คน Respiratory Failure on ET Tube จำนวน 9 คน หลังพัฒนาจำนวน 6 คน 2. Sepsis Shock (มาจากบ้านรักษาที่ ER แล้ว Refer) ใส่ท่อหายใจ (ET. Tube) Refer ที่ ER จำนวน 21 คน ภายหลังการพัฒนาจำนวน 10 คน ผู้ป่วย Sepsis อาการหนักมาจากบ้าน Refer ที่ ER+admit ก่อนพัฒนา จำนวน 146 คน ภายหลังการพัฒนา จำนวน 91 คน ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

รายการ	ก่อนพัฒนา ปี 2566	หลังพัฒนา ปี 2567
1. Sepsis Shock มาจากบ้านรักษาที่ ER (Admit ไปตึก)		
เสียชีวิต	3	1
ส่งต่อไปยัง รพ.มหาสารคาม	29	20
Respiratory Failure on ET Tube	9	6
2. Sepsis Shock (มาจากบ้านรักษาที่ ER แล้ว Refer)		
ใส่ท่อหายใจ (ET. Tube) Refer ที่ ER	21	10
ผู้ป่วย Sepsis อาการหนักมาจากบ้าน Refer ที่ER+ admit	146	91

ผลการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของพยาบาลและภาคีเครือข่าย พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01 คะแนน (SD=0.48) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.36 คะแนน (SD=0.38) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของพยาบาลและภาคีเครือข่าย ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 10.24) ดังแสดงในตาราง 2

ผลการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.65 คะแนน (SD=0.42) อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.12 คะแนน (SD=0.39) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 11.29) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และความรู้ในการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม (n=68)

รายการ	Mean	S.D.	ระดับ	t	p-value
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของพยาบาลและภาคีเครือข่าย (n=53)					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	3.01	0.48	ปานกลาง	10.24	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	4.36	0.38	มาก		
ความรู้ในการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (n=56)					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	2.65	0.42	น้อย	11.29	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	4.12	0.39	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์มีปัญหาในพื้นที่ยังพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในพื้นที่ ขาดการประเมินความเสี่ยงในชุมชน และการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ร่วมกับการพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน การวินิจฉัยความ

เสี่ยงล่าช้า ขาดการส่งต่อข้อมูลสำคัญที่มีประสิทธิภาพ แนวทางปฏิบัติการไม่ชัดเจนขาดความทันสมัย การดูแลตามสมรรถนะองค์ความรู้ของพยาบาลแต่ละคน ทักษะ การพยาบาลไม่เพียงพอและขาดทักษะที่จำเป็น ขาดการทบทวนและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน การพัฒนาแบบฟอร์มค้นหาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในชุมชน แนวทางการดูแลผู้ป่วยการติดเชื้อในกระแสเลือด สอดคล้องกับ ประไพพรรณ ฉายรัตน์และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษกุล[7] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 8 รูปแบบสำคัญดังนี้ 1) พัฒนาแบบฟอร์มค้นหาความเสี่ยงโดย อสม. 2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) พัฒนาแนวทางแก้ไขเบื้องต้นในการประเมินทางคลินิก 4) พัฒนาโครงสร้างพยาบาลผู้ประสานงาน 5) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 6) พัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติ 7) สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนตามบทบาทหน้าที่ 8) พัฒนาแบบฟอร์มและระบบส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน สอดคล้องกับ กับ สุภาภรณ์ บุญยานาม[8] ส่งผลให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น การส่งเสริมบทบาทในภาคีเครือข่าย การประเมินความเสี่ยงร่วมกับการทำงานเป็นทีม และส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้อง ทวิกานต์ รักสวนจิก และคณะ[9]

ข้อเสนอแนะ

1. ส่วนกลางและจังหวัด ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. ส่วนกลางและจังหวัดควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆต่อการติดเชื้อในชุมชน โดยการพัฒนาแบบประเมินต่างๆ ให้ประชาชนในชุมชนสามารถใช้ได้เอง และสนับสนุนบริการให้มีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน

3. จังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลควรส่งเสริมการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน และทำการถอดบทเรียนรายสถานบริการและพื้นที่ให้ตรงกับบริบทตนเอง

4. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้องทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม คณะเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล วาปีปทุม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sepsis.[อินเทอร์%เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis, 2024.
2. Jason HM, David FG and Mark EM.Early Recognition: The reallimitingstep to quality care for severesepsispatients in the emergency department.Journal of Clinical Outcomes Management2023; 22(5): 21-211.

3 . Singer M, Deutschman CS, Seymour C.The third international consensus definitions for sepsis and septic shock(sepsis-3). Journal of the American MedicalAssociation 2023; 315(8): 10-801.
4. สาธร ธรรมเนียมอินทร์. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2560; 16(2) เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2561.
5. นิตย ทัศนิยม. เอกสารคำสอนเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ; ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
6. ศูนย์ข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จังหวัดมหาสารคาม; 2566.
7. ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษกุล. ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว.การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35: 224-230.
8. สุภาภรณ์ บุญยานาม. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community Acquired Sepsis กลุ่มผู้สูงอายุป่วย ต.หนองบัว อ. เมือง จ.อุดรธานี.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565; 30(3): 341-351.
9. ทวิกานต์ รักสวนจิก และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567; 8(16): 198-212.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ: กรณีศึกษา 2 ราย

NURSING CARE FOR PATIENTS UNDERGOING THYROID CARCINOMA SURGERY: 2 CASE STUDY

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

ปิมประภา แพงศรี[1]
Pimprapa Paengsee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ โดยเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งไทรอยด์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน กันยายน 2567 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ชนิดตัดออกทั้งหมด (Total Thyroidectomy) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังผ่าตัด ได้แก่ แผลติดเชื้อ สายเสียงไม่ทำงาน ทำให้มีเสียงแหบ สำลัก หากตัดถูกต่อม Parathyroid ก็จะมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ หรือมีเลือดออกใต้ผิวหนัง คอบวม ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการอุดกั้นระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจหอบ เหนื่อย เสียงหายใจผิดปกติ (Stridor) ซึ่งการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดติดตามอาการอย่างใกล้ชิด จะทำให้สามารถแก้ไขภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจจะเกิดได้ ดังนั้น บทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ประสบการณ์ ประเมิน และคาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด ภาวะแคลเซียมต่ำ

Abstract

This study is a case study. have a purpose to study nursing care for patients undergoing thyroid cancer surgery. They selected patients undergoing treatment for thyroid cancer in the intensive care unit. Lopburi Cancer Hospital between October 2023 and September 2024, 2 cases.

The results of the study found that patients who had undergone total thyroid cancer surgery (Total Thyroidectomy) in which the insertion possible problems that may occur after surgery include wound infection and vocal cord failure. It makes a sound that is almost choking. If the Parathyroid gland is cut, there will be a calcium deficiency low in blood or bleeding under the skin and swollen throat, which may cause obstruction of the respiratory system as a result, the patient is breathless, tired, and has abnormal breathing sounds (Stridor). The symptoms are closely monitored for postoperative complications. will make it possible to solve emergencies quickly reduces the occurrence of serious complications that may occur. Therefore, the important role of nurses caring for patients after surgery must be knowledgeable. Have understanding, skills, experience, comprehensively assess and predict risks that may occur. To keep patients safe, receive effective care

Keywords: Nursing care for thyroid cancer patients who have undergone surgery, hypocalcemia

บทนำ

ต่อมไทรอยด์ เป็นต่อมไร้ท่อที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย อยู่ที่ส่วนหน้าใต้ลูกกระเดือกลงมา มีรูปร่างเหมือนเกือกม้า เป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนเพื่อควบคุมการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย อุณหภูมิของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระดับไขมันในเลือดรวมทั้งอารมณ์ และความรู้สึกต่าง ๆ ด้วย ดังนั้นหากมีความผิดปกติกับต่อมไทรอยด์

[1] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ย่อมส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติได้' ซึ่งอวัยวะที่ถูกกระตุ้นมากที่สุดคือหัวใจและประสาท ส่งผลต่อร่างกายทำให้เกิดอาการใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ตาโปน ขี้ร้อนเหงื่อออกมาก

มะเร็งต่อมไทรอยด์ เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่เจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วในต่อมไทรอยด์ เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของต่อมไร้ท่อ และพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งขึ้นได้ ผิวหนังบริเวณกึ่งกลางลำคออาจพบก้อนเดียวหรือหลายก้อน จากรายงานในต่างประเทศพบมะเร็งต่อมไทรอยด์ได้ถึง 1.5% ของมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ.2562 ถึง 2564 มีรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่เพิ่มขึ้น 6.9 คนต่อประชากร 1 แสนรายในผู้หญิง และ 1.6 คนต่อประชากร 1 แสนรายในผู้ชาย[1]

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด เป็นการรักษาหลักของการรักษามะเร็งชนิดนี้ ซึ่งบางรายได้รับการผ่าตัดออกทั้งหมดในครั้งเดียว (Total thyroidectomy) หรือได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อเอาต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือออก (Completion thyroidectomy) หากพบว่าผลตรวจทางพยาธิ เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ การรักษาโดยการผ่าตัดมีความปลอดภัยค่อนข้างสูง แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดไทรอยด์ออกหมด มีภาวะแทรกซ้อนจำเพาะคือ ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ต่ำเฉียบพลัน (Acute hypoparathyroidism) จากการขาดเลือดมาเลี้ยงต่อมพาราไทรอยด์ หรือต่อมพาราไทรอยด์ถูกเอาออกระหว่างการผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแคลเซียมต่ำ (hypocalcemia) และการบาดเจ็บของเส้นประสาท (recurrent laryngeal nerve) ทำให้สายเสียงเป็นอัมพาต[2]

การเกิดภาวะแคลเซียมต่ำ ผู้ป่วยจะเริ่มจากมีอาการชารอบปาก ปลายมือปลายเท้า ถ้าระดับแคลเซียมในเลือดยังลดต่ำลง จะทำให้ผู้ป่วยเป็นตะคริว มีภาวะหลอดลมหดเกร็ง ชัก มีความผิดปกติทางจิต หรืออาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอาจทำให้เสียชีวิตได้ จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียรายได้ มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น และมีภาวะวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยและญาติ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การแก้ปัญหาในภาวะฉุกเฉินที่ทันท่วงที เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เกิดจากภาวะแคลเซียมต่ำ การให้การพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิต ลดจำนวนวันนอน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ มักตรวจพบโดยบังเอิญจากผู้ป่วย หรือแพทย์ หรือพบจากการตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อดูพยาธิสภาพของอวัยวะอื่นหรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการซักประวัติและการตรวจทางกายเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของก้อน โดยต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับประวัติและตรวจร่างกายที่บ่งชี้ถึงมะเร็งต่อมไทรอยด์[3] ประวัติเพิ่มเติม ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่คลำพบก้อน อัตราการโตของก้อน อาการของภาวะไทรอยด์เป็นพิษหรือภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ประวัติอาการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง เช่น อาการเสียงแหบ กลืนลำบาก ประวัติมะเร็งในครอบครัว ประวัติการฉายแสงบริเวณศีรษะและลำคอ ประวัติยาที่อาจมีผลต่อการทำงานของไทรอยด์ เช่น amiodarone, lithium และ iodine เป็นต้น การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจขนาดของก้อน จำนวนก้อนที่คลำได้ ตำแหน่ง ลักษณะพื้นผิวขอบเขตยึดติดกับอวัยวะข้างเคียง ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ ตรวจหาอาการแสดงของการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง ตรวจหาอาการแสดงของภาวะไทรอยด์เป็นพิษหรือภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์

การผ่าตัดต่อมไทรอยด์

1. Lobectomy คือ การตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่มีรอยโรค ต้องตัด isthmus และ pyramidal lobe ออกด้วยเสมอ

2. Subtotal thyroidectomy คือ การตัดต่อมไทรอยด์ออกสองข้างโดยเหลือเนื้อต่อมไว้ข้างละเกิน 1 กรัม ในอดีตนิยมทำ
ในผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง แต่ปัจจุบันไม่แนะนำให้ทำแล้ว เนื่องจากมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคที่สูงและอาจพบมะเร็งต่อมไทรอยด์ได้ถึงร้อยละ 15 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

3. Near total thyroidectomy คือ การตัดต่อมไทรอยด์ออกสองข้างโดยเหลือเนื้อต่อมไว้ไม่เกินข้างละ1 กรัม ใช้ในโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง และต่อมไทรอยด์บริเวณ cricothyroid junction ใกล้กับ recurrent laryngeal nerve มาก หากทำ total thyroidectomy อาจเกิดการบาดเจ็บได้

4. Total thyroidectomy คือ การตัดต่อมไทรอยด์ที่ตามองเห็นออกทั้งหมด ใช้กับโรคมะเร็งของต่อมไทรอยด์

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์

1. เลือดออกหลังผ่าตัด (Bleeding) มักเกิดใน 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เลือดอาจคั่งอยู่ภายใต้แผลผ่าตัด จะเห็นคอบวมหรือไม่ก็ตาม ก้อนเลือดจะกดหลอดลม และกล่องเสียงจนหายใจไม่ออก ต้องรีบผ่าตัดเปิดแผลห้ามเลือด ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการปวดตึงแผล หายใจขัด ถ้าไม่รีบรักษาจะมีอาการรุนแรงขึ้นกระสับกระส่ายมาจากภาวะพร่องออกซิเจน

2. ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) เกิดจากการผ่าตัด total หรือ subtotal thyroidectomy ทำให้ต่อมพาราไทรอยด์ถูกตัดขาดออกหมด หรือขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ทำให้เกิดอาการชาตามริมฝีปาก ชาปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง ถ้าระดับแคลเซียมในเลือดต่ำมาก จะทำให้มือจีบเกร็ง (tetany) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำกว่า 8 mg/dl มีโอกาสเกิดภาวะชัก[4,5,6]

3. การสื่อสารด้วยคำพูดบกพร่อง (Impaired verbal communication) เกิดจาก recurrent laryngeal nerve ซึ่งควบคุมการทำงานของสายเสียงได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดอาการเสียงแหบ (hoarseness) ถ้ามีการบาดเจ็บของเส้นประสาททั้งสองข้าง จะเกิดอัมพาตของ vocal cord ทั้งสองข้างทำให้หายใจลำบาก สำลักง่าย และเกิดปอดอักเสบง่าย ผู้ป่วยอาจต้องใส่ endotracheal tube หรือทำ tracheostomy tube

4. ภาวะไทรอยด์เป็นพิษวิกฤต (thyroid crisis หรือ thyroid storm) พบไม่บ่อยแต่มีอันตรายมาก ส่วนมากพบในผู้ป่วยที่ยังไม่อยู่ในภาวะ euthyroid ก่อนการผ่าตัด มีการอักเสบ ติดเชื้อของต่อม ผู้ป่วยมีไข้ขึ้นสูงเกิน 39 องศาเซลเซียส เพ้อ เอะอะ โวยวาย ท้องเสีย อาเจียน ถ้าเป็นมากผู้ป่วยอาจหมดสติหรือช็อก

5. หลอดลมอักเสบ (tracheitis) จากการถูกจับต้องขณะผ่าตัด ทำให้แสบคอ ไอ เสียงแหบ

6. การติดเชื้อ (infection) จากภาวะการอักเสบติดเชื้อของแผลบริเวณที่ทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ

วิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – เดือน กันยายน 2567 จำนวน 2 ราย

2. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ ปรึกษากับพยาบาลที่

มีความชำนาญเฉพาะทาง และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การประเมินสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะการเตรียมก่อนการผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาและประเด็นการวิเคราะห์

ประเด็นที่วิเคราะห์	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย อายุ 55 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	หญิงไทย อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศหญิง อายุ 55 ปี และ 64 ปี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง อาการสำคัญของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ คลำได้ก้อนที่คอ ก้อนค่อย ๆ โตขึ้น ไม่มีอาการปวด หรือกลืนลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์จะพบได้มากในผู้ที่มีอายุ 20-40 ปี และ 50-70 ปี จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นสัดส่วน 3:1 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการและอาการแสดงคล้ายคลึงกัน แตกต่างตรงที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการปวดร่วมด้วย กรณีศึกษารายที่ 1 จากการตรวจชิ้นเนื้อหลังทำการผ่าตัดต่อมไทยรอยด์ด้านซ้ายร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองออก พบว่าเป็น Papillary thyroid CA left 1.5cm, 0.2cm Left, isthmus 0.2 cm, isthmus 0.45cm LN II-V 6/32 ,LN VI 8/8 กรณีศึกษารายที่ 2 จากการตรวจชิ้นเนื้อหลังทำการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออก พบว่าเป็น Follicular thyroid CA ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มะเร็งต่อมไทยรอยด์ชนิด Follicular Thyroid Carcinoma (FTC) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยรองจากชนิด Papillary พบได้ประมาณร้อยละ 10 ก้อนที่ต่อมไทรอยด์มีการแพร่กระจายไปที่ปอด กระดูก และตับตามกระแสเลือด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ซึ่งสัมพันธ์กับการรักษาหลักของการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์
2. ประวัติการเจ็บป่วย	1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกมีก้อนโตที่คอ ไม่ปวด ไม่เจ็บ เวลากลืน กินอาหารได้ปกติ แต่เริ่มมีอาการใจสั่น มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ทำ FNA 30/10/66: Suggestive of metastatic papillary thyroid CA, ทำ CT Neck 07/11/66: Enlaged Lt. Thyroid lobe with few calcified nodules at upper pole of Rt. Thyroid lobe up to 1.7cm., thyroid CA. Suspected multiple calcified met nodes at Lt. cervical, 1.4*4.2.6cm., Lung met F/U CT chest with contrast 20/11/66: multiple small pulmonary nodules at both lungs., Lung met cannot be.	1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแขน แขนหัก เข้าตรวจที่ รพ.พระพุทธบาท ส่งตรวจ MRI spine (3/12/66): Multiple vertebral metastasis at T6, T8, T10, T11 and T12 with mild pathologic vertebral compression fracture of T11, partially seen of small enhancing nodules of right ribs, it is likely rib metastasis - Multiple small pulmonary nodules at left lung. It is likely pulmonary metastasis - Suspected enhancing marrow lesion at L2 and L3. It is likely vertebral metastasis Refer รพ.ราชวิถี S/P Bone tumor, left distal shaft humerus, biopsy (18/01/67): Involved by metastatic follicular thyroid carcinoma รพ.ราชวิถี Plan RT แต่เนื่องจากคิวรอนาน และสะดวก รพ.ใกล้บ้าน จึงขอ refer กลับมาเพื่อรับรังสีรักษาที่ รพ.มะเร็งลพลบุรี CT Neck 20/2/67: No significant change in size of an ill-defined hypodense lesion	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาและประเด็นการวิเคราะห์

ประเด็นที่วิเคราะห์	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
		at right lobe thyroid gland, 2.1x1.1x2.0 cm. - Multiple subcentimeter nodes in bilateral cervical level Ib, IIa, IIb, IV and V; predominant on right side. - An osteolytic lesion with associated enhancing soft tissue at ramus of right mandible and right side clivus, compatible with metastases.	
3. อาการและอาการแสดง	มีก้อนที่คอซ้าย 1 เดือน ไม่ปวด รู้สึกก้อนโตขึ้น เริ่มมีใจสั่น	5 เดือนก่อนมารพ. ก้อนที่คอโตขึ้น ปวดพอทนได้	
4. การวินิจฉัย	Papillary Thyroid Carcinoma (PTC)	Follicular Thyroid Carcinoma (FTC)	กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นชนิด Papillary Thyroid Carcinoma ซึ่งพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า พบได้ประมาณร้อยละ 85-95 ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ทั้งหมด ต่อมไทรอยด์ เป็นก้อนแข็ง ต่อมน้ำเหลืองที่ข้างคอโต อาจกระจายมาที่ปอด กระดูก ตับได้ กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นชนิด Follicular Thyroid Carcinoma เป็นชนิดที่พบได้บ่อยรองจากชนิด Papillary พบได้ประมาณร้อยละ 10 พบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ มีการแพร่กระจายไปที่ปอด กระดูก ตับ และกระแสเลือด
5. การรักษา	ผ่าตัดไทยรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง	ผ่าตัดไทยรอยด์ออกทั้งหมด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดไทยรอยด์ออกทั้งหมด แตกต่างตรงที่กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงร่วมด้วย ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการวิเคราะห์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**	**การพยาบาล**	**การวิเคราะห์**
ระยะก่อนผ่าตัด	วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด	วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด	1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามถึงความกังวลใจของผู้ป่วย 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยแนะนำตัว และพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความกลัวความเจ็บปวดและไม่สุขสบายหลังผ่าตัดกลัวสิ่งแวดล้อมในห้อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการวิเคราะห์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
	และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เป้าหมาย วิตกกังวลลดลง	และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เป้าหมาย วิตกกังวลลดลง	3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการที่จะแก้ไขภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็น วิธีการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด อธิบายถึงกระบวนการเข้าห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด ระยะเวลาโดยประมาณที่ใช้ในการผ่าตัด 4. อธิบายวิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดว่าผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมด้านร่างกาย ดังนี้ 4.1 การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4.2 อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกเจ็บ 4.3 อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด และบอกถึงสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการมีแผลผ่าตัดที่คอยาวประมาณ 5-6 เซนติเมตร และจะมีท่อยางเล็ก ๆ จากแผลผ่าตัด เพื่อระบายเลือด และสารคัดหลั่งจากแผล 4.4 สอนวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric scale เพื่อการสื่อสารที่เข้าใจตรงกัน	ผ่าตัด โดยเฉพาะรายที่ 2 เนื่องจากตนเองอายุมาก มีโรคประจำตัว คือโรคหัวใจ และไม่เคยผ่าตัดมาก่อน หลังจากที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับห้องผ่าตัด วิธีการผ่าตัด เครื่องมือในห้องผ่าตัด อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวออกมาการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด ร่วมกับการได้รับการเยี่ยมจากวิสัญญีพยาบาลทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ในห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทำให้ความกังวลของผู้ป่วยลดลงได้
ระยะหลังผ่าตัด	อาจเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อในขณะผ่าตัด เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ	อาจเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อในขณะผ่าตัด เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ	1. สังเกตและประเมินการหายใจ 2. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในลักษณะนอนหงายราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เมื่อรู้สึกตัวดีให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อย 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ 4. สังเกตสีผิว ริมฝีปาก เล็บ ปลายมือ ปลายเท้าและอาการกระสับกระส่าย ดูระดับความรู้สึกตัว ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจไม่ดี เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม รายงานวิสัญญีแพทย์ 5. สังเกตและประเมิน Discharge หรือ Bleeding จากบริเวณแผลผ่าตัด 6. ดูแลให้ออกซิเจน nasal cannula 3 ลิตร/นาที 7. เมื่อผู้ป่วยตื่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึก และไอแรง ๆ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการของการอุดกั้นทางเดินหายใจ แต่ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด บริเวณใบหน้าดูบวมเล็กน้อย ทำให้มีอาการไม่สุขสบายบริเวณลำคอ เนื่องจากการผ้าพันแผลที่คอค่อนข้างแน่นเพื่อป้องกันเลือดออก หลังจากอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการพันแผลผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับได้ และหลังผ่าตัดวัน 3ใบหน้าเริ่มยุบบวม ทำให้ผ้าพันแผลหลวมขึ้น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จึงมีความสุขสบายขึ้น
	ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เป้าหมาย	ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เป้าหมาย	1. ซักถามและสังเกตอาการปวด ประเมินระดับความรุนแรงความเจ็บปวดของแผลผ่าตัดโดยใช้ Numeric scale 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับยาแก้ปวด MO 3 mg iv q 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 2 วัน หลังจากนั้นวันที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการวิเคราะห์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
	ผู้ป่วยสามารถพักหลับได้ Pain score ≤ 3 คะแนน	ผู้ป่วยสามารถพักหลับได้ Pain score ≤ 3 คะแนน	3. ให้นอนศีรษะสูง ใช้หมอนรองบริเวณคอ ใช้มือรองรับบริเวณท้ายทอยระหว่างการเปลี่ยนท่าขยับพลิกตะแคงตัว และประคองบริเวณศีรษะขณะลุกนั่ง เพื่อบรรเทาอาการตึงแผล และป้องกันแผลแยก 4. แนะนำให้หายใจแบบลึกยาว เพื่อผ่อนคลาย และบรรเทาอาการปวด 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด MO 3 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวน 7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยาแก้ปวด MO 3 mg iv prn จำนวน 3 ครั้ง เนื่องจากมีความปวดอยู่ในระดับมาก pain Score =5 คะแนน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการปวดเพียงเล็กน้อย pain score = 3 คะแนน ได้รับ Paracetamol 1 tab prn เพียงวันละ 1-2 ครั้ง ทั้งนี้ระดับความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน อาจขึ้นอยู่กับอายุที่แตกต่างกัน ประสบการณ์ในอดีต อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น
	เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด <u>เป้าหมาย</u> ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด <u>เป้าหมาย</u> ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	1. สังเกตและประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลอักเสบ บวมแดง มี discharge ออกจากแผลผ่าตัด 2. ดูแล vacuum drain ให้เป็นสูญญากาศ และทำงานได้ปกติ 3. ดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล 4. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5. ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Aseptic technique ในการดูแลแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
	ภาะแคลเซียมในเลือดต่ำจากการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์บกพร่อง <u>วัตถุประสงค์</u> ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแคลเซียมต่ำ	ภาะแคลเซียมในเลือดต่ำจากการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์บกพร่อง <u>วัตถุประสงค์</u> ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแคลเซียมต่ำ	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการชาตามใบหน้า ชาปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อกระตุก มีตะคริว หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทันที 2. Monitor EKG เพื่อ ติดตามภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง 4. ดูแลให้ได้รับยา CaCO3 (1250) และ Alfacalcidiol (0.25) ตามแผนการรักษา 5. ติดตามระดับแคลเซียมอย่างต่อเนื่อง	กรณีศึกษารายที่ 1 มีระดับแคลเซียมต่ำ 7.1-7.9 ในระยะ 4 วันแรกหลังผ่าตัด หลังจากค่อย ๆ ปรับยา $CaCO_3$, Alfacalcidiol และEltroxin มาเรื่อย ๆ ในวันที่ 5 ระดับแคลเซียมจึงกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 มีระดับแคลเซียมต่ำ 6.5-7.0 ในระยะ 7 วันแรกหลังผ่าตัด หลังจากค่อย ๆ ปรับยา CaCO3, Alfacalcidiol และ Eltroxin มาเรื่อย ๆ ในวันที่ 9 ระดับแคลเซียมจึงกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายขณะที่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการวิเคราะห์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล	การวิเคราะห์
				มีภาวะแคลเซียมต่ำผู้ป่วยไม่มีอาการมือจีบกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกใด ๆ
ระยะจำหน่าย	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน	1. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยา CaCO3, Alfacalcidiol และ Eltroxin ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยปรับยาเอง 2. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีไอโอดีน เช่น อาหารทะเล และหลีกเลี่ยงอาหารพวกกะหล่ำปลี ถั่วเหลือง แครอท เพราะมีสารไปยับยั้งไอโอดีนไม่ให้เข้าไปในต่อมไทรอยด์ 3. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น แผลอักเสบ บวมแดง มีหนอง มีไข้ อาการไทรอยด์พร่อง หรือไทรอยด์เกิน กลืนลำบาก เสียงแหบมากขึ้น การกระตุกของกล้ามเนื้อ 4. แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัด 5. ภายหลังตัดไหมผู้ป่วยสามารถแหงน ก้ม หันคอได้ตามปกติ ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้	ผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้มีความพร้อมในการรับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อีกทั้งผู้ป่วยมีโอกาสซักถามข้อสงสัยจากทีมแพทย์พยาบาล ได้ตลอดเวลา และเมื่อมีอาการผิดปกติได้รับการช่วยเหลือจากทีมได้ทันท่วงที

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออก และมีภาวะแคลเซียมต่ำ โดยมะเร็งต่อมไทรอยด์เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่เจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วในต่อมไทรอยด์ และพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งขึ้นใต้ผิวหนังบริเวณกึ่งกลางลำคอ อาจพบก้อนเดียวหรือหลายก้อน การเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์ มีปัจจัยส่งเสริมจากหลายสาเหตุ การรักษาหลักคือการผ่าตัด และมีการรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น ๆ หลังได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออก มีภาวะแทรกซ้อนจำเพาะที่เกิดขึ้นคือภาวะแคลเซียมต่ำในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อเพิ่มระดับแคลเซียม และติดตามระดับแคลเซียมต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดรุนแรงขึ้น[4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด จนกระทั่งกลับบ้านได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดระยะเวลาวันนอน ลดค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจ

เอกสารอ้างอิง

1. วรรสนี คำหาญ. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ: กรณีศึกษา Nursing care for patients with thyroid carcinoma receiving total thyroidectomy with modified dissection at neck:
a case study. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3),648-657.

2. ทิพา ต่อสกุลแก้ว และ พรสินี เต็งพาณิชกุล. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไทรอยด์. ใน อุษาวดี อัศดรวิเศษ (บ.ก.), สาระหลักทางการพยาบาล ศัลยศาสตร์ 2 ฉบับปรับปรุง.(น. 1-9). ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็นพีเพลส.

3. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE. Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff AG, Sherman SI, Sosa JA, Stewars DL, Tuttle M, Wartofsky L. 2015 American thyroid association Management guidelines for adult patients with thyroid nudules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid cancer. Thyroid 2016; 26(1): 1-133.

4. วรเวทย์ โรจน์จรัสไพศาล. (2562). การทำนายภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดไทรอยด์ โดยใช้แนวโน้มของระดับแคลเซียมในเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 32(2):69-78

5. Ahmad A, Khan HM, Chaudhry N, et al. (2016). Post thyroidectomy hypocalcemia-an audit of 100 cases. Annals of KEMC; 12(2): 285-7.

6. Wu J, Harrison B. (2010). Hypocalcemia after Thyroidectomy: The need for improved Definition. World J Endocr Surg; 2(1):17-20.

ปัญหาและความต้องการระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์เพื่อรายงานการรักษาผู้ป่วย ในงานการพยาบาลเรือนจำ

Problem and Needs in an Electronic Medical Record System for Reporting Patient Treatment in Prison Nursing

(Received: December 27,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

กฤชฐา สีหบัณฑ์[1] พรรณี บัญชรหัตถกิจ[2] ทัศพร ชูศักดิ์[2]
Kritsada Sihabant[1] Pannee Bancharahatkit[2] Tassapon Chusak[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการระบบเวชระเบียนของงานการพยาบาลเรือนจำ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่งานเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเรือนจำ สังกัดกรมราชทัณฑ์ เขต1 – เขต10 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นโดยการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย เขตละ 1 เรือนจำ จำนวน 10 เรือนจำๆละ 1 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่งานเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเรือนจำ สังกัดกรมราชทัณฑ์ จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลเมื่อเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีช่วงอายุระหว่าง 40-49ปี ร้อยละ 60.0 มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 50.0 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.0 มีประสบการณ์ในการทำงานในสถานพยาบาลเรือนจำอยู่ในช่วง 20-29ปี ร้อยละ 50.0 ภาพรวมของระดับความคิดเห็นต่อปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.37 ในรายด้านพบว่ามีความคิดเห็นต่อปัญหาด้านการจัดการเวชระเบียนในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.56

คำสำคัญ : เวชระเบียน,เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์,ระบบต้นแบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

Abstract

This survey research aimed to examine the problem and needs of nursing staff in the use of the medical record system in prison nursing, with the goal of creating and developing a prototype electronic medical record system to support patient treatment reporting in prison nursing. The samples in this study include nursing staff who perform medical record work at healthcare facilities in prisons under the Department of Corrections in Zones 1 – 10. Quantitative data were collected using a questionnaire administered through simple random sampling, selecting one prison hospital from each zone (10 in total), and qualitative data were collected from in-depth interviews with 10 nursing staff members who perform medical record work at these healthcare facilities. Data collection took place between July and October 2024. Quantitative data were analysed using descriptive statistics (percentages, averages, and standard deviations), and qualitative data were analysed using content analysis.

The findings revealed that the majority of the sample group were females (70.0 percent), aged between 40 and 49 years (60.0 percent), held senior professional positions (50.0 percent), had bachelor's degrees (70.0 percent), and had 20-29 years of experience working in healthcare facilities within prisons (50.0 percent). Overall, their opinions on the problem related to using paper-based medical records were rated at a high level, with an average score of 4.37.

Keywords: medical record, electronic medical record, prototype electronic medical record system

---

[1] ว่าที่ร้อยตรี นักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
[2] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

สำหรับกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรมได้มีแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566-2570 ในด้านต่าง ๆ โดยได้มีด้านการพัฒนาระบบเทคโนโลยีและระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารงานราชทัณฑ์ อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานการให้บริการแก่ประชาชนที่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัลและพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ต้องขังและฐานข้อมูลสำคัญของกรมราชทัณฑ์ให้มีส่วนช่วยสนับสนุนอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานและเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารงานในกระบวนการยุติธรรม และได้มีแผนงานเรื่องการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ต้องขังเพื่อเชื่อมโยงในหน่วยงานกระบวนการยุติธรรมและแผนงานพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมของระบบโทรเวชกรรมของผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพด้วย ทั้งนี้ปัจจุบันระบบการให้บริการสาธารณสุขของกรมราชทัณฑ์ได้มีการพัฒนาและก้าวหน้าไปมากกว่า 10 ปีที่ผ่านมา มีระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ หลากหลายให้แก่ผู้ต้องขังเพื่อให้ผู้ต้องขังมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกับคนภายนอก อีกทั้งการแพทย์ได้มีการพัฒนาเทคนิคต่าง ๆ และวิธีการตรวจรักษาผู้ป่วยได้มีความก้าวหน้าไปอย่างมาก ประกอบกับในด้านมาตรฐานด้านการควบคุมผู้ต้องขัง และการรักษาความปลอดภัย มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินให้สามารถสืบค้นข้อมูลผู้ต้องขังได้ภายในระยะเวลา 2 นาที ต่อการสืบค้นทะเบียนประวัติผู้ต้องขัง 1 คน ปัจจุบันกรมราชทัณฑ์ มีผู้ต้องขังในการควบคุมจำนวน 268,191 คนกระจายอยู่ใน 137 เรือนจำ/ทัณฑสถาน โดยในแต่ละเรือนจำจะมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาล ตั้งอยู่ในเรือนจำเพื่อให้การดูแลผู้ต้องขังในแต่ละเรือนจำนั้น ๆ จำนวน 137 แห่ง สถานพยาบาลในสังกัดกรมราชทัณฑ์ ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาล กับกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ครบทุกแห่ง โดยมีขนาดของสถานพยาบาลแตกต่างกันในแต่ละบริบทของเรือนจำ ส่วนใหญ่สถานพยาบาลไม่สามารถให้มีการพักค้างคืนในสถานพยาบาลได้ยกเว้น 2 แห่ง ได้แก่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ และโรงพยาบาลเรือนจำกลางบางขวาง สถานพยาบาลเรือนจำจะมีพยาบาลวิชาชีพ 2-4 คน ให้บริการดูแลผู้ต้องขังป่วยในลักษณะงานผู้ป่วยนอก มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยต่าง ๆ ลงในแฟ้มเวชระเบียนกระดาษจัดเก็บไว้ในสถานพยาบาล เมื่อมีผู้ต้องขังป่วยมารับบริการ จะทำการค้นหาแฟ้มเวชระเบียนด้วยระบบมือ ยังไม่มีการบันทึกในรูปแบบของเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ จากการศึกษางานเวชระเบียนของโรงพยาบาลเรือนจำกลางบางขวาง ซึ่งมีผู้ต้องขังอยู่ในความดูแลกว่า 6,000 คน ให้การตรวจรักษาผู้ต้องขังป่วย เฉลี่ย 700คน/วันโดยพบว่าในช่วงเวลา 1-2 ปี ที่ผ่านมาโรงพยาบาลเรือนจำฯ มักประสบกับปัญหาการสืบค้นประวัติการเจ็บป่วยประวัติการรักษาของผู้ต้องขังย้อนหลัง การค้นหาแฟ้มประวัติไม่พบ สูญหาย ต้องใช้ใบแทน OPD โดยเฉลี่ย 14-20 ราย/วัน หรืออยู่ระหว่างถูกยืมเพื่อการตรวจสอบจากแผนกต่าง ๆ ของเรือนจำ การรวบรวมเอกสารเข้าจัดเก็บในแฟ้มไม่ครบถ้วน ปัญหาความรวดเร็วในการจัดเก็บ การเรียกใช้แฟ้มประวัติ ทำให้ต้องใช้ใบแทนส่งผลให้แพทย์พยาบาลและบุคคลากรทางการแพทย์ ไม่สามารถใช้ข้อมูลผู้ต้องขังประกอบการตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ รวมถึงปัญหาประวัติการเจ็บป่วยประวัติการรักษาของผู้ต้องขังที่ย้ายจากเรือนจำอื่น โดยเฉลี่ย 10 -15 คน/เดือน ไม่ครบถ้วน[1]

จากสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ประจำปี 2562 พบว่า จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์การระบาดของโรคในเรือนจำ ด้วยโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค พบว่าจำนวนเหตุการณ์ที่มีการระบาดในเรือนจำ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559–31 ธันวาคม 2562 มีทั้งสิ้น 211 เหตุการณ์ โดยพบว่าแต่ละปี มีการระบาดเพิ่มขึ้นทุกปี จาก

14 เหตุการณ์ต่อปี ในปี พ.ศ. 2559 มีทั้งหมด 98 เหตุการณ์ ในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วย 10,191 ราย และมีผู้เสียชีวิต 2 ราย จังหวัดที่เกิดเหตุการณ์สูงที่สุด 10 จังหวัดแรก คือ กรุงเทพมหานคร รองลงมา ได้แก่ พิษณุโลก สงขลา เชียงใหม่ อุดรธานี อุทัยธานี พิจิตร สตูล เพชรบูรณ์ นราธิวาส และเพชรบุรี เมื่อจำแนกเหตุการณ์ตามกลุ่มโรคพบว่า กลุ่มโรคที่พบมากในทุกปี คือ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมา ได้แก่กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ กลุ่มโรคติดต่อนำโดยแมลง กลุ่มโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน กลุ่มโรคติดต่อจากการสัมผัส และกลุ่มโรคทางระบบประสาท โดยกลุ่มโรคที่พบผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมา ได้แก่ กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ กลุ่มโรคทางระบบประสาท และกลุ่มโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 โรคที่มีการรายงานสูงสุด คือโรคไข้หวัดใหญ่ รองลงมาได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคหิด ภาวะไทรอยด์เป็นพิษจากการรับประทานอาหารที่มี ฮอร์โมนไทรอยด์ร่วมกับขาดวิตามินบี 1 โรคหัด โรคแบคทีเรียกินเนื้อ โรคอาหารเป็นพิษ โรคสุกใส โรคไข้กาฬหลังแอ่น วัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนาน โรคไอกรน และโรคหัดเยอรมัน อย่างไรก็ตามสถานการณ์การระบาดในเรือนจำส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อซึ่งสามารถ ป้องกันได้ ดังนั้นควรมีการดำเนินมาตรการในการป้องกันควบคุมรักษาโรค ดังนี้ 1) การคัดกรองโรคที่สำคัญในผู้ต้องขังก่อนเข้า เรือนจำระหว่างต้องโทษ และก่อนปล่อยตัว ได้แก่ อาการป่วย โรคระบบทางเดินหายใจ วัณโรค โรคผิวหนัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ควรแยกกักอย่างน้อย 7 วัน หรือจนกว่าจะรักษาจนหายดี 2) การคัดกรองเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ก่อนเข้าทำงาน กรณีพบโรคติดต่อ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ ควรมีการป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อสู่ผู้ต้องขัง หรือไม่สัมผัสกับผู้ต้องขัง 3) การคัดกรองญาติ ที่มาเยี่ยมผู้ต้องขัง หากพบว่ามีอาการโรคติดต่อโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ควรป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อหรือเยี่ยมโดยไม่ให้ใกล้ชิดกัน หรือกรณีการใช้โทรศัพท์ควรทำความสะอาดทุกครั้งที่ใช้เสร็จ 4) การควบคุมโรคในกรณีมีการแพร่ระบาด โดยเฉพาะ โรคติดต่อทางเดินหายใจ เช่น แยกผู้ป่วย ในหอนอนเฉพาะการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ต้องขังโดยเฉพาะผู้ที่มี โรคประจำตัว 5) การทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้ที่ใช้ร่วมกันทุกครั้งที่ใช้เสร็จ 6) การปรับปรุงอาหารโดยเฉพาะหลีกเลี่ยง เนื้อสัตว์ที่ปนเปื้อนต่อมไทรอยด์ และปรับปรุงสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม 7) จัดทำประกาศและหนังสือเวียนแจ้งเรือนจำทั่วประเทศ ให้เฝ้าระวังคุณภาพวัตถุดิบและกำชับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันไทรอยด์เป็นพิษในเรือนจำ 8) จัดระบบการรายงานสถานการณ์ โรคระบาดในเรือนจำและแนวทางประสานหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค ฯลฯ เพื่อให้มีการป้องกันควบคุมโรคได้รวมเร็วและยุติการระบาดได้ทันท่วงที รวมถึงมีการถอดบทเรียน และกระตุ้นเตือนให้เรือนจำและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังโรค[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EHRs) สามารถช่วยลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาดของเวชระเบียนกระดาษ และมีความรวดเร็วในการเรียกดูประวัติการเจ็บป่วยทำให้แพทย์และพยาบาลสามารถให้การรักษาพยาบาลได้ทันท่วงที[3] นอกจากนี้พบว่าข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนจากระบบบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์นั้นนำไปศึกษาและวิเคราะห์ทดสอบประสิทธิภาพของชุดทดสอบการตรวจแอนติเจนของเชื้อโควิด 19 เพื่อนำมาใช้ตรวจคัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการและไม่มีอาการเข้าได้กับโรคโควิด 19[4] ช่วยในการเฝ้าระวังผู้ป่วยและควบคุมการแพร่ระบาดโรคด้วย และเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายกรมราชทัณฑ์ ด้านมาตรการด้านการควบคุมผู้ต้องขังและการรักษาความปลอดภัย ที่ให้มีการสืบค้นข้อมูลผู้ต้องขังได้ภายในเวลา 2 นาที ต่อการสืบค้น

ผู้ต้องขัง 1 คน และสนับสนุนแผนปฏิบัติราชการ ระยะ ๕ ปี พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐ กรมราชทัณฑ์[1] ด้านการพัฒนาระบบเทคโนโลยีและระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารงานราชทัณฑ์ ควรให้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพมาช่วยเพิ่มคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเรือนจำ สังกัดกรมราชทัณฑ์ ในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ และลดอันตรายหรือข้อผิดพลาดที่อาจเกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัญหาและความต้องการระบบเวชระเบียนของงานการพยาบาลเรือนจำ เพื่อนำข้อมูลมาสนับสนุนการออกแบบและสร้างระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ต้นแบบเพื่อรายงานการรักษาผู้ป่วยในงานการพยาบาลเรือนจำ ตามบริบทของเรือนจำ สามารถเรียกใช้ข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องข้อมูลครบถ้วน ค้นหาได้ง่าย ลดปัญหาเอกสารสูญหายมีระบบจัดเก็บเอกสารที่มีประสิทธิภาพ ประหยัดพื้นที่ในการจัดเก็บเอกสาร ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรายงานการรักษา มีความคล่องตัว สะดวกรวดเร็วมากขึ้นสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาพยาบาล และแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างแผนกและระหว่างหน่วยงานในกรมราชทัณฑ์ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการระบบเวชระเบียนของงานการพยาบาลเรือนจำ

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่งานเวชระเบียนในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเรือนจำสังกัดกรมราชทัณฑ์ เขต1 ถึง เขต10 ตัวอย่าง เป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่งานเวชระเบียนเขตละ 1 เรือนจำ จำนวน 10 เรือนจำ ๆ ละ1 คน รวมเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่งานเวชระเบียน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถามความคิดเห็น เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้เวชระเบียนเพื่อการรายงานการรักษาผู้ป่วยในงานการพยาบาลเรือนจำและความต้องการการจัดการปัญหา โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยวิธีจับสลาก (Lottery) โดยจับฉลากขึ้นมาครั้งละ 1 เขต เขตละ 1 หมายเลข จนครบ 10 เขต **แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในสถานพยาบาลเรือนจำ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายปิด มีทั้งหมด 30 ข้อ คะแนนเต็ม 150 คะแนน โดยแบ่งคำถามเป็น 3 ด้าน 1)ด้านการจัดการเวชระเบียน 2)ด้านปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ 3) ด้านความต้องการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามเกณฑ์ของ Likert (Likert's Rating Scale) มี 5 ระดับ เกณฑ์การแปลความหมายของระดับความเห็น 5 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 4.51-5.00 มีระดับความเห็นต่อปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ มากที่สุด

ช่วงคะแนน 3.51-4.50 มีระดับความเห็นต่อปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ มาก

ช่วงคะแนน 2.51-3.50 มีระดับความเห็นต่อปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ ปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.51-2.50 มีระดับความเห็นต่อปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ น้อย

ช่วงคะแนน 1.00-1.50 มีระดับความเห็นต่อปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ น้อยที่สุด

2. แนวคำถามเชิงลึก (In-dept Interview Guideline) ใช้แนวคำถาม(Interview Guide) แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ใช้รหัสแทน ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน

สถานที่หรือหน่วยงานที่ทำงาน จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์หรือ ID Line วันเดือนปีที่สัมภาษณ์ สถานที่สัมภาษณ์และเวลาเริ่มสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ใช้แนวคำถาม (Interview Guide) จำนวน 5 ข้อ

1.ท่านคิดว่ารูปแบบการบันทึกเวชระเบียนลงกระดาษเป็นอย่างไร

2.ท่านคิดว่าปัญหาหรือข้อจำกัดการใช้เวชระเบียนกระดาษมีอะไรบ้าง

3.ท่านมีความต้องการใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ในบริบทของเรือนจำอย่างไร

4. สิ่งที่ท่านต้องการให้มีในระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ในบริบทของเรือนจำ

5. การรายงานโรคในเรือนจำมีอะไรบ้าง ท่านต้องส่งรายงานออกไปหน่วยงานใดบ้าง ข้อขัดข้องในการส่งรายงานเป็นอย่างไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความคิดเห็นและแนวคำถามเชิงลึกและแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการทบทวนวรรณกรรม ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหานำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านเพื่อพิจารณาความถูกต้องความครอบคลุมเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ จากนั้นนำผลการตรวจสอบแบบสอบถาม ของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรใน แต่ละข้อ (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านจริยธรรมงานวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตกรมราชทัณฑ์ ประสานเรือนจำกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการสุ่มแล้วในเขต ของกรมราชทัณฑ์เพื่อขอเก็บตัวอย่างแบบสอบถาม แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่งานเวชระเบียน จำนวน 10 คน ตามแนวคำถาม 5 ข้อ แล้วสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.ผู้วิจัยทำหนังสือบันทึกข้อความขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่ออธิบดีกรมราชทัณฑ์

2.กรมราชทัณฑ์อนุญาต ผู้วิจัยประสานทางโทรศัพท์ไปที่สถานพยาบาลเรือนจำ 10 แห่ง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.ส่งแบบสอบถาม ด้วย Google Form ทางไลน์แอพพลิเคชั่นเมื่อได้รับข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยจะรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ

4.นัดวันสัมภาษณ์กับเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่งานเวชระเบียน ผ่านระบบวีดีโอไลน์ ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถสอบถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจและสามารถปฏิเสธหรือออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆต่อตัวผู้ให้ข้อมูล และทำการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

1.แบบสอบถามความคิดเห็น แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบสัมภาษณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.แนวคำถามเชิงลึก (In-dept Interview Guideline)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่มีลักษณะเป็นความคิดเห็น ความเชื่อเจตคติ คุณค่า โลกทัศน์ ความรู้ พฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ กระบวนการภายในกลุ่มหรือองค์กร การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก ใช้วิธีการตรวจข้อมูลที่ได้ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) จากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ ตรวจสอบสามเส้าโดยใช้สหวิทยาการ(Interdisciplinary triangulation)

ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล(Data triangulation) ข้อมูลที่ได้มาถูกต้องหรือไม่เน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆนั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การจัดระเบียบข้อมูล 2) การทำดัชนีหรือกำหนดรหัสข้อมูล 3) การกำจัดข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปชั่วคราว 4) การสร้างบทสรุป และ 5) การพิสูจน์ความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

จริยธรรมงานวิจัย

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระราชูปถัมภ์ หมายเลขโครงการ 0089/2566

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเวชระเบียน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุเฉลี่ย 42.2ปี มีตำแหน่งในระดับชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.0 มีประสบการณ์ในการทำงานในสถานพยาบาลเกี่ยวกับงานเวชระเบียนเฉลี่ย 13.8 ปี

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ พบว่า ปัญหาการใช้ เวชระเบียนกระดาษโดยรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัญหาด้านการจัดการเวชระเบียนกระดาษอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย4.56) รองลงมาคือด้านความต้องการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.37) และด้านปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.17) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน พบว่า

ด้านการจัดการเวชระเบียน

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากคือ เวชระเบียนกระดาษใช้พื้นที่จัดเก็บมากกว่าเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.90,S.D. = 0.30) รองลงมาได้แก่ เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ช่วยประหยัดงบประมาณจัดซื้อเอกสารที่เป็นกระดาษ อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.80,S.D. = 0.40) และเวชระเบียนกระดาษเสื่อมสภาพหรือถูกทำลายจากสิ่งแวดล้อมหรือภัยธรรมชาติได้ง่ายกว่าเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์เท่ากันกับปัญหาขาดแคลนกระดาษใช้ทำเวชระเบียนและตู้จัดเก็บไม่เพียงพอ อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.70,S.D. = 0.46) เวชระเบียนกระดาษไม่สามารถนำข้อมูลไปประมวลผลต่อได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.60,S.D. = 0.66) แฟ้มเวชระเบียนกระดาษสูญหายง่ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.50,S.D. = 0.92) พื้นที่หรืออุปกรณ์ในการจัดเก็บเวชระเบียนกระดาษไม่เพียงพอ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.40,S.D. = 0.66) เวชระเบียนกระดาษมีต้นทุนในการจัดเก็บสูงกว่าเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.30,S.D. = 0.90) มักพบปัญหาการลงข้อมูลในเวชระเบียนกระดาษไม่ครบถ้วนอยู่ในระดับมาก($\bar{x}$=4.00,S.D. = 0.89) ตามลำดับ

ด้านปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า มี 2 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมาก คือ ลายมือเขียนไม่ชัดเจน อ่านไม่ออกอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.50,S.D. = 0.67) และต้องใช้เวลานานในการค้นหาประวัติการรักษาในอดีต อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.50,S.D. = 0.50) รองลงมาได้แก่ ใช้เวลานานในการสรุปการรักษาเพื่อการส่งต่อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.40,S.D. = 0.66) การเรียกใช้เวชระเบียนกระดาษ มักประสบปัญหาความล่าช้า ในการค้นหา อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.30,S.D. = 0.78) ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนกระดาษได้ง่ายทำให้เกิดปัญหาในการรักษาความลับของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =

4.30,S.D. = 0.78) การบันทึกด้วยลายมือไม่ชัดเจน ใช้คำย่อไม่เป็นสากลเข้าใจยาก อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.20,S.D. = 0.87) แฟ้มเวชระเบียนกระดาษมักจะหาย หาไม่เจอ ไม่อยู่ในที่จัดเก็บอยู่ ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.00,S.D. = 0.89) แฟ้มเวชระเบียนกระดาษลงข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.90,S.D. = 1.04) ไม่สามารถดูข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลในเวลาเดียวกันได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.80 ,S.D. = 1.08) และ ไม่สะดวกในการค้นหาแฟ้มประวัติจึงทำให้ขาดการอัพเดทข้อมูลที่สำคัญของผู้ต้องขังป่วย เช่น การแพ้ยา ที่อยู่เบอร์โทรศัพท์ติดต่อญาติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.80 ,S.D. = 0.87) ตามลำดับ

ด้านความต้องการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อโดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากคือ เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ จะช่วยลดความเสี่ยงของเวชระเบียนกระดาษ ในเรื่อง หาย,อ่านไม่ออก อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.80 ,S.D. = 0.40) รองลงมา ได้แก่ ท่านคิดว่าการใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ ช่วยให้การสืบค้นประวัติการรักษาของผู้ต้องขังในเรือนจำของท่านสะดวกรวดเร็วขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.70 ,S.D. = 0.46) การนำเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์มาใช้จะช่วยประหยัดงบประมาณการจัดทำและจัดหา ที่เก็บเวชระเบียนกระดาษ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.70 ,S.D. = 0.46) ท่านเห็นด้วยว่าเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ง่ายกว่าเวชระเบียนกระดาษ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.70 ,S.D. = 0.46) ท่านต้องการจะเปลี่ยนระบบการทำเวชระเบียนในเรือนจำจากเดิมเวชระเบียนกระดาษเป็นเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.60 ,S.D. = 0.49) ท่านมีความสนใจในการใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ในหน่วยงานของท่าน อยู่ในระดับมาก($\bar{x}$ = 4.50 ,S.D. = 0.67) การใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์จะทำให้ความปลอดภัยของ ผู้ต้องขังป่วยเพิ่มมากขึ้นในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.30,S.D.= 0.64) เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ช่วยให้การจัดทำข้อมูลผู้ต้องขังป่วยมีความครบถ้วน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.20 ,S.D. = 0.75) และการใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์มีความยุ่งยากมากกว่าการใช้เวชระเบียนกระดาษมีความคิดเห็นในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.70 ,S.D. = 0.90) ตามลำดับ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ดังนี้

2.1 การบันทึกเวชระเบียนลงกระดาษ กรมราชทัณฑ์ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบที่เป็นมาตรฐานให้ใช้ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนแตกต่างกันไปในแต่ละเรือนจำ ใช้เวลาในการเขียนบันทึก การเขียนมีความหลากหลายของลายมือ ทำให้อ่านยาก อ่านไม่เข้าใจความหมาย ทำให้อาจเกิดข้อผิดพลาดของข้อมูลได้ สิ้นเปลืองงบประมาณในการซื้อกระดาษ ข้อมูลผู้ต้องขังไม่เป็นความลับเข้าถึงได้ง่าย หาที่เก็บรักษายากพื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอ ค้นหายาก เสี่ยงต่อการสูญหายได้ง่ายจากการเก็บผิดที่ และไม่สามารถทำลายได้ต้องเก็บรักษาไว้หลายปีเพราะเป็นเอกสารทางราชการ แต่ทั้งนี้เวชระเบียนกระดาษผู้ต้องขังสามารถลงลายมือชื่อเพื่อรับรองการมารับบริการต่าง ๆ ได้

2.2 การใช้เวชระเบียนกระดาษมี สรุปได้ว่า สิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดซื้อกระดาษ การจัดเก็บเวชระเบียนกระดาษต้องมีพื้นที่มาก พื้นที่ในการจัดเก็บไม่เพียงพอ กระดาษเสื่อมสภาพได้ง่าย ไม่สะดวกต่อการสืบค้น การเขียนไม่ชัดเจนอ่านยากทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อเข้าใจไม่ตรงกัน การบันทึกบางครั้งเขียนในลักษณะการบรรยายเมื่อจะทำการสรุปและประมวลผลการตรวจรักษาพยาบาลต้องใช้เวลานานในการสรุปความ

2.3 ความต้องการใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ในบริบทของเรือนจำ สรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน มีความต้องการใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ในสถานพยาบาลเรือนจำที่ตนทำงาน

อยู่ โดยต้องการให้สามารถบันทึกประวัติตั้งแรกรับเข้าเรือนจำจนกระทั่งพ้นโทษหรือส่งต่อไปยังเรือนจำอื่น ๆ ครอบคลุม การตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต ตามแบบประเมินที่กองบริการทางการแพทย์กำหนดให้สถานพยาบาลเรือนจำต้องประเมิน เช่น แบบประเมิน V2 ,แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา การบันทึกภาพบาดแผล รวมถึงประวัติการกระทำผิดกฎระเบียบเรือนจำ ผู้ต้องขัง JSOC หรือผู้ต้องขังคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญโดยสามารถเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลผู้ต้องขัง 17 ระบบของกรมราชทัณฑ์ และเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบ43 แฟ้มและเขตสุขภาพต่าง ๆ

2.4 สิ่งที่ต้องการให้มีในระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ในบริบทของเรือนจำ สรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูล ต้องการการบันทึกประวัติแรกรับเข้าเรือนจำจนกระทั่งผู้ต้องขังพ้นโทษหรือส่งต่อไปยังเรือนจำอื่น ๆ ครอบคลุมข้อมูล ตามแบบประเมินที่กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์กำหนดให้สถานพยาบาลเรือนจำต้องประเมิน ได้แก่แบบการตรวจสุขภาพแรกรับ แบบประเมินสุขภาพจิต แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัด (V2) , แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา, การบันทึกภาพบาดแผล รวมถึงประวัติการกระทำผิดกฎระเบียบเรือนจำ,ผู้ต้องขัง JSOC หรือผู้ต้องขังคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ รวมถึงบันทึกทางการพยาบาลตามแบบกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยที่ระบบควรจะสามารถเชื่อมต่อกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสช. เขต ได้ และต้องการรับการสนับสนุนอุปกรณ์การทำงาน ได้แก่ คอมพิวเตอร์ และระบบเชื่อมต่อ

2.5 การรายงานโรคในเรือนจำ สรุปได้ว่า การรายงานโรคของเรือนจำ แบ่งออกเป็น 2ช่องทางหลัก ได้แก่ 1)การรายงานภายในกรมราชทัณฑ์ประจำเดือน ดังนี้ รายงานกิจการสถานพยาบาล การคัดกรองโรค รายงานผลการดำเนินงานภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์ รายงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขัง รายงานโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคติดต่อร้ายแรง โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข 2)การรายงานไปยังหน่วยงานอื่น ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ข่าย,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี,สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้ แบบรายงานการส่งต่อรักษาภายหลังพ้นโทษ ข้อมูลผู้ป่วย NCDs รายงานผู้ต้องขังจิตเวชเมื่อพ้นโทษ ข้อมูลผลการดำเนินงานภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์ รายงานกิจการสถานพยาบาล การลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคต่าง ๆ และรายงานโรคติดต่อร้ายแรง โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

2.6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีให้การสนับสนุนและขับเคลื่อนการนำเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์มาใช้ในงานการพยาบาลเรือนจำ เพราะหากทำได้ในทุกเรือนจำจะเป็นประโยชน์อย่างมากกับผู้ปฏิบัติงานทำให้มีความสะดวก รวดเร็วในการทำงาน ลดการใช้ทรัพยากรกระดาษที่มีความสิ้นเปลือง และต้องการให้เกิดการเชื่อมต่อข้อมูลในระหว่างเรือนจำด้วยกัน รวมถึงหน่วยงานภายนอกกรมราชทัณฑ์ด้วย แต่ทั้งนี้การเข้าถึงข้อมูลควรมีชั้นของการเข้าถึงข้อมูลเพื่อรักษาความลับของผู้ต้องขัง โดยเฉพาะกับหน่วยงานภายนอกกรมราชทัณฑ์และทางเรือนจำยังมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และระบบอินเตอร์เนทเพื่อใช้งานระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ด้วยจึงจะสามารถทำงานได้

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาในภาพรวม พบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษใน 3 ด้าน ปัญหาด้านการจัดการเวชระเบียนเป็นปัญหามากที่สุด ส่วนด้านปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษเป็นปัญหารองลงมาในระดับมาก และความต้องการใช้เวชระเบียน

อิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า

1.ด้านการจัดการเวชระเบียน พบว่า ปัญหาเรื่องเวชระเบียนกระดาษใช้พื้นที่จัดเก็บมากกว่า เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์มากที่สุด ซึ่งมีสาเหตุมาจากเวชระเบียนกระดาษถือเป็นเอกสารทางราชการต้องเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 5-10 ปี ทำให้ต้องใช้พื้นที่มากในการเก็บรักษา และยังเห็นว่าเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ช่วยประหยัดงบประมาณจัดซื้อกระดาษ,เวชระเบียนกระดาษเสื่อมสภาพหรือถูกทำลายจากสิ่งแวดล้อมหรือภัยธรรมชาติได้ง่ายกว่าเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ เกิดปัญหาขาดแคลนกระดาษเพื่อใช้ทำเวชระเบียน ตู้จัดเก็บไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำข้อมูลในเวชระเบียนกระดาษไปประมวลผลต่อได้ อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ผลการศึกษาที่ได้นี้ สนับสนุนข้อค้นพบของ มนัสวี ธนารักษ์พงศกร และคณะ[5] พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับระบบการจัดเก็บเวรระเบียนผู้ป่วยนอกที่ยังมีการใช้การจัดเก็บแบบแฟ้มระเบียนและแบบ Paperless ควบคู่กัน ซึ่งในส่วนแฟ้มเวชระเบียนปัจจุบันมีพื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอต้องใช้พื้นที่ส่วนอื่นในการจัดเก็บเพิ่มเติม และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยาพร ทองไทย (2559) พบว่า ในด้านต้นทุนที่ประหยัดได้ จากการใช้ EHRs (เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์) เชื่อว่า “EHRs ทำให้ประหยัดต้นทุนในการจัดทำและจัดหาที่เก็บเวชระเบียนกระดาษมากที่สุด”

2.ด้านปัญหาการใช้เวชระเบียนกระดาษ พบว่า ปัญหาลายมือเขียนไม่ชัดเจน อ่านไม่ออก และต้องใช้เวลานานในการค้นหาประวัติการรักษาในอดีตมากกว่าปัญหาอื่น ๆ ปัญหาที่รองลงมาได้แก่ปัญหาใช้เวลานานในการสรุปการรักษาเพื่อการส่งต่อ อาจเป็นผลจากในการอ่านเวชระเบียนที่เป็นลายมือทำให้ต้องใช้เวลาในการอ่านและแปลลายมือของผู้เขียน ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยาพร ทองไทย[3] ที่กล่าวว่า เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EHRs) ซึ่งมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพ ไว้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้สามารถสืบค้น ประมวลผล แลกเปลี่ยน และส่งต่อข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพและลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาด ได้แก่ลดข้อเสียของเวชระเบียนกระดาษ เช่น การสูญหาย การอ่านไม่ออก การไม่สามารถดูข้อมูลผู้ป่วยหลายคนพร้อมกันได้ มีความหลากหลายในการบันทึก มีการแก้ไขข้อมูลภายหลัง ความเสี่ยงจากการสั่งยาโดยวาจาหรือโทรศัพท์แพทย์ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนไม่มีข้อมูลยาที่เข้าถึงได้โดยสะดวก บ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาดได้

3.ด้านความต้องการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ มีความต้องการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในระดับมากเพราะเห็นว่าเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ จะช่วยลดความเสี่ยงของเวชระเบียนกระดาษ ในเรื่อง สูญหาย,อ่านไม่ออก มากที่สุด รองลงมามีความคิดเห็นว่าการใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ ช่วยให้การสืบค้นประวัติการรักษาของผู้ต้องขังในเรือนจำ สะดวกรวดเร็วขึ้น เช่นเดียวกับเห็นว่าการนำเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์มาใช้จะช่วยประหยัดงบประมาณการจัดทำและจัดหาที่เก็บเวชระเบียนกระดาษ อีกทั้งยังเห็นด้วยว่าเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ง่ายกว่าเวชระเบียนกระดาษ ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ_กิตติยาพร ทองไทย[3] พบว่าในด้านต้นทุนที่ประหยัดได้ “EHRs ทำให้ประหยัดต้นทุนในการจัดทำและจัดหาที่เก็บเวชระเบียนกระดาษมากที่สุด” ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการใช้ EHRs พบว่า “EHRs ช่วยในการสืบค้นประวัติการรักษาของคนไข้สะดวกและรวดเร็วขึ้นมากที่สุด” และด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้ EHRs พบว่า “EHRs ทำให้ค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ภายในระยะเวลาอันสั้น” มากที่สุด

จากผลการศึกษาส่วนของการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามเชิงลึกในเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการลงบันทึกข้อมูลและการใช้งานเวชระเบียน อภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านรูปแบบการบันทึกเวชระเบียนกระดาษ ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่ากรมราชทัณฑ์ควรมีรูปแบบของเวชระเบียนให้เป็นมาตรฐาน เพื่อให้เรือนจำและทัณฑสถานทุกแห่งใช้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ นพมาศ เรือสุวรรณ[6] การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ด้านมาตรฐานและความสามารถในการทำงานร่วมกัน แนวทางปฏิบัติที่ 2) การทำงานด้านเวชระเบียนควรคำนึงถึงความเป็น มาตรฐานสากล (International standard) เพื่อให้เกิดมาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นประโยชน์การสื่อสารด้านสารสนเทศสุขภาพระหว่างประเทศ ช่วยในการควบคุมโรคได้ทันเวลา นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้เวชระเบียนกระดาษเสี่ยงต่อการสูญหาย ข้อมูลไม่เป็นความลับทุกคนเข้าถึงได้ง่าย และบางครั้งอ่านไม่เข้าใจความหมาย เพราะลายมืออ่านยาก ซึ่งอาจส่งผลให้การแปลความหมายและข้อมูลคลาดเคลื่อนเกิดความผิดพลาดได้ อีกทั้งการใช้กระดาษทำให้สิ้นเปลืองทั้งงบประมาณในการจัดซื้อและเปลืองกระดาษในการจัดทำเวชระเบียนด้วย มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยาพร ทองไทย[3] ที่ว่า เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records, EHRs) ซึ่งมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพ ไว้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้สามารถสืบค้น ประมวลผล แลกเปลี่ยน และส่งต่อข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพและลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาด ได้แก่ ลดข้อเสียของเวชระเบียนกระดาษ เช่น การสูญหาย การอ่านไม่ออก

ด้านปัญหาหรือข้อจำกัดการใช้เวชระเบียนกระดาษมีอะไรบ้าง ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่า มีความสิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดซื้อกระดาษ การจัดเก็บเวชระเบียนกระดาษต้องมีพื้นที่มาก พื้นที่ในการจัดเก็บไม่เพียงพอ กระดาษเสื่อมสภาพได้ง่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ กิตติยาพร ทองไทย[3] พบว่าในด้านต้นทุนที่ประหยัดได้ “EHRs ทำให้ประหยัดต้นทุนในการจัดทำและจัดหาที่เก็บเวชระเบียนกระดาษมากที่สุด” และมีความเห็นว่าไม่สะดวกต่อการสืบค้น การเขียนด้วยลายมือไม่ชัดเจนอ่านยากทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อข้อมูลเข้าใจไม่ตรงกัน การบันทึกลงเวชระเบียนบางครั้งเขียนในลักษณะการบรรยาย เมื่อจะทำการสรุปและประมวลผลการตรวจรักษาพยาบาลต้องใช้เวลานานในการสรุปความ พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยา ทองไทย[3] เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ช่วยพัฒนาคุณภาพและลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาด ได้แก่ ลดข้อเสียของเวชระเบียนกระดาษ เช่น การสูญหาย การอ่านไม่ออก

ด้านมีความต้องการใช้เวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ในบริบทของเรือนจำอย่างไร ในด้านนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านมีความเห็นตรงกันว่า มีความต้องการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในสถานพยาบาลเรือนจำหรือทัณฑสถานที่ตนทำงานอยู่โดยต้องการให้สามารถบันทึกประวัติผู้ต้องขังตั้งแต่แรกรับเข้าเรือนจำจนกระทั่งพ้นโทษหรือส่งต่อไปยังเรือนจำอื่น ๆ ครอบคลุม การตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต ตามแบบประเมินที่กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์กำหนด และเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบ 43 แฟ้มและเขตสุขภาพต่าง ๆ มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิตติยา ทองไทย[3] ในด้านความตั้งใจในการใช้ EHRs พบว่าแพทย์และทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรม สนใจและมีความประสงค์ที่จะใช้ EHRs และต้องการเปลี่ยนระบบการทำเวชระเบียนในปัจจุบันของคลินิกจากเวชระเบียนกระดาษเป็น EHRs ด้วยในระดับมากถึงมากที่สุด

ด้านสิ่งที่ต้องการให้มีในระบบเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ในบริบทของเรือนจำ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ต้องการให้มีการบันทึกประวัติแรกรับเข้าเรือนจำจนกระทั่งผู้ต้องขังพ้นโทษหรือส่งต่อไปยังเรือนจำอื่น ๆในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยครอบคลุมข้อมูลที่ต้องบันทึกตามแบบประเมินที่กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์กำหนดให้สถานพยาบาลเรือนจำต้องประเมิน ได้แก่ แบบการตรวจสุขภาพแรกรับ แบบประเมินสุขภาพจิต แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่

ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัด (V2) , แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา,การบันทึกภาพบาดแผล ประวัติการทำผิดกฎระเบียบเรือนจำ,ผู้ต้องขัง JSOC หรือผู้ต้องขังคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ รวมถึงบันทึกทางการพยาบาลตามแบบกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยที่ระบบควรจะสามารถเชื่อมต่อกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสช. เขตได้ และต้องการรับการสนับสนุนอุปกรณ์การทำงาน ได้แก่ คอมพิวเตอร์และระบบเชื่อมต่อ ซึ่งมีความสอดคล้องกับนพมาศ เครือสุวรรณ[6] การบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทยที่เหมาะสมกับประเทศไทย ด้านที่ 1 อนาคตของงานเวชระเบียน ข้อที่ 2)ในการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลและข้อมูลผู้ป่วยต้องเป็นมาตรฐานสื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้

ด้านการรายงานโรคในเรือนจำมีอะไรบ้าง ท่านต้องส่งรายงานออกไปหน่วยงานใดบ้าง ข้อขัดข้องในการส่งรายงานเป็นอย่างไรบ้าง จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในการรายงานโรคของเรือนจำแบ่งออกเป็น 2 ช่องทางหลัก ได้แก่ 1)การรายงานภายในกรมราชทัณฑ์ประจำเดือน อาทิ รายงานกิจการสถานพยาบาล,การคัดกรองโรค รายงานผลการดำเนินงานภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์,รายงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขัง ,รายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคติดต่อร้ายแรง โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข และ 2) รายงานไปยังหน่วยงานอื่น ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ข่าย,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี,สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตที่เรือนจำหรือทัณฑสถานตั้งอยู่ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาทิ แบบรายงานการส่งต่อรักษาภายหลังพ้นโทษ ข้อมูลผู้ป่วย NCDs รายงานผู้ต้องขังจิตเวชเมื่อพ้นโทษ ข้อมูลผลการดำเนินงานภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์ รายงานกิจการสถานพยาบาล การลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคต่าง ๆ และรายงานโรคติดต่อร้ายแรง โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข จากแบบการรายงานต่าง ๆของเรือนจำและทัณฑสถานนั้น พบว่า มีความสอดคล้องตามมาตรการในการป้องกันควบคุมรักษาโรคจากข้อสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ประจำปี 2562[2] จาการเฝ้าระวังเหตุการณ์การระบาดของโรคในเรือนจำ ซึ่งเป็นมาตรการสำหรับกรมราชทัณฑ์ ในข้อ 8) จัดระบบการรายงานสถานการณ์ โรคระบาดในเรือนจำ และแนวทางประสานหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ฯลฯ เพื่อให้มีการป้องกันควบคุมโรคได้รวมเร็ว และยุติการระบาดได้ทันท่วงที รวมถึงมีการถอดบทเรียนและกระตุ้นเตือนให้เรือนจำและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังโรค

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะไปในแนวทางเดียวกัน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความยินดีให้การสนับสนุนและขับเคลื่อนการนำเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์มาใช้ในงานการพยาบาลเรือนจำ เพราะหากทำได้ในทุกเรือนจำจะเป็นประโยชน์อย่างมากกับผู้ปฏิบัติงานทำให้มีความสะดวก รวดเร็วในการทำงาน ลดการใช้ทรัพยากรกระดาษที่มีความสิ้นเปลือง และต้องการให้เกิดการเชื่อมต่อข้อมูลในระหว่างเรือนจำด้วยกัน รวมถึงหน่วยงานภายนอกกรมราชทัณฑ์ด้วย แต่ทั้งนี้การเข้าถึงข้อมูลควรมีชั้นของการเข้าถึงข้อมูลเพื่อรักษาความลับของผู้ต้องขังโดยเฉพาะกับหน่วยงานภายนอกกรมราชทัณฑ์ และทางเรือนจำยังมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และระบบอินเตอร์เนทเพื่อใช้ในระบบงานเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ด้วยจึงจะสามารถทำงานได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัย ของ กุลฉัตร ยงยืนนาน และคณะ[7] ที่พบว่า ผู้ใช้งานเวชระเบียนในโรงพยาบาลราษฎร์บูรณะมีความต้องการระบบสารสนเทศ เพื่อนำข้อมูลหรือสารสนเทศที่บันทึกโดยแพทย์และพยาบาลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ทันที

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงปัญหาและความต้องการระบบเวชระเบียนของงานการพยาบาลในเรือนจำ เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ต้นแบบในบริบทของงานการพยาบาลเรือนจำ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (2566-2570) กรมราชทัณฑ์https://drive.google.com/drive/folders/15q0-rFcLyUKWcHS5j778zeAHp_hXhl44 สืบค้น เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2566
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค Epidemiological Surveillance Report 2019 2019 ประจำปี2562, 2562
3. กิตติยาพร ทองไทย, คุณวราดิศัย แสวงวัชระธนกิจ.การยอมรับการใช้เวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ของคลินิกแพทย์และทันตแพทย์.วารสารเภสัชกรรมไทย 9.2 (2019): 489-498.
4. ศิวนาฏ พีระเชื้อ; กัญจนี วชิรรังสิมันต์. ความถูกต้องในการตรวจวินิจฉัยของชุดทดสอบแอนติเจนอย่าง รวดเร็วในการระบุผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 2021,17.2:14-25.
6. นพมาศ เครือสุวรรณ,ประเสริฐ อินทร์รักษ์. การ บริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย.วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต 14.2 (2018): 171-190.
5. มนัสวี ธนารักษ์พงศกร;อภิชญา ตั้งจุฑารัตน์; แสงเทียน อยู่เถา.แนวทางการพัฒนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลทหารผ่านศึก.วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ มหาวิทยาลัยมหิดล,2564
7. กุลฉัตร ยงยืนนาน, ฐิตารีย์ ศิริศรีษรชัย,อุดม สิทธิ์จีรสิทธิ์กุล.การพัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยนอกของแพทย์กรณีศึกษาโรงพยาบาลราษฎร์บูรณะ.วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2022,18.2: 43-61.

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of nursing personnel management model for patient safety at Namon Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

เชิด วรพันธ์[1]
Cherd Worapan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างในเชิงคุณภาพ คือคณะผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน จำนวน 22 คน เชิงปริมาณคือพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานขึ้นเวรนอกเวลา จำนวน 38 คน ดำเนินการวิจัยเดือนพฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่มการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบสมารรถนะความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาณในการทดสอบก่อนหลังพัฒนาด้วย pared t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนารูประกอบด้วย 7 กระบวนการดังนี้ 1) ทบทวนและกำหนดบทบาทของหัวหน้าพยาบาล 2) ทบทวนนโยบายการบริหารจัดการอัตรากำลัง 3) แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการอัตรากำลัง 4) พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังเพื่อความปลอดภัย 5) กำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังตามบริบทสุขภาพตามวิถีชีวิตบุคลากร (Life style medicine) 6) การผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลร่วมกับแนวคิด Care D+ 7) การบริหารงานแบบลีนในกลุ่มการพยาบาลร่วมกับฝ่ายอื่นๆในโรงพยาบาล ผลการใช้รูปแบบส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.12 ภายหลังการพัฒนารูปแบบ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.68 ระดับความพึงพอใจก่อนการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 3.28 ภายหลังการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจเพิ่มเป็นระดับมากคะแนนเฉลี่ย มีค่า 4.32 อัตราอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยลดลงเมื่อเทียบกับปีที่แล้วลดลงร้อยละ 21.85 การทดสอบผลลัพธ์ของรูปแบบพบว่าพยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยด้วยความปลอดภัยและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: แนวทางการพยาบาล, การพัฒนาอัตรากำลังพยาบาล, ความปลอดภัยผู้ป่วย

Abstract

This action research aimed to develop and implement a nursing personal management model for patient safety at Namon Hospital, Kalasin Province. Qualitative sample consisted staff of department heads and supervisors 22 person. Quantitative nurses who worked overtime and person. The research was conducted from May to October 2024. The research instruments included open-ended questions, focus group discussions on nursing staffing management for patient safety, general data collection form, patient care safety competency test, and satisfaction assessment form. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics in pre- and post-tests developed with a pared t-test. Content analysis was used for qualitative data.

The research results found that the development process consisted of 7 processes: 1) Review and define the roles of the head nurse; 2) Review the staffing management policy; 3) Appoint a staffing management committee; 4) Develop a staffing management approach for safety; 5) Establish staffing criteria

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

based on health context and personnel lifestyle (Life style medicine); 6) Integrate nursing staffing with the Care D+ concept; and 7) Lean management in the nursing group with other departments in the hospital. The results of using the model resulted in nurses having increased patient care competence from a moderate level, with an average of 3.12. After the model development, patient care competence increased to a high level, with an average of 4.68. Satisfaction level before the model development was at a moderate level of 3.28. After the model development, the satisfaction level increased to a high level, with an average score of 4.32. The incidence rate of patient safety decreased compared to the previous year by 21.85 percent. The model result test found that nurses had increased patient care competence with safety and satisfaction at a statistically significant level of .05.

Keywords: Nursing guidelines, Nursing workforce development, Patient safety

บทนำ

สถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นวิกฤติปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ โรงพยาบาลรัฐที่บริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสบกับวิกฤติการขาดแคลนพยาบาลโดยมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพประมาณ 136,520 อัตราเต็มกำลังมีพยาบาลวิชาชีพเพียงร้อยละ 71.84 เท่านั้น การเร่งรัดการผลิตพยาบาลไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้ ความขาดแคลนนี้ ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ในโรงพยาบาลทั่วไป มีพยาบาลขึ้นเวรโดยเฉลี่ย 54 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และต้องขึ้นเวรปฏิบัติงาน เดือนละ 32 เวร หรือ ทำงานวันละ 16 ชั่วโมง หรือ ควบ 2 เวรติดต่อกัน โรงพยาบาลทั่วไปพยาบาลขึ้นเวรโดยเฉลี่ย 58.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในโรงพยาบาลชุมชนพยาบาลขึ้นเวรโดยเฉลี่ย 59.42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์[1] พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงานนั้น ได้แก่ การเกิด แผลกดทับ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 30.2 ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษา ร้อยละ 25.7 การมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้การพยาบาล ร้อยละ 17.8 และ ความผิดพลาดในการให้ยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 17.08 ซึ่งการขาดแคลนพยาบาลทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและของพยาบาลเอง จึงต้องมีการบริหารจัดการอัตรากำลังที่ดี[2]

กระบวนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) การวางแผนอัตรากำลัง เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับปริมาณ และคุณภาพหรือคุณสมบัติของบุคลากรที่ต้องการเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กร แบ่งเป็น การวางแผนระยะยาว เพื่อเป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับปริมาณของบุคลากรทางการพยาบาล กำหนดประเภท คุณภาพหรือคุณสมบัติของบุคลากรที่ต้องการเพื่อ ตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กร ในระยะยาว เช่น 3 ปี 5 ปี 10 ปี การวางแผนระยะยาวอาจทำได้ 2 ระดับ คือระดับมหภาค เป็นการคาดการณ์ด้านกำลังคนในภาพรวมของประเทศระดับเขต หรือระดับจังหวัด เป็นต้น ขึ้นอยู่กับขอบเขตความรับผิดชอบหน่วยงานที่วางแผน และระดับจุลภาคเป็นการคาดการณ์ด้านกำลังคนในหน่วยงาน เช่น ระดับโรงพยาบาล หน่วยบริการ เป็นต้น[3] และ การวางแผนระยะสั้น เป็นการวางกำหนดอัตรากำลังให้เพียงพอที่จะให้บริการในแต่ละวัน ตลอดทั้งปี ทั้งในภาวะปกติ ฉุกเฉิน และการปฏิบัติงานทดแทนกรณีหยุดหรือลารวมทั้งกำหนดแนวทางการปรับลด เพิ่มอัตรากำลัง เป็นแผนที่มีระยะยะเวลาปฏิบัติการประมาณ 1 ปีเป็นแผนที่อ่อนข้างจะมีความแน่นอนและมีโอกาสของการบรรลุได้มาก แผนงานประจำปีงบประมาณเป็นตัวอย่างของแผนระยะสั้น 2) การจัดตารางการปฏิบัติงานตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณภาระงานในแต่ละ

ช่วงเวลาเพื่อให้การใช้อัตรากำลังมีประสิทธิภาพสูงสุด 3) การจัดอัตรากำลัง มีวัตถุประสงค์ให้คำนึงถึงการกระจายงาน ในอัตรากำลังที่หน่วยงานมีอยู่ให้เหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งเพื่อจัดให้มีสัดส่วนผสมผสานอัตรากำลังทางการพยาบาลแต่ละประเภทให้เหมาะสมเพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการการพยาบาล[4]

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจของคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาล และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจของประชาชนผู้รับบริการ ในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมักจะได้ยินหลายคำที่มีความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น คำว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ความผิดพลาดในการดูแลรักษา ซึ่งหมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือวางแผนการดูแลรักษาไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ เหตุเกือบพลาด ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกือบเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่เกิดขึ้นเพราะแก้ไขสถานการณ์ได้ทัน หรือด้วยความบังเอิญ[5] เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) ซึ่งหมายถึง การบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิตที่มาจากความผิดพลาดในการดูแลรักษาอุบัติเหตุ (Accident) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือความเสียหาย และอุบัติการณ์ (incident) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ทราบว่าจะเกิด หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลต่อความสมบูรณ์ของการทำงานเพื่อเข้ามาจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งสิ้น[6]

โรงพยาบาลนามน[7] พบการร้องเรียนทางการพยาบาล ปีละประมาณ ร้อยละ 2.52 ของการดูแลทางการพยาบาลทั้งหมด จากการวิเคราะห์พบว่า การปฏิบัติงานด้วยความไม่มั่นใจ ความกดดันจากหน้าที่และระบบการงาน การมีภาระงานจำนวนมาก และต้องให้การบริการผู้ป่วยที่มีจำนวนมากต่อวัน การนอนไม่เป็นเวลา การพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับปัจจัยภายนอกเช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางการเงิน และปัญหาทางครอบครัว ทำให้เกิดภาวะเครียดสะสม และส่งผลกระทบต่อการบริการผู้ป่วย จึงเกิดข้อร้องเรียนตามมาในที่สุด

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวพบว่ายังมีผู้ศึกษาน้อยในบริบทโรงพยาบาลและอำเภอขนาดเล็ก ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวดกาฬสินธุ์ เพื่อปรับใช้ในโรงพยาบาลนามน โดยใช้ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลร่วมกับการส่งเสริมความสุขบุคลากร และการสร้างความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยนำผลมาปรับปรุงแนวทางและการพัฒนาให้เหมาะสม และเป็นต้นแบบในการบริหารจัดการอัตรากำลังเหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหา การบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้การบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือนได้ทำการศึกษาการบริหาร

จัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามแนวทางการพยาบาล โดยการทบทวนข้อมูลและการวางแผน ดำเนินการอบรม ทบทวนองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วย จัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเพื่อศึกษาปัญหา ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ ความพึงพอใจผู้ป่วย ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้เกิดเป็นรูปแบบจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถสรุปขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 (เดือนแรก) ศึกษาบริบท สถานการณ์ และปัญหา การบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล และปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลนามน กำหนดมาตรการกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์ การการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ทบทวนวรรณกรรม และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประชุมระดมแนวคิดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโรงพยาบาลนามน

ระยะที่ 2 (เดือนที่ 2-3) การออกแบบ และพัฒนาการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการจัดการด้านกำลังคน และความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายในโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 3 (เดือนที่ 4-6) นำรูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวดกาฬสินธุ์ ถอดบทเรียนครั้งที่ 1 ปรับปรุงมาตรการและนำไปใช้ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการดูแลความปลอดภัยในผู้ป่วย

ระยะที่ 4 (เดือนที่ 6) ติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนใน เดือนสุดท้าย สรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข ปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียนครั้งที่ 1 ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุง สรุปถอดบทเรียน และเผยแพร่รูปแบบที่สมบูรณ์แล้วให้เป็นแนวทางเดียวกันในโรงพยาบาลนามน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร กลุ่มตัวอย่างในเชิงคุณภาพ คือ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลนามน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมจำนวน 22 คน เชิงปริมาณ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานขึ้นเวรนอกเวลา จำนวน 38 คน

กลุ่มตัวอย่าง คณะผู้บริหารโรงพยาบาลนามน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมจำนวน 22 คน เชิงปริมาณ คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เชิงปริมาณ คือพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานขึ้นเวรนอกเวลา จำนวน 38 คน โดยคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจาก จากทะเบียนรายชื่อพยาบาล และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาดตัวอย่าง จากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร ได้ 34 คน จึงเลือกใช้ทั้งหมดเพื่อทดแทนการสูญเสีย รวม 38 คน เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนารูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบ จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 4 แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สมรรถนะทางการพยาบาลด้านความปลอดภัย และความพึงพอใจ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย และคะแนนความพึงพอใจ ก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการร่วมกับคณะผู้บริหารโรงพยาบาล ในผู้ปฏิบัติต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาพส่วนจึงจะสามารถพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจนเกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน พบปัญหาด้านการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พบปัญหาอุปสรรคในการถ่ายทอดเชิงนโยบาย สู่การปฏิบัติซึ่งดำเนินการยาก ต้องอาศัยความร่วมมือต่างๆจากฝ่ายต่างๆในโรงพยาบาล ความซับซ้อนมากในด้านการบริหารจัดการทีมดูแลผู้ป่วยและทีมพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล การบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลากร และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยการเสริมสมรรถนะให้กับพยาบาลในโรงพยาบาลนามนทั้งหมด จำเป็นต้องสร้างกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของพยาบาลภายในองค์กร การดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยสูงในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนนั้นทำได้ยากทั้งขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นและขาดแคลนตามข้อจำกัด

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) ทบทวนและกำหนดบทบาทของหัวหน้าพยาบาล 2) ทบทวนนโยบายการบริหารจัดการอัตรากำลัง 3) แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการอัตรากำลัง 4) พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังเพื่อความปลอดภัย 5) กำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังตามบริบทสุขภาพตามวิถีชีวิตบุคลากร (Life style medicine) 6) การผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลร่วมกับแนวคิด Care D+ 7) การบริหารงานแบบลีนในกลุ่มการพยาบาลร่วมกับฝ่ายอื่นๆในโรงพยาบาล

3. ผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการใช้รูปแบบส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.12 ภายหลังการพัฒนารูปแบบสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.68 ระดับความพึงพอใจก่อนการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 3.28 ภายหลังการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจเพิ่มเป็นระดับมากคะแนนเฉลี่ย มีค่า 4.32 อัตราอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยลดลงเมื่อเทียบกับปีที่แล้วลดลงร้อยละ 21.85 การทดสอบผลลัพธ์ของรูปแบบพบว่าพยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยด้วยความปลอดภัยและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=10.31, 10.54) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยทางการพยาบาล และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
สมรรถนะความปลอดภัยทางการพยาบาล	3.64	1.28	ปานกลาง	4.54	1.31	มาก	10.31	<0.001*
ความพึงพอใจรูปแบบฯ	3.52	1.33	ปานกลาง	4.56	1.33	มาก	10.54	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากฝ่ายการพยาบาลในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคน ปัญหาการดำเนินงาน และอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานการการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับ ธีรพร สถิรอังกูร, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณสิริ[8] โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งองค์กร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และพยาบาลในองค์กรปฏิบัติงานด้วยความพึงพอใจและความเต็มใจในการบริการ การปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ให้ทันสมัยต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับ จรีรัตน์ อินทวัฒน์ และคณะ[9] การมีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาร่วมกันในกลุ่มการพยาบาลส่งผลต่อการพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพผ่านตัวบุคคลากรทางการพยาบาลทำให้เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการศึกษาในองค์กรพยาบาลซึ่งมีขนาดใหญ่กว่าทุกองค์กรภายในโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับ จุฑาทิพย์ หิรัญสาลี และคณะ[10] เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของการดูแลอย่างปลอดภัยในผู้ป่วย และการจัดสรรกำลังคน เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดสรรกำลังคน ปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความซับซ้อนในการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม สอดคล้องกับ วนิดา สิงหชาติปรีชากุล[11] และควรประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีสมัยใหม่อย่างแนวคิดลีน แนวคิดองค์กรสร้างสุข แนวคิดสุขภาพตามวิถีชีวิตบุคลากร (Life style medicine) ร่วมกับการผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลร่วมกับแนวคิด Care D+ ร่วมกับแนวคิดการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยด้านคุณภาพและความปลอดภัยจึงประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ จรูญผล แสงสิริไพบูลย์[12]

ข้อเสนอแนะ

1) การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากฝ่ายการพยาบาลในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคน ปัญหาการดำเนินงาน และอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานการการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งองค์กร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และพยาบาลในองค์กรปฏิบัติงานด้วยความพึงพอใจและความเต็มใจในการบริการ

2) การปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ให้ทันสมัยต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล

3) การมีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาร่วมกันในกลุ่มการพยาบาล ส่งผลต่อการพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพผ่านตัวบุคคลากรทางการพยาบาลทำให้เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

4) ควรศึกษาในองค์กรพยาบาลอื่นที่มีขนาดใหญ่กว่าโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของการดูแลอย่างปลอดภัยในผู้ป่วย และการจัดสรรกำลังคน เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดสรรกำลังคน ปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ซับซ้อนเพื่อให้ได้ปัจจัยในการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ บุคลากรโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Roger AE. The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and patient safety. In: Hughes RG, editor
2. เรมวล นันศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของ พยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์การในโรง พยาบาลทั่วไป. พยาบาลสาร 2557;41:58-69.
3. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสวงดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2565;27:5-12.
4. ทรียาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิกติกุล, ผ่อนศรี เกียรติ- เลิศนภา. การปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. พยาบาลสาร 2557;41 (ฉบับพิเศษ พฤศจิกายน 2557):48-58.
5. กฤษดา แสวงดี. วิกฤติขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วย บริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อ เสนอเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26: 456-68.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมเพื่อกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2567. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
7. รายงานบุคลากรโรงพยาบาลนามน. โรงพยาบาลนามน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2567.
8. ธีรพร สถิรอังกูร, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณสิริ. สถานการณ์ชั่วโมงการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารกองการพยาบาล 2562;46:242- 56.
9. จรีรัตน์ อินทวัฒน์ และคณะ. กระบวนทัศน์ในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บทเรียนจากค่ายคิลานุธรรม. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2560;5(2):376-387.
10. จุฑาทิพย์ หิรัญสาลี และคณะ.การพัฒนาระบบการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลด้วยอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลชลประทาน. เอกสารการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 12 วันที่ ณ อาคารสัมมนา 1-2 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช วันที่ 4-5 กันยายน 2565.
11. วนิดา สิงหชาติปรีชากุล. การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต4-5 2563;39(3):500-509.
12. จรูญผล แสงสิริไพบูลย์. การศึกษาภาระงานเพื่อกำหนดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกระบุรี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565;5(2):179-188.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of long-term care model for the elderly with dependency Namon Hospital, Kalasin Province.

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

ปรียาวดี บุญไชยโย[1]
Preeyawadee Boonchaiyo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาพัฒนาและใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการศึกษาระหว่างตุลาคม 2566 - ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 69 คน เชิงปริมาณผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการพัฒนารูปแบบ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคัดกรองการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบการประเมินความเศร้า (TGDS) แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหาแบบสามเส้า เชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ paired-t test

ผลการศึกษา กระบวนการพัฒนา12 รูปแบบสำคัญดังนี้ 1) ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุให้ครอบคลุม 2) จัดทำ care plan ทุกราย 3) เยี่ยมแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ 4) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) จัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ 6) มีนโยบายและกิจกรรมโครงการที่ครอบคลุม 7) บูรณาการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ 8) ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 9) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล 10) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุ 11) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ 12) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตใจ ผลลัพธ์ของรูปแบบส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย (ADL) และจิตใจ (TGDS) ดีขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น ระดับความพึงพอใจดีขึ้น อย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=6.18, 8.13, 6.26, 5.18)

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้สูงอายุ, การดูแลระยะยาว, ภาวะพึ่งพิง

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to study problems and development model for long-term care model for elderly in dependent group at Namon Hospital, Kalasin Province. Study was conducted between October 2023 and October 2024. Qualitative sample consisted of 69 health network personnel and 60 quantitative samples of homebound and bedridden elderly. Research tools used in the study included semi-structured questions for model development, general information interview forms, daily living screening assessment forms (ADL), depression assessment forms (TGDS), quality of life assessment forms, and satisfaction assessment forms. Qualitative data were analyzed using triangular content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, and paired-t test before and after comparisons.

Results of the study Development process12 The important models are as follows: 1) Screening the elderly comprehensively 2) Creating a care plan for every case 3) Holistic visits by a multidisciplinary team 4) Creating community participation 5) Organizing a continuous service system that coordinates at all levels 6) Having comprehensive policies and project activities 7) Integrating support from other agencies 8) Promoting exercise in the elderly 9) Promoting knowledge in the elderly and caregivers 10) Promoting careers and income for the elderly 11) Supporting environmental management in the elderly's home 12) Supporting mental health care The results of the models resulted in better physical (ADL) and mental (TGDS) health in the elderly, better quality of life, and better satisfaction, with statistical significance at the .05 level (t = 6.18, 8.13, 6.26, 5.18).

Keywords: Nursing the elderly, Long-term care, Dependency

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนามน

บทนำ

ในปัจจุบันผู้สูงอายุในระดับประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้ หลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี 2566 พบผู้สูงอายุที่เป็นภาวะพึ่งพิงประมาณหกพันล้านคน ประเทศไทย[1] ในปี 2564-2566 พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.32 ร้อยละ 10.62 และร้อยละ 11.28 ตามลำดับ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ความต้องการดูแลเพิ่มขึ้นและเป็นภาระในระบบสาธารณสุข จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพบภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจำต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวตามข้อตกลงสหประชาชาติ[2] การที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2570 คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 24 และคาดการว่าประชากรรวมในปี 2583 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 อายุเฉลี่ยของหญิงไทย จะเพิ่มเป็น 78.42 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.65 ปี จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปี 2563 พบผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 22.34

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม ในปี 2564 พบอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยมีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุร้อยละ 31.25 ได้รับการดูแลในระยะยาวอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลเพียงร้อยละ 3.36 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของภาระโรคที่มาจากโรคติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมักมีภาวะทุพพลภาพตามมา[3] ขณะเดียวกันอายุที่มากขึ้นและตามมาด้วยการถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่างๆ รวมถึงสมรรถนะทางกายและสมอง ส่งผลให้ มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้น จากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้บริการ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ขับถ่าย เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิผล ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและให้ คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลและต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านมีปัญหาด้านบุคลากรและผู้ดูแล ที่ไม่เพียงพอทั้งยังขาดความรู้และทักษะ ขาดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลที่บ้านรวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องในหน่วยงานร่วมกับชุมชน[4]

จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 162,624 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ของประชากรทั้งหมด[6] เป็นเพศชาย 72,581 คน ร้อยละ 44.62 เพศหญิง จำนวน 90,043 คน ร้อยละ 55.37 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์มุ่งเน้นนโยบายในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการ และคัดกรองสุขภาวะผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุยังพบปัญหาความไม่ครอบคลุมความต้องการทางสุขภาพที่จำเป็นทั้งหมด โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงรุก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาวะหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเพิ่มคุณค่าในสังคมอย่างเป็นรูปธรรมให้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ความเป็นอยู่ดีมีสุขด้านจิตใจและสังคมลดลง[5]

อำเภอนามน นับว่าเป็นอำเภอที่มีอายุคาดเฉลี่ยสั้นที่สุดในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีอายุคาดเฉลี่ยปี 2565 อยู่ที่ 72.08 ปี และ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีอยู่ที่ 66.52 ปี นับว่าเป็นเกณฑ์ต่ำกว่าระดับจังหวัด ระดับเขต ซึ่งในระดับประเทศมีอายุคาดเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 85 ปี และ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 75 ปี ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจำนวน 8 คน กลุ่ม ติดบ้าน 34 คน และติดสังคม 1,117 คน รวม 1,159 คน[5] การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุในอำเภอนามน โดยการยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วย

เรื้อรังหรือการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไปที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านระบบการดูแลระยะยาวเป็นการดูแลสุขภาพผ่านชุมชน มีผู้จัดการสุขภาพ การผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือ Care Manager และการมีผู้อาสาดูแลผู้สูงอายุ หรือคนทั่วไปที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ที่สามารถลงพื้นที่ไปดูแลผู้สูงอายุตามบ้านได้ หรือ Care giver ซึ่งเป็นระบบชุมชนเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และต้องเน้นป้องกันและดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและคัดกรองหาความเสี่ยงเข้าสู่ระบบการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว และมีผู้ศึกษาน้อยทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตรงตามบริบทของอำเภอนามน เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ตรงกับบริบทท้องถิ่นเป็นแนวผลักดันร่วมกับบุคลากรในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (Research and development) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลา 13 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคาลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอนามน จำนวน 105 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลนามน ผู้มีภาวะติดบ้านติดเตียงจำนวน 283 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคาลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอนามน ได้แก่ care manager 15 คน, care giver 15 คน, อาสาสมัครสาธารณสุข 15 คน ผู้นำชุมชน 15 คน, เจ้าหน้าที่จาก อปท. จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน แพทย์ 1 คน รวมจำนวน 69 คนคัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เชิงปริมาณ ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง คำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากรได้จำนวน 60 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่มในการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยได้มีการจัดกิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1) การถอดบทเรียนบริบทพื้นที่ของผู้สูงอายุในชุมชน สรุป จัดจำแนกปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน และบริบทในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการกำหนด

กิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) 3) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 28/2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การดูแลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 เชิงคุณภาพ สถานการณ์ปัญหาอำเภอนามน มีปัญหาเรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาล มีอาการเดินลำบาก การอยู่การกินค่อนข้างลำยาก เบี้ยผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ส่วนมากร้องขอให้ปรับเบี้ยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจุบัน 600-800 บาทนั้นไม่เพียงพอ ในบางพื้นที่อยากให้รัฐ และท้องถิ่นช่วยสนับสนุนอาชีพเล็กๆน้อยๆในผู้สูงอายุ มีความต้องการอยากได้ครอบครัวที่อบอุ่น ส่วนมากมีวิถีชีวิตอยู่บ้านเลี้ยงหลาน นิยมอยู่บ้านเฉยๆไม่ค่อยมีรายได้ไม่ค่อยมีงาน อาศัยเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ และเงินจากลูกหลาน ในกลุ่ม 60-70 ปี พบว่ายังทำงานได้ เช่น ทำนา ทำไร่ ปลูกผักขาย 70-79 ปี จะเริ่มมีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การเดิน ภาวะสมองเสื่อม การมองเห็น กลุ่มนี้ ต้องการผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางพบแพทย์ ในระยะนี้เริ่มมีผู้เสียชีวิตมากที่สุด ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุจะไม่ทำงาน นิยมอยู่บ้าน มีส่วนน้อยที่เริ่มมีภาวะสมอง มีความรู้สึกเหงาบ้างในบางเวลา ต้องการระบบการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจากท้องถิ่น เช่น คนดูแลในกรณีที่ไม่มีญาติ ผู้สูงอายุติดเตียง คาดหวังผู้ดูแลที่มีความรู้ดี ทักษะดี พึ่งพาได้ ต้องการให้มีรถรับส่งบริการผู้สูงอายุในชุมชน ต้องการระบบโทรศัพท์ฉุกเฉินที่ติดตั้งในบ้านผู้สูงอายุ ต้องการให้รัฐลงไปดูสิ่งแวดล้อม บ้าน ห้องน้ำ ระบบอำนวยความสะดวกในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดิน หรือ อยู่ตามลำพัง มีความต้องการอยากให้ผู้บริจาคนอกจากไปทำบุญที่วัดแล้ว นอกจากบริจาคสิ่งของเข้าวัด อยากให้ช่วยบริจาคชุดขาวให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรมด้วย มีความต้องการไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน แว่นตา อาหารเสริม นม น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม ไข่ ข้าวสาร ไว้ประกอบอาหารไว้กินเอง ต้องการเครื่องนุ่งห่มบ้างในฤดูหนาวและฝน

1.2 เชิงปริมาณผู้สูงอายุในชุมชนนามน จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 38 คน ร้อยละ 63.33 รองลงมา เพศชาย จำนวน 22 คน ร้อยละ36.67 ช่วงอายุส่วนมาก 71-75 ปี จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.67 รองลงมาช่วงอายุ 65-70 ปี จำนวน 12 คนร้อยละ 20.00 และ ช่วง

อายุ 76-80 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 18.33 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงานอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 30 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาหม้าย จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.67 และ โสด จำนวน 8 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมากไม่เรียนหนังสือ จำนวน 28 คน ร้อยละ 46.67 รองลงมาประถมศึกษา จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.67 และมัธยมศึกษา จำนวน 5 คน ร้อยละ 8.33 อาชีพ ส่วนมากว่างงานดูแลบ้าน จำนวน 44 คน ร้อยละ 3.33 รองลงมาทำนา จำนวน 10 คน ร้อยละ 16.67 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.00 โรคประจำตัวร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 42 คน ร้อยละ 70.00 รองลงมาป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 38 คน ร้อยละ 63.33 และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ปัญหาของผู้สูงอายุ ส่วนมากปวดเข่า จำนวน 22 คน ร้อยละ36.67 รองลงมาเดินลำบาก จำนวน 35 คน ร้อยละ 58.33 และด้านความจำ จำนวน 16 คน ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 12 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุให้ครอบคลุม 2) จัดทำ care plan ทุกราย 3) เยี่ยมแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ 4) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) จัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ 6) มีนโยบายและกิจกรรมโครงการที่ครอบคลุม 7) บูรณาการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ 8) ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุด้วยการ ลำไม้พอง บาสโลบ แอโรบิก รำมวยไทยตามฉบับนายเขตสียาภัย 9) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้วยการใช้น้ำมันสมุนไพร 11 สหาย การแต่งกลอนลำให้ความรู้ ด้วย หมอลำ Stroke 10) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผักเพื่อส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ สนับสนุนงานง่ายๆ เช่น การตากใบยาสูบ การบรรจุใบยาสูบ สนับสนุนการเลี้ยงสัตว์ที่ผู้สูงอายุทำได้ เช่น การเลี้ยงไก่ การเลี้ยงตั๊กแตน 11) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ ปรับปรุงบ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้เท้า รถเข็น แว่นตา สนับสนุนอุปกรณ์ประกอบอาหาร เช่น ข้าวสาร ไข่ อาหารเสริม เช่น นม น้ำดื่มสะอาด โดยบูรณาการร่วมกับโครงการคนนามนไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังร่วมกับนายอำเภอนามน และ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ผ่านการอบรมและงบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตใจ เช่น การประเมิน 2Q, 9Q TGDS สนับสนุนการบริจาคชุดขาวเพื่อให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรม

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) มีค่า 9.49 คะแนน (SD 2.32 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) มีค่า 20.22 คะแนน (SD 2.46 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) เพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.18) ดังตาราง 2

3.2 ความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) มีค่า 8.92 คะแนน (SD 1.28 คะแนน) อยู่ในระดับเริ่มมีภาวะซึมเศร้า ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) มีค่า 3.62 คะแนน (SD 1.45 คะแนน) อยู่ในระดับไม่มีภาวะ การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) เพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.13) ดังตาราง 2

3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมีค่า 2.61 คะแนน (SD 1.36 คะแนน) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิตมีค่า 4.58 คะแนน (SD 1.46 คะแนน) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.26) ดังตาราง 2

3.4 การประเมินความพึงพอใจ ผลการทดสอบคะแนน พบว่า ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มีค่า 3.12 คะแนน (SD 1.28 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มีค่า 4.28 คะแนน (SD 2.26 คะแนน) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.18) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในผู้สูงอายุ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=91)

รายการ	Mean	S.D.	แปลผล	t	p-value
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)					
ก่อนการพัฒนา	9.49	2.32	ปานกลาง	6.18	.001*
หลังการพัฒนา	10.36	2.46	ปานกลาง		
ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)					
ก่อนการพัฒนา	8.92	1.28	เริ่มซึมเศร้า	8.13	.001*
หลังการพัฒนา	3.62	1.45	ไม่มีภาวะ		
การประเมินคุณภาพชีวิต					
ก่อนการพัฒนา	2.61	1.36	น้อย	6.26	.001*
หลังการพัฒนา	4.58	1.46	มาก		
การประเมินความพึงพอใจ					
ก่อนการพัฒนา	3.12	1.28	ปานกลาง	5.18	.001*
หลังการพัฒนา	4.28	2.26	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์สุขภาพปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนนามน บริบทอำเภอนามน ส่วนมากมีวิถีชีวิตอยู่บ้านเลี้ยงหลาน นิยมอยู่บ้านเฉยๆไม่ค่อยมีรายได้ ไม่ค่อยมีงาน อาศัยเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ และเงินจากลูกหลาน บางกลุ่มยังทำงานได้ มีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การเดิน ภาวะสมองเสื่อม การมองเห็น ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 71-75 ปี สถานภาพส่วนมาก แต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน การศึกษาส่วนมากประถมศึกษา อาชีพส่วนมากว่างงาน/ดูแลบ้าน โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ ไตเรื้อรัง ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนามน ผู้สูงอายุชุมชนนามน สอดคล้องกับ สุวมน โพนสาลี[6] การที่ปัญหาเรื่องการเดินทาง รายได้เบี้ยผู้สูงอายุไม่

เพียงพอ คนดูแลในกรณีที่ไม่มีญาติ ผู้สูงอายุติดเตียง คาดหวังผู้ดูแลที่มีความรู้ดี ทักษะดี ต้องการระบบโทรศัพท์ฉุกเฉินที่ติดตั้งในบ้านผู้สูงอายุ ต้องการให้รัฐช่วยเรื่องบ้านและสิ่งแวดล้อม อยากให้ช่วยบริจาคชุดขาวให้ผู้สูงอายุไว้ปฏิบัติธรรมด้วย มีความต้องอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้เท้า รถเข็น แว่นตา อาหาร อาหารเสริม ไว้ประกอบอาหารไว้กินเอง ต้องการเครื่องนุ่งห่มบ้างในฤดูหนาวและฝน ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนมากเดินลำบาก ปวดเข่า และการมองเห็น ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง รองลงมาภาวะพึ่งพิงปานกลาง และภาวะพึ่งพิงรุนแรงตามลำดับ การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ จินต์ประวีร์ เจริญฉิม[7] การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 12 รูปแบบสำคัญดังนี้ 1) ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุให้ครอบคลุม 2) จัดทำ care plan ทุกราย 3) เยี่ยมแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ 4) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) จัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ 6) มีนโยบายและกิจกรรมโครงการที่ครอบคลุม 7) บูรณาการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ 8) ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 9) ส่งเสริมความรู้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล 10) ส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุ 11) สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ 12) สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตใจ สอดคล้องกับ ปฏิภาณี ขันธโภค และคณะ[8] ผลลัพธ์ของรูปแบบส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย (ADL) และจิตใจ (TGDS) ดีขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น ระดับความพึงพอใจดีขึ้น สอดคล้องกับ อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียรและคณะ[9] และสอดคล้องกับ ธีรพัฒน์ สุทธิประภา และคณะ[10]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ควรเหมาะกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและบูรณาการกับทุกภาคส่วน จึงจะประสบผลสำเร็จได้

2. ควรมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะกับบริบทแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ พัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุและสามารถแก้ไขปัญหาได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโครงการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุ งบประมาณแผ่นดิน กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมผ่าน สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 ที่มอบทุนสนับสนุนโครงการวิจัย หมายเลขโครงการที่ 90/2567 ขอขอบคุณ สำนักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ที่มอบทุนสนับสนุนโครงการวิจัย และขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึง เจ้าหน้าที่ และผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อปท. อสม. ในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี. นนทบุรี. 2566.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2566. จาก http://www.nso.go.th.
3. จันทร์พ็ญ ชูประภาวรรณ. บรรณาธิการ : สถานะสุขภาพคนไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2566 จาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report27.pdf
4. ชมพูนุท พรหมภักดิ์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2560,แหล่งที่มา https://goo.gl/2N4SLn
5. ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566. สืบค้น 8 สิงหาคม 2566.จาก https://hdcservice.moph.go.th
6. สุวมน โพนสาลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาล ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2567; 9(2): 621-630.
7. จินต์ประวีร์ เจริญฉิม. รูปแบบกระบวนการถ่ายทอดศักยภาพภูมิปัญญาของผู้สูงอายุสู่ชุมชนและสังคมที่ยั่งยืน. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2565.
8. ปฏิภาณี ขันธโภค และคณะ. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับการรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลรางจรเข้ อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.2565; 9(2): 220-234.
9. อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียร และคณะ. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทย ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารราชพฤกษ์.2563; 18(2): 128-136.
10. ธีรพัฒน์ สุทธิประภา และคณะ. การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2567; 9(4): 665-671.

ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Effectiveness of an Elderly Care Program for Osteoarthritis Using Thai Traditional Medicine By Family Caregivers, Yangsisurat Sub-district, Yangsisurat District, Mahasarakham Province

(Received: November 18,2024 ; Revised: December 10,2024 ; Accepted: December 14,2024)

สุภาพร ปัญญาวงษ์[1] สรัญญา คุ้มไพฑูรย์[2] อนุชา ไทยวงษ์[3] กำทร ดานา[3]
Supaporn Panyawong [1] Saranya Khumpaiytoon[2] Anucha Taiwong[3*] Kamthorn Dana[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมหรือลมจับโปงแห้งคัดเลือกแบบเจาะจงเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 80 คน แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแล แบบประเมินโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินอาการปวด วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t – test และสถิติ Independent-t-test ดำเนินการวิจัยเดือนกรกฎาคม 2565 - มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mean_{กลุ่มทดลอง}$ = 26.54 ± 11.20 VS $Mean_{กลุ่มควบคุม}$ = 29.63 ± 12.06, $p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mean_{กลุ่มทดลอง}$ = 3.80 ± 3.25 VS $Mean_{กลุ่มควบคุม}$ = 6.53 ± 3.25, $p< 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มทดลองมีความโก่งของเข่าและค่าเฉลี่ยของระยะห่างของส้นเท่ากับก้นน้อยกว่าและก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ แพทย์แผนไทย ข้อเข่าเสื่อม ลมจับโปงเข่าแห้ง

Abstract

This quasi-experimental research with two groups using pre-test and post-test design aimed to study the effectiveness of an elderly care program for osteoarthritis using Thai traditional medicine by family caregivers, Yangsisurat Sub-district, Yangsisurat District, Mahasarakham Province. The sample consisted of 80 elderly patients with osteoarthritis or "Lom Jab Pong Haeng", selected through purposive sampling based on inclusion criteria, divided into experimental and control groups of 40 participants each. Data collection tools included general information questionnaires, caregiver knowledge assessment forms for elderly osteoarthritis care, osteoarthritis assessment forms, and pain assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and Independent t-test. The research was conducted from July 2022 to June 2023.

The results showed that after participating in the program, caregivers in the experimental group had significantly higher knowledge about elderly osteoarthritis care compared to the control group and their pre-program scores. The experimental group showed significantly lower mean osteoarthritis severity scores

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[2] แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[3] อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
*Corresponding author: Anucha@smnc.ac.th

than the control group ($Mean_{experimental}$ = 26.54 ± 11.20 VS Mean $_{control}$ = 29.63 ± 12.06, $p < 0.05$) and significantly lower mean pain scores ($Mean_{experimental}$ = 3.80 ± 3.25 VS $Mean_{control}$ = 6.53 ± 3.25, $p < 0.05$). Furthermore, the experimental group showed significantly lower knee hyperextension and heel-to-buttock distance compared to pre-program measurements.

Keywords: Caregiver, Elderly, Thai Traditional Medicine, Osteoarthritis, Lom Jab Pong Khao Haeng

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอันเนื่องจากสังคมผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พร้อมกันทั่วโลก ในประเทศไทย พบมีผู้สูงอายุ ร้อยละ15.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว[1] ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น จะพบการเปลี่ยนแปลงตามวัยหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อ ซึ่งโรคต่างๆ ที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ล้วนเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยสูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทย พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ มากกว่า 6 ล้านคนโดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า[2] กลุ่มนักวิชาการโรคข้อเข่าเสื่อมยืนยันว่าอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ในจำนวนนี้ กว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี ตำแหน่งของข้อที่มักพบการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง และข้อเท้า แต่ข้อที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการเจ็บป่วยและการรับบริการ มากที่สุด คือข้อเข่า ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม โรคจะดำเนินไปมากกว่าเดิม ทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ก็ทำได้ ไม่สะดวก จะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา เป้าหมายในการรักษาโรคข้อ เข่าเสื่อมนั้น คือการบรรเทาอาการปวด และเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว การรักษาประกอบด้วย กายบริหารบำบัดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของข้อเข่าและเพิ่มพิสัยของข้อ การลดน้ำหนักตัวให้อยู่ ในเกณฑ์มาตรฐาน[3] ทั้งนี้อาจใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาแบบใช้ยา (Pharmacological therapy) ซึ่งได้แก่ กลุ่มยา แก้ปวดพื้นฐานทั้งการรับประทานและยาทาเฉพาะที่ โดยในระยะที่มีการอักเสบและปวดผู้ป่วยจำเป็นต้อง ได้รับการรักษาโดยใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดและควบคุมการอักเสบ แต่การได้ยาแก้ปวด ผู้ป่วยต้องเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มยาต้านการอักเสบ (NSAID) เช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน[4] นอกจาก การรักษาด้วยยาแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายเพื่อคงสภาพการทำงาน ของข้อกล้ามเนื้อ และ บรรเทาความปวด การประคบร้อนหรือเย็น การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด เช่น เครื่องอัลตร้าซาวด์ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและลดอาการปวด[5] ภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ (Osteoarthritis) เป็นการเสื่อมแบบปฐมภูมิ เกิดจากการเสื่อม ของกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อที่หุ้มข้อเข่าจากกระบวนการเสื่อมของวัยชรา เกิดพยาธิสภาพของข้อ โดยไม่มี อาการอักเสบเป็นอาการสึกหรอ[6] ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับการสร้างเสริมสุขภาพการเสริมสร้างป้องกันภาวะเข่าเสื่อมไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การให้ความรู้เรื่องโรค และคำแนะนำในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การบริหารกล้ามเนื้อขา การประคบความร้อน การประคบความเย็น และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อม และเมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมมากขึ้น[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมของเตือนจิตต์ ช่วยจันทร์ และ คณะ พบว่า บุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป

มีข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 57.14 โดยมีความรุนแรงระดับเริ่มมีอาการของ ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 24.76 ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.52 และระดับรุนแรง ร้อยละ 12.86 โดยบุคคลที่เป็นโรค ข้อเข่าเสื่อม มีปัญหาและต้องการการดูแลด้านอาการปวดข้อเข่า ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านการบริการสุขภาพ 2) รูปแบบการจัดการโรค ประกอบด้วย อสม.ทำหน้าที่คัดกรองข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติ ทำาการอบรมให้ความรู้ ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลในบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง พยาบาลเวชปฏิบัติ และอสม.ทำการ เยี่ยมบ้านร่วมกัน 3) หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนฯ บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการจัดการ ตนเองดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากสถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลยางสีสุราช ปี 2563-2564 พบว่ามีภาวะข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 74, 86 ตามลำดับ และในตำบลยางสีสุราชซึ่งเป็นตำบลนำร่องในการดูแลผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้นจำนวน 1,009 คน เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 402 ราย ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่มากที่สุดในผู้สูงอายุจนบางรายกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล โรคเข่าเสื่อมทางการแพทย์แผนไทยจัดอยู่ ในโรคลมชนิดหนึ่ง คือ ลมจับโปง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคจับโปงแห้งเข่า และโรคจับโปงน้ำเข่า โดยโรคจับโปงแห้งเข่าคือ อาการปวดบวมเข่าเวลาเดินเปลี่ยนอิริยาบถ มีความร้อนรอบเข่า มีภาวะนั่งยอง ๆ ไม่ได้ ขณะเดินมีเสียงกรอบแกรบร่วมด้วย โรคจับโปงน้ำเข่าคือ อาการปวด บวม แดง ร้อน และอาจมีไข้ร่วมด้วย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องข้อเข่าเพิ่มขึ้น แนวทางการรักษาข้อเข่าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพร มีทั้งชนิดที่เป็นยารับประทานและยาใช้ภายนอก การรักษาด้วยหัตถการ เช่น การนวดไทยแบบราชสานัก การนวดแบบเชลยศักดิ์ มีการใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยขึ้น โดยการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองด้วยการยืดเหยียด การนวดตนเองหรือผู้ดูแลหลักในครอบครัว ร่วมกับการพอกเข่าและการใช้ท่าฤาษีดัดตน ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหรือโรคจับโปงเข่าแห้งในชุมชน เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของข้อเข่าลดความรุนแรงของโรค และเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยผู้ดูแลหลักในครอบครัว ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Quasi-experimental research; two group pre-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 - มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและแพทย์แผนไทยวินิจฉัยว่าเป็นลมจับโปงแห้ง มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว และยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออกคือ มีแผลหรือการติดเชื้อ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณเข่า และเคยรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และ 2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 80 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุหรืออยู่ในระแวงบ้านเดียวกัน มีโทรศัพท์และสามารถสื่อสารผ่านไลน์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการดูแผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วย

ศาสตร์แพทย์แผนไทย ประกอบด้วย (1) การเหยียดกล้ามเนื้อท่านั่ง (กระดกปลายเท้าขึ้น-ลง) 20 ครั้ง (2) การนวดบริเวณขาท่อนบน 5 รอบ (3) การนวดบริเวณปลีน่องน่อง 5 รอบ (4) นวดดึงใต้พับเข่า 5 รอบ ประมาณอย่างละ 5 นาที โดยผู้ดูแลในครอบครัว (5) การพอกเข่า 20 นาที (6) กระดกปลายเท้า ขึ้น-ลง ท่านอน 20 ครั้ง (7) ท่าฤาษีดัดตน ท่าที่ 6 แก้กล่อนและแก้เข่าขัด จำนวน 5 ครั้ง 2) สื่อวิดีโอการสอนเกี่ยวกับท่าในการฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผน 7 ท่า และ 3) แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคจับโปงแห้งเข่า โรงพยาบาลยางสีสุราช

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติมคำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ประวัติการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคประจำตัวอื่น และระยะเวลาที่มีอาการปวดเข่า

2) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามเกี่ยวกับโรคข้อเข้าเสื่อมจำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การพอกเข่า การประเมินอาการปวด และการประเมินการส่งรายงาน มีตัวเลือกของคำตอบเป็นถูก-ผิด มีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-5 การแปลผล คะแนนสูงแปลผลว่ามีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลระดับสูง คะแนนต่ำแปลผลว่ามีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลระดับต่ำ

3) แบบประเมินโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อเกี่ยวกับอาการปวด ข้อฝืด ติดขัด และ ข้อจำกัดของข้อเข่าที่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรม แต่ละข้อคำถามมีคำตอบ 5 ตัวเลือก แยกตามระดับความรุนแรง คือ อาการปวด ข้อฝืด ติดขัด และข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว เช่น ไม่มีอาการปวด/ไม่มีอาการฝืด ติดขัด (4 คะแนน) ปวดเล็กน้อย/มีอาการฝืด ติดขัดเล็กน้อย (3 คะแนน) ปวดปานกลาง/มีอาการฝืด ติดขัด ปานกลาง (2 คะแนน) ปวดมาก/มีอาการฝืด ติดขัดมาก (1 คะแนน) และปวด/ฝืด ติดขัดมากจนไม่สามารถ ลุกได้ (0 คะแนน) โดยการเลือกตอบแต่ละข้อคำถามให้เลือกได้เพียงค าตอบเดียวที่ตรงกับอาการที่เกิดขึ้น มากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผลคะแนนรวมทั้ง 12 ข้อ เท่ากับ 48 คะแนน นำมาแปลระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

4) แบบประเมินอาการปวด มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบ 11ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่ปวดเลย) ถึง 10 คะแนน (ปวดมากที่สุด ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้)

ขั้นตอนการวิจัย

1.การจัดอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคจับโปงแห้ง ให้กับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) 19 ท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 13 ท่าน เพื่อให้เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยปัญหาข้อเข่าเสื่อม โดยหัวข้อในการอบรม

1.1 แบบสอบถามก่อนเข้าอบรม

1.2 การให้ความรู้ทฤษฎี กลไกลการเกิดโรคของโรคข้อเข่าเสื่อมแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

1.3 การฝึกการตรวจโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การประเมินผู้ป่วย

1.4 การให้ความรู้ทฤฎีของขั้นตอนในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 7 ขั้นตอนและการพอกเข่า

1.5 ฝึกปฏิบัติการขั้นตอนในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 7 ขั้นตอน ฝึกผสมยาและพอกเข่า

1.6 การฝึกบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การประเมินระดับความเจ็บปวด การรายงานผลการรักษา ก่อน – หลัง ได้รับการรักษาทางไลน์

1.7 แบบสอบถามหลังเข้าอบรม

2.การติดตาม ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา
ข้อเข่าเสื่อม โดยมีขั้นตอนการให้การดูแล ดังนี้

1. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ท่านั่ง โดยนั่งตัวตรงเหยียดขาข้างที่เป็นไปด้านหน้าให้สุด กระดกปลายเท้าขึ้น ค้างไว้ 10 วินาที กลับมาท่าเดิม ทำซ้ำ 10 รอบ (20 ครั้ง)




2. การนวดบริเวณขาท่อนบนด้านใน ใช้มือทั้งสองข้าง นิ้วทั้ง 4 นิ้ว วางบริเวณขาท่อนบนด้านล่าง ลักษณะท่าหงายมือนิ้วกลางชนกันกดดันขึ้นด้านบนจากบริเวณ ขาท่อนบนชิดบริเวณเข่าจนถึงบริเวณโคนขา จากนั้นให้กลับไปนวดซ้ำ จนครบ 5 รอบ




3. การนวดบริเวณปลีน่อง ให้ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง ชนกันกดบริเวณขาท่อนล่างด้านในแนวเส้นเอ็นร้อยหวาย กดด้านบน ลงด้านล่าง จนถึงเอ็นร้อยหวาย ทำซ้ำจนครบ 5 รอบ




4. การดึงใต้พับเข่า ใช้ มือทั้ง 2 ข้าง 4 นิ้ววางบริเวณใต้พับเข่า แล้วออกแรงกดเข้าไปที่บริเวณด้านในข้อพับเข่าดึงขึ้นใช้หลักการ หน่วง เน้น นิ่ง ทำซ้ำจนครบ 5 รอบ




5. การพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร (สูตรของพ่อหมอบุญทอง บุตรธรรมมา หมอพื้นบ้านโรงพยาบาลขุนหาญ รพ.ขุนหาญ จ.ศรีสะเกษ) ส่วนผสมประกอบด้วย

5.1 กลุ่มผงยาพอกเข่า มี ดองดึง 100 กรัม ซึ่งดองดึงมีสรรพคุณดูดพิษจากอาการอักเสบและบวมออกจากเข่า แป้งข้าวเจ้า 500 กรัม แป้งข้าวหมาก 2 ลูก และดินเหนียวท้องนาสมัยโบราณ หรือดินสอพอง





5.2 กลุ่มน้ำยาพอกเข่า มี น้ำมันไพลสกัด 1,000 มิลลิลิตร น้ำมันงา 20 มิลลิลิตร น้ำมันขิง 100 มิลลิลิตร การบูร 100 กรัม เมนทอล 50 กรัม และพิมเสน 25 กรัม ผสมให้เข้ากันตามสัดส่วน

น้ำมันไพล น้ำมันงา น้ำมันขิง







การบูร พิมเสน เมลทอล







5.3 การทำน้ำด่าง มีปูนแดง 20 กรัม และน้ำเปล่า 1 ลิตร





ปูนแดง ปูนแดง + น้ำ น้ำปูนใส

วิธีในการทำ คือ นำส่วนผสมกลุ่มที่ 1 มาบดให้ละเอียด คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้วพักไว้ จากนั้นนำส่วนผสมกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 (น้ำยาพอกเข่า) มาผสมคลุกเคล้าให้เข้ากัน ในอัตราส่วน ผง 70 กรัม ต่อน้ำยาพอกเข่า 1 ช้อนโต๊ะ แล้วจึงใช้มือนวดส่วนผสมทั้งสองส่วนให้เข้ากัน จากนั้นเติมส่วนผสมน้ำด่างปริมาณ 3 ช้อนโต๊ะ และนวดยาทั้งสามส่วนให้เป็นเนื้อเดียวกัน จนเหนียวและนุ่มพอเหมาะ จึงนำไปพอกเข่าโดย นำยามาพอกเข่าทิ้งไว้ 20 นาที เมื่อยาแห้งให้ตบบริเวณที่พอกยาแล้วลูบตัวยาออก


ชุดยาพอกเข่า


การพอกเข่า


การนำยาพอกเข่าออก

6. หลังพอกยาเสร็จให้นอนหงาย กระดกปลายเท้าขึ้น - ลงจำนวน 20 ครั้ง


กระดกปลายเท้าขึ้น


กระดกปลายเท้าลง

7. ท่ากายบริหารด้วยฤาษีดัดตน ท่านี้จะช่วย แก้กล่อน (คือ ความเสื่อมของอวัยวะ) และแก้ เข่าขัด ซึ่งเป็นการบริหารบริเวณเข่า หลัง เอว

7.1 ท่าเตรียม นั่งเหยียดขาทั้งสองข้างเท้าชิดกัน มือทั้งสองข้างวางไว้บริเวณหน้าขา หน้าตรง หลังตรง

7.2 ท่าบริหาร สูดลมหายใจเข้าให้ลึกที่สุดพร้อมกับใช้มือทั้งสองข้างนวดตั้งแต่ต้นขา ต่อเนื่องไปจนถึงปลายเท้า ใช้มือจับปลายเท้าและก้มหน้าให้ มากที่สุด กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับคลาย มือจากปลายเท้า

7.3 นวดจากข้อเท้ากลับขึ้นมา จนถึงต้นขา แล้วกลับมาอยู่ในท่าเตรียม






ผลการวิจัย

ตารางที่ 1. การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลักในครอบครัวของกลุ่มทดลองในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคจับโปงแห้ง ก่อนและหลังการเข้าอบรมทักษะ

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Mean difference	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	1.82	1.92	4.30	0.98	2.50	< 0.001
การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	2.14	1.87	4.82	1.02	2.70	< 0.001
การพอกเข่า	1.98	2.10	4.47	1.06	2.50	< 0.001
การประเมิน pain score	1.62	1.98	4.59	1.09	2.90	< 0.001
การประเมินการส่งรายงาน จนท.	2.18	2.13	4.86	0.95	2.82	< 0.001

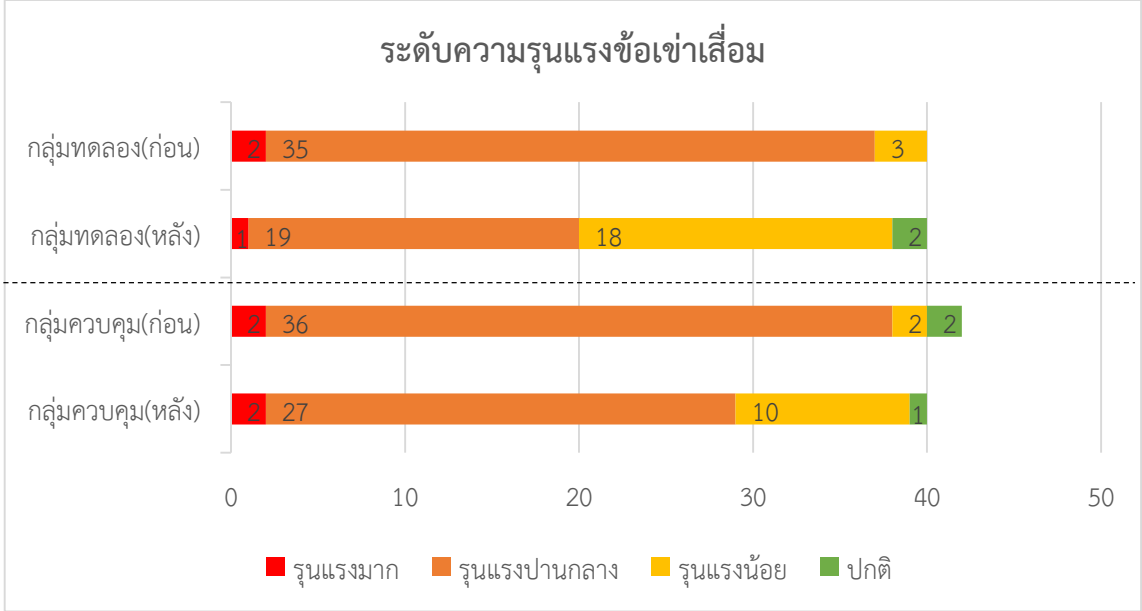
จากการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคจับโปงแห้ง ก่อนและหลังการเข้าอบรมทักษะ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value < 0.001) เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

เพศ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 80 ราย พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพศทั้งสองกลุ่มสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

อายุเฉลี่ย พบว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ซึ่งทั้งสองกลุ่มอายุช่วงอายุ อยู่ที่ช่วงอายุ 60 – 70 ปี มีความใกล้เคียงกัน

น้ำหนัก พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีน้ำหนักในช่วง 61 -70 กิโลกรัม จะเห็นได้ว่าน้ำหนักทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม



จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความยาวของส้นเท้า ความโก่งของเข่า การงอขาชิดก้น และpain score ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Mean difference	(95% CI)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD		Lower	Upper	
ความยาวของส้นเท้า	1.85	0.61	0.84	0.61	1.01	0.77	1.25	< 0.0001
ความโก่งของเข่า	3.45	1.10	1.63	0.71	1.83	1.55	2.10	< 0.0001
การงอขาชิดก้น	3.55	0.09	1.65	0.75	1.90	1.60	2.20	< 0.0001
pain score	5.45	1.23	3.05	1.23	2.40	2.12	2.22	< 0.0001

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบพบว่า ความยาวของส้นเท้า ความโก่งของเข่า การงอขาชิดก้น และpain score ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (P-value < 0.0001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความยาวของส้นเท้า ความโก่งของเข่า การงอขาชิดก้น และpain score ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Mean difference	(95% CI)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD		Lower	Upper	
ความยาวของส้นเท้า	1.93	0.65	1.80	0.66	0.13	- .21	0.46	0.45
ความโก่งของเข่า	3.10	0.86	3.05	0.87	0.5	- .46	0.56	0.84
การงอขาชิดก้น	3.70	0.92	3.95	0.99	0.25	- .93	0.43	0.45
pain score	5.50	1.10	5.95	0.99	0.45	- .92	0.02	0.17

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบพบว่า ความยาวของส้นเท้า ความโก่งของเข่า การงอขาชิดก้น และpain score ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความยาวของส้นเท้า ความโก่งของเข่า การงอขาชิดก้น และpain score ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	(95% CI)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD		Lower	Upper	
ความยาวของส้นเท้า	0.76	0.55	1.60	0.66	1.03	0.65	1.42	< 0.0001
ความโก่งของเข่า	1.62	0.70	3.05	0.59	1.42	0.91	1.93	< 0.0001
การงอขาชิดก้น	1.65	0.75	3.95	0.99	2.30	1.73	2.66	< 0.0001
pain score	3.10	1.25	5.95	0.99	2.85	2.12	3.57	< 0.0001

จากตาราง 5 เปรียบเทียบพบว่า ความยาวของส้นเท้า ความโก่งของเข่า การงอขาชิดก้น และ pain score ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม 0.05 (P-value < 0.0001)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง พบว่า ผู้เข้าอบรมดูแลในครอบครัวทั้ง 31 คน จากการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคจับโปงแห้ง ก่อนและหลังการเข้าอบรมทักษะ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value < 0.0001) ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มทดลอง Mean=26.54, S.D 11.20 กลุ่มควบคุม = 29.63,S.D 12.06 ; p< 0.05) และคะแนนเฉลี่ยอาการปวดลดลงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (กลุ่มทดลอง Mean = 3.80,S.D 3.25 กลุ่มควบคุม = 6.53, S.D 3.25 ; p< 0.05) นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มทดลองมีความโก่งของเข่าลดลงและค่าเฉลี่ยของระยะห่างของส้นเท่ากับก้นลดลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean=4.53, S.D 2.20) สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางการดูแลรักษาเฉลี่ย 560 บาท/ราย และลดการแออัด การรอคอยในโรงพยาบาล

สอดคล้องกับ การศึกษาผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน เก็บ รวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินระดับอาการปวดเข่า (visual rating scale: VRS) วัดองศาการเคลื่อนไหวของ ข้อเข่า และตอบแบบสอบถามประเมินดัชนีคุณภาพชีวิต (QLI) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างก่อน และหลังการพอกยาของระดับอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าโดยใช้สถิติ Paired-t-test ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดเข่าองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อ เข่าเสื่อม (Thai modified WOMAC ฉบับภาษาไทย และ Oxford knee score ฉบับภาษาไทย) และแบบประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพกาย ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p>0.05) ในขณะที่ดัชนีคุณภาพชีวิตด้าน จิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p>0.05) จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่า การพอกเข่าตำรับพ่อหมอบุญทอง บุตรธรรมมา สามารถเป็นแนวทางในการรักษาผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าจากภาวะข้อเข่า สัณหจุฑา พวงมาลา และคณะ[18]

สอดคล้องกับ โปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยการสอนโดยใช้คู่มือท่าบริหารและแผ่นพับการนวดกดจุดตนเองแก้อาการปวดเข่า การสาธิตและฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกายและการนวดกดจุดด้วยตนเอง สาธิตวิธีทำและการใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร การปฏิบัติตัวในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันเพื่อลดอาการปวดเข่า การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองนั้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการปวดเข่าและพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดเข่า การรับรู้ความสามารถตนเองความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดเข่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความเจ็บปวดเข่าลดลง จากผลของโปรแกรมสุขศึกษานี้สามารถนำไปใช้เพื่อลดอาการเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ เมื่ออาการปวดของเข่าลดลงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข สามารถไปประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อีกด้วย เพ็ญศิริ จันทร์แอ และคณะ[16]

สอดคล้องกับ การศึกษาผลของการบริหารกายแบบฤาษีดัดตนต่อการลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุก่อนและหลังรักษาด้วยการบริหารกายแบบฤาษีดัดตน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าในตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ Paired Sample T-test ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการรักษาผู้สูงอายุมีระดับ

ความปวดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4-5 มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และหลังการรักษาด้วยการบริหารกายแบบฤาษีดัดตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดน้อยลง โดยส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ระหว่าง 1-3 มีจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และภายหลังจากการรักษาอาการปวดเข่าด้วยการบริหารกายแบบฤาษีดัดตน กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการปวดลดลง มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดเป็น 3.20 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.28 โดยค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงเท่ากับ 3.82 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p <0.001ธีรนุช กอโพธิ์ศรี และยงยุทธ วัชรดุลย์[13]

ข้อเสนอแนะ

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลยางสีสุราช พบว่าส่งผลต่อระยะห่างส้นเท้า ระดับความโก่งของเข่า การงอพับขาที่ดีขึ้นและความเจ็บปวดลดลง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ สามารถเดินได้สะดวกคล่องตัวยิ่งขึ้น จึงสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลลงในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วย ลดรอคอยและเกิดความพึงพอใจ ญาติและผู้ดูแลหลักมีการดูแลกันมากขึ้น การใส่ใจในชุมชน ครอบครัว และการติดตามผลและการรายงานผลของผู้ป่วยที่ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท. (2548). หัตถเวชกรรมแผนไทย(นวดแบบราช สำนัก). กระทรวงสาธารณสุข.

2.ปองจิตร ภัทรนาวิก. พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2549; 24(2):71-81.

3.สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง. ผลของการใช้ โปรแกรมการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา ต่อระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมตามวัย [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. นครศรี ธรรมราช:มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์;2551

4.สุธิตา ปักสังคเน. (2554). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองต่อการลดความเจ็บปวดและความพึงพอใจของ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม.วารสารวิจัย มข. มกราคม ปี 2554.

5.กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์สมผสาน. นนทบุรี : โรงพิมพ์เฟมัสแอนด์ซัคเซ้สฟูล, 2556

6.กรมการแพทย์. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2557

7.Narin R, Taunrat W, Booncheang W. Development of a community participation program for caring older adults with knee osteoarthritis. Nursing Journal. 2015; 42(3); 170-81.

8.สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข (2559). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน.

9.โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. การพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์แผนไทยโดยใช้แผ่นพอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า, 2559

10.จันทร์จิรา เกิดวัน, จิราภรณ์ บุญอินทร์, ชุติมา ธีระสมบัติ, วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล. การสำรวจความชุกของ โรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด. 2559;38(2):59-70

11.เตือนจิตต์ ช่วยจันทร์, สุทธีพร มูลศาสตร์, ดนัย หีบท่าไม้. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม ในชุมชนโดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(2):43-59.

12.ศิริพร แย้มมูล, เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, อิศรา ศิรมณีรัตน์. (2561). ประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยตำรับสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคจับโปงแห้งเข่า โรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 1(1),16-27

13.ธีรนุช กอโพธิ์ศรี และยงยุทธ วัชรดุล (2562) . ผลของการบริหารกายแบบฤาษีดัดตนตอการลดอาการปวดเขาผู้สูงอายุ ตำบลหมูมน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิรน (2562) ;16(2): 306-307

14.อณิษฐา หาญภักดีนิยม. นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อการพัฒนาประเทศในอาเซียน. วารสารพุทธ อาเซียนศึกษา. 2563;5(1):55-70.

15.จิรวัฒน์ วัฒนปัญญาเวชช์, ชาคริต สัตยารมณ์, ฐานิยา กลิ่นโสภณ, สุดารัตน์ บริสุทธิ์. การพัฒนาอุปกรณ์ประคบร้อนและเย็นแบบใช้ซ้ำจากดินเหนียว. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35(6):694-9

16.เพ็ญศิริ จันทร์แอ และคณะ การประยุกต์ใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทยเพื่อลดอาการเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองในผู้สูงอายุ บ้านหนองบัวหลวง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร วารสารวิชาการเทคโนโลยีการจัดการ. (2564) ;2(1): 30-34

17.ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565 ;(1):971-972.

18.สัณหจุฑา พวงมาลา และคณะ การศึกษาประสิทธิผลและประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตของยาพอกเข่าในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า การประชุมวิชาการระดับชาติ 4 สถาบัน ครั้งที่ 3 (2566)112-114 สืบค้นจาก https://orientalmed.rsu.ac.th/Doc/20230914042921/7%20Sanhajutha.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2567

การพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชนอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Development of palliative care services for end of life patients connected to the community in Na Chueak District, Maha Sarakham Province.

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

นิยากร อินทะขัน[1]
Niyakorn Inthakhan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะท้ายในเขตอำเภอนาเชือก จำนวน 48 ราย ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565– มิถุนายน 2566 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่1)แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2)แบบประเมินPPS v2 3)แบบประเมินESAS 4)แบบฟอร์มการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 5)แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า *ระยะวิเคราะห์สถานการณ์* 1)พบแนวโน้มของผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนมากขึ้น 2)บุคลากรสาธารณสุขยังขาดความเชี่ยวชาญและทักษะในการประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแลที่ไม่ครอบคลุม 3)การวางแผนการจำหน่ายและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลต่อเนื่องไม่ชัดเจน 4)แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ชัดเจน 5)การวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค 6)ความไม่เพียงพอด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์และยาเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและจัดการอาการอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง *ระยะการพัฒนา* ได้ดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ 1) มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการดูแลและการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ 2)มีช่องทางการสื่อสารแบบสองทางเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเข้าถึงการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านช่องทางโทรศัพท์, ไลน์กลุ่ม,โปรแกรมSmart COC 3)บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาสมรรถนะจนเกิดทักษะและมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เชื่อมโยงการให้บริการเชิงรุกในชุมชน 4)มีเครือข่ายชุมชนในติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง *ระยะประเมินผล* พบว่า1)ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 98 2)ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 80.46 3)ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงยาชนิดOpioidsในการบรรเทาอาการปวดและหอบเหนื่อย ร้อยละ 57.57 4)ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ98 5)ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยประคับประคองต่อบริการพยาบาลแบบประคับ ประคองในร้อยละ 96

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะท้าย

Abstract

This action research aimed to develop palliative care services for end of life patients connected to the community in Na Chueak District, Maha Sarakham Province. The research based on the concept of Kemmis & McTaggart's, using a community-based palliative care model and a family meeting process. Sample size were 48 end of life patients in Na Chueak District, 2) 48 caregivers, and 3) 19 public health personnel. The study was conducted between July 2022 and June 2023. The study is tools include 1) End of life patients data recording form. 2) Palliative Performance Scale for adult Suandok version 2 form (PPS v2) 3) Edmonton Symptom Assessment System form (ESAS) 4) Thai standards for advance care planning form 5) End of life patients family satisfaction assessment form Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

[1] พย.บ.โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

The results revealed that situation analysis phase 1) Increasing demand for palliative care services. 2) Public health personnel faced skill gaps in assessing and planning comprehensive care. 3) Issues with discharge planning and continuity of care. 4) Lack of clear nursing guidelines. 5) Advance care planning did not cover all disease groups. 6) adequate tools and medications for symptom relief various disturbing symptoms. Development phase: 2 development cycles were carried out by 1) There were nursing practices for end of life patients in the hospital to the community using the nursing process for effective care and discharge planning. 2) Established communication channels for 24-hour patient and family support. 3)Strengthened public health personnel skills. 4) built a community network for ongoing home-based care. The results revealed that evaluation phase 1) End of life patients receive palliative care 98 % 2) End of life patients received advance care planning 80.46 % 3) End of life patients had access to Opioids to relieve pain and shortness of breath 57.57 % 4) End of life patients received home visits 98% 5) The family satisfaction of palliative care patients with palliative care nursing services 96%.

Keywords: Palliative care, End of life patients

บทนำ

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตาย สาเหตุการป่วยร้อยละ71 มาจากโรคไม่ติดต่อ[1] สาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทยคือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์อุบัติเหตุและโรคหัวใจ การพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทางการแพทย์หมายถึงมีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ในอดีตซึ่ง ไม่สามารถรักษาได้หรือการรักษาไม่ได้ผลดีในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มี ชีวิตยาวนานขึ้น ขณะเดียวกันเทคโนโลยีเหล่านี้ถูกนำมาใช้ในการยื้อความตายในผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะท้ายซึ่ง การใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ต่อไป แต่สร้างความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็น ทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตหรือโรคที่จำกัดอายุไข โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวม ปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว[2]

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 -2579 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข และทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตโดยมีเป้าหมาย“ประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่ มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน โดยกำหนดเป้าหมายและมาตรการสำคัญให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด (สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)[3] จากยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้านนั้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ”ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาที่สำคัญของประเทศ ซึ่งสาขาการดูแลแบบประคับประคองเป็นสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองส่งผลให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการรบกวนต่างๆ โดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

จากสถานการณ์การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2559-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายเข้ารับบริการในปี 2559-2565 จำนวน 22 ราย ,41 ราย,64 ราย,49 ราย, 56 ราย, 69 ราย, และ 62 ราย ตามลำดับ ซึ่งในปี2565 ผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งมีจำนวน 32 ราย พบมากที่สุดคือ โรคมะเร็งปอด และกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งจำนวน 30 ราย พบมากที่สุดคือ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนมากขึ้น บุคลากรสาธารณสุขยังขาดความเชี่ยวชาญและทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคและยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองใช้เฉพาะกับกลุ่มใกล้เสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดการสื่อสารในการมีส่วนร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้า ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในวาระสุดท้ายของชีวิต ความไม่เพียงพอของเครื่องมืออุปกรณ์และยาเพื่อลดอาการต่างๆ เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายและแนวทางการดูแลที่ยังไม่ชัดเจนตลอดจนการให้คำปรึกษาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การประสานงานความร่วมมือการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและขาดการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มติดเตียง สูงอายุอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและจัดการอาการอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ไม่ได้รับบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน โดยเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ ลดการre-admission[4]ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม สามารถใช้ชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว[4]

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย ระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอน Planning-Action-Observation-Reflection ใช้กระบวนการจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (Family Meeting) และใช้รูปแบบการดูแลโดยชุมชน (Community-based Palliative Care) ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะการพัฒนา และระยะประเมินผล โดยการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดชีวิต(life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัดเยียวยาและบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วยทั้งนี้อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ[5]

ขอบเขตการวิจัย พื้นที่ศึกษา คือ เขตอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะท้ายในเขตอำเภอนาเชือก จำนวน 48 ราย

2. ญาติผู้ดูแล จำนวน 48 ราย

3. ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 19 คน ได้แก่ แพทย์เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผู้จัดการรายกรณี พยาบาลวิชาชีพแผนกคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ปี 2565-2566 โดยดำเนินการ 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2565 - มกราคม 66 วงรอบที่ 2 ดำเนินการในเดือน กุมภาพันธ์ 66 – มิถุนายน 66

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก version 2 (Palliative Performance Scale for adult Suandok version 2)

3. แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

4. แบบฟอร์มการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ.2565

5. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง (กองการพยาบาล)

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้ข้อมูล 2 ส่วนคือ

1. จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่ามีงานวิจัยส่วนหนึ่งศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่[6] ประกอบด้วย 1) พัฒนาด้าน ศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ. จนถึงชุมชนพร้อมบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ 4) จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดยแพทย์และพยาบาล Manager ประเมินผลพบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งมีการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์จากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม[7] พบว่า รูปแบบรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) จัดทำ CPG ใน รพ. จนถึงชุมชน พร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนากระบวนการดูแล ทางการพยาบาล (CNPG) 5 เรื่อง 4) กำหนดช่องทาง ด่วนในการเบิก/สนับสนุนยา อุปกรณ์ และ 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนสู่การพัฒนาปรับปรุง จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ได้กล่าวถึงพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในการบูรณาการร่วมกับงานดูแลระยะยาวและงานโรคเรื้อรังในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าทั้งในสถานพยาบาลและเชิงรุกในชุมชุม

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการการดูแลและประเด็นปัญหาต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care และการทบทวนเวชระเบียน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปประเด็นปัญหา พบว่าจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น มีทั้งกลุ่มโรคมะเร็ง

โดยที่พบมากที่สุดคือ โรคมะเร็งปอด และกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง พบมากที่สุดคือโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนมากขึ้น การวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคและยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองใช้เฉพาะกับกลุ่มใกล้เสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในวาระสุดท้ายของชีวิต ความไม่เพียงพอของเครื่องมือ/อุปกรณ์และยาเพื่อลดอาการต่างๆ บุคลากรสาธารณสุขยังขาดความเชี่ยวชาญและทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายและแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ.จนถึงชุมชนพร้อมทั้งบทบาทหน้าที่ที่ยังไม่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและขาดการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มติดเตียง สูงอายุ อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลไม่ทราบถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล แนวทางการดูแลที่บ้านที่ยังไม่มีการบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและจัดการอาการอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา มีการวางแผนการดำเนินการพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย การนำผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผลการวิเคราะห์สถานการณ์นำเสนอโดยการเสวนากลุ่มร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมายการพัฒนา และวางแผนการพัฒนาร่วมกัน เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้วงรอบพัฒนา 2 วงรอบ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ติดตามการปฏิบัติงานจากการนำกิจกรรมการปฏิบัติแนวทางการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้จริง ร่วมกันปรึกษาหารือและรับฟังความคิดเห็นปัญหาอุปสรรค ประเมินผลขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมและปรับปรุงการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

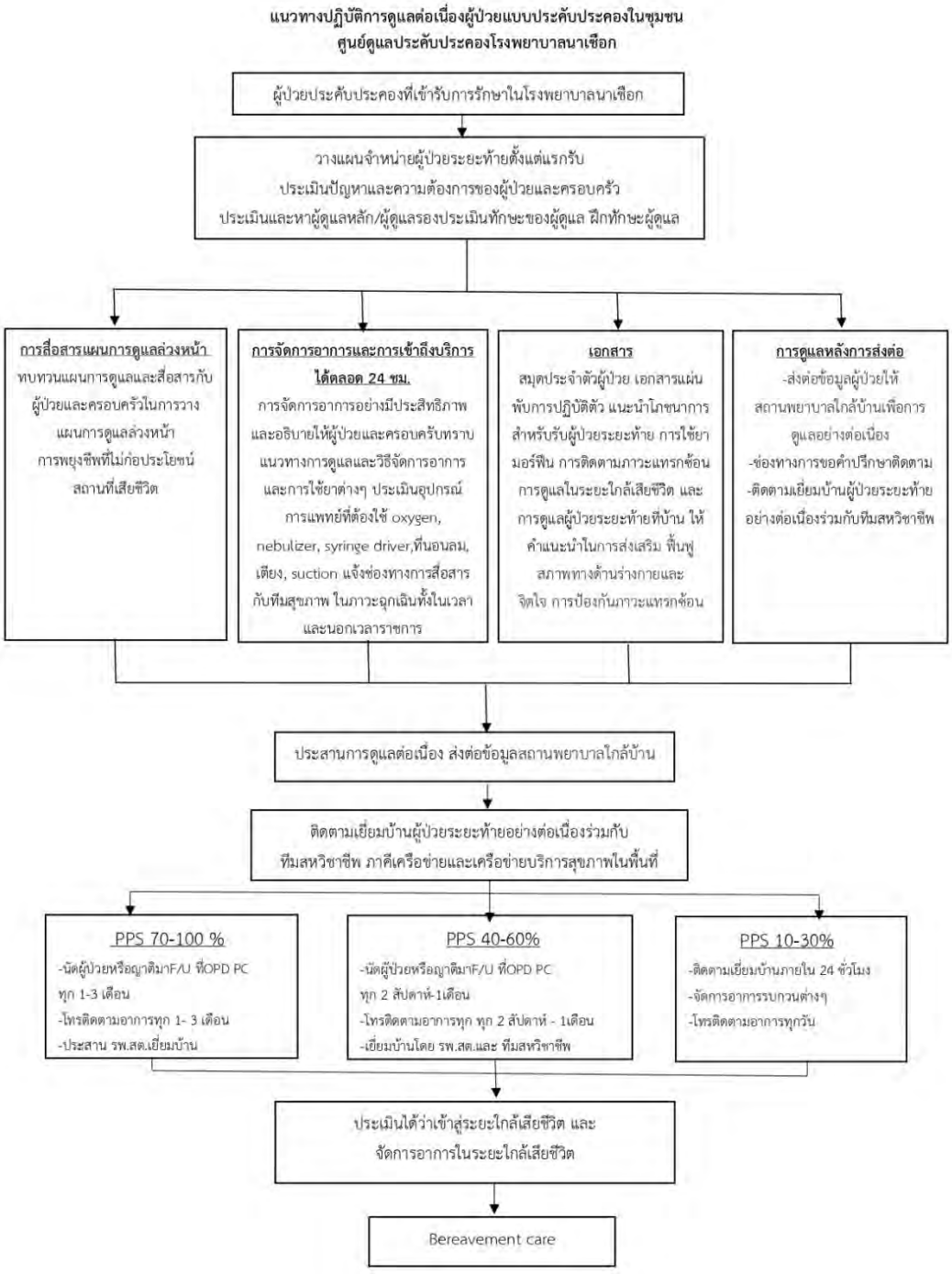
เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา เชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนาเชือก เลขที่ EC 2565-013 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2565 โดยในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา ผลการศึกษาดังนี้

ด้านสถานการณ์ปัญหา พบว่า 1) ด้านบุคลากร บุคลากรสาธารณสุขยังขาดความเชี่ยวชาญและทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 2) ด้านการดำเนินงาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและการขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้องที่ยังไม่ชัดเจน 3) ด้านอุปกรณ์ ความไม่เพียงพอของเครื่องมือ/อุปกรณ์และยาเพื่อลดอาการต่างๆ 4) ด้านบริบทพื้นที่ มีผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ขาดการเข้าถึงบริการ ไม่ได้รับการดูแลและการจัดการอาการอย่างเหมาะสม **ด้านการจัดบริการ** พบว่า1) ผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลนาเชือกได้รับการคัดกรองตามข้อบ่งชี้[2] (Inclusion criteria) ตามแนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองและการให้บริการแบบประคับประคองของศูนย์ดูแลประคับประคองรพ.นาเชือก2) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการการประเมินปัญหาและความต้องการครอบคลุมทุกมิติ กาย/จิตใจ/อารมณ์/สังคม/จิตวิญญาณ



ภาพที่ 1 ภาพแสดงแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนโรงพยาบาลนาเชือก

3) ทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้า[9,10,11] ทั้งในสถานพยาบาลและเชิงรุกในชุมชุม มีการบันทึกข้อมูลไว้ในเวชระเบียน และบันทึกในระบบ E-claim บันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการ ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการ ดูแลที่บ้าน

ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า[9,10,11]

4) ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิตในการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ครอบคลุมองค์รวมตามแนวทางการดูแลและสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ5) ให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวตาม Goal of Care 6) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว/การวางแผนการจำหน่าย และมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก 7) การดูแลต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชนส่งต่อเครือข่ายใกล้บ้านเกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับอำเภอ ระดับตำบลและชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวหลังการเสียชีวิต ตามแนวทางการติดตามดูแต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านของศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก

เปรียบเทียบการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ประเด็น	การดำเนินงานแบบเดิม	การดำเนินงานแบบใหม่
บุคลากร	บุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลคับประคองไม่เพียงพอ -ไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลคับประคองที่เป็นผู้จัดการรายกรณีประจำตึกผู้ป่วยใน	แพทย์ เภสัช พยาบาล ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูประคับประคองและมีผู้จัดการรายกรณีประจำตึกผู้ป่วยในและทำงานเต็มเวลา -พัฒนาองค์ความรู้ เพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครชุมชนและผู้ดูแล
งบประมาณ	งบประมาณโรงพยาบาล	งบประมาณโรงพยาบาล,งบประมาณจากกลุ่มนาเชือกมินิมาราธอนภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนาเชือก
เครื่องมือ/อุปกรณ์/ยา	-อุปกรณ์ไม่เพียงพอ -ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังมีความกลัวและกังวลในการให้ยากลุ่มOpioids -ความไม่เพียงพอของยาMorphineและข้อจำกัดในการนำMorphineออกนอกสถานพยาบาล ไม่มียาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ Midazolam, fentanyl patch	-ได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพียงพอต่อความต้องการ มีระบบการยืม-คืน อุปกรณ์ชัดเจน -มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในการให้ยากลุ่ม Opioids มีการให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้ป่วยในการให้ยากลุ่ม Opioids ให้มีความมั่นใจในการได้รับยาภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ -ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้นเมื่อได้รับการจัดการอาการปวด/หอบเหนื่อยโดยการใช้ยากลุ่มOpioids -มีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานและเล็งเห็นถึงความ สำคัญของการใช้ยากลุ่มOpioids ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จนสามารถนำยาออกไปใช้นอกโรงพยาบาลได้และดำเนินการนำเข้ายา Midazolam ได้ -มีแนวทางการบริหารจัดการยาOpioidsไปใช้ที่บ้าน
กระบวนการดูแล	-ไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเป็นระบบ -ไม่มีทีมรับปรึกษาปัญหาผู้ป่วยที่ชัดเจน -บุคลากรในทีมสหวิชาชีพยังไม่เข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วย -ผู้ป่วยขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง	-มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่ในโรงพยาบาลเชื่อมโยงถึงชุมชน -มีทีมรับปรึกษาผู้ป่วยรายกรณี -มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ใน

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ประเด็น	การดำเนินงานแบบเดิม	การดำเนินงานแบบใหม่
	-การวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค	การปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ -มีเครือข่ายชุมชนในการติดตามดูแลต่อเนื่อง -ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนที่มีข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลมีทีมสหวิชาชีพออกติดตามดูแลที่บ้าน -มีแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือกตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้งในสถานพยาบาลและเชิงรุกในชุมชุม บูรณาการร่วมกับงาน LTC ,คลินิกโรคเรื้อรัง

ด้านผลลัพธ์การพัฒนา การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

1. มีแนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองศูนย์ดูแลประคับประคอง
2. มีแนวทางการขอรับการปรึกษา/ส่งต่อศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก
3. มีแนวทางการให้บริการแบบประคับประคองศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก
4. แนวทางการบริหารยาฉีดOpioidsไปใช้ที่บ้านศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก
5. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก
6. แนวทางปฏิบัติในการจัดการกับความเจ็บปวดโรงพยาบาลนาเชือก
7. มีแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลนาเชือก ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้งในสถานพยาบาลและเชิงรุกในชุมชุม
8. บุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมให้เกิดความเชี่ยวชาญและทักษะในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
9. มีการบูรณาการร่วมกับงาน LTC ,คลินิกโรคเรื้อรัง
10. จัดบริการผู้ป่วยนอกแบบคู่ขนานแพทย์คลินิคแผนไทยร่วมกับคลินิกประคับประคอง 1 วัน/สัปดาห์ให้บริการแบบ One Stop Service
11. เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์จากกลุ่มวิ่งนาเชือกมินิมาราธอน และ พชอ.อำเภอนาเชือก เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

*ผลลัพธ์เชิงปริมาณ*ด้านการดูแลผู้ป่วยตอบสนองตัวชี้วัดก่อนและหลัง การพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดง ผลลัพธ์เชิงปริมาณด้านการดูแลผู้ป่วยตอบสนองตัวชี้วัดก่อนและหลัง การพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปี2566 (ก.ย.65-มิ.ย. 66)
ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	≥ร้อยละ 80	92	95	96	98

ตารางที่ 2 ตารางแสดง ผลลัพธ์เชิงปริมาณด้านการดูแลผู้ป่วยตอบสนองตัวชี้วัดก่อนและหลัง การพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปี2566 (ก.ย.65-มิ.ย. 66)
ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	≥ร้อยละ 55	79.37	67.65	62.96	80.46
ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงยาชนิดOpioids ในการบรรเทาอาการปวดและหอบเหนื่อย	≥ร้อยละ 45	53.71	47.82	54.82	57.57
ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน	≥ร้อยละ 80	85	93	95	98
ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยประคับประคอง	≥ร้อยละ 80	85	93	95	96

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสารสิน กิตติโพวานนท์, รัตนาภรณ์ประชากูล[6] ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น การดูแลผู้ป่วยโดยรูปแบบการจัดการรายกรณี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม จากทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ลดความขัดแย้งในทีมสุขภาพ และลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพกับผู้รับบริการ สามารถนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆที่เป็น ปัญหาสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น มีคู่มือการดูแล แนวปฏิบัติต่างๆและผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงยาบรรเทาปวดได้รวดเร็วขึ้น สามารถจัดการอาการรบกวนได้ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเข้ารับการรักษาที่รพ. มีวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต(Good death) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา จันทะนุย,ภาคภูมิ อินทร์ม่วง,คำตัน ปินะโต,ศุภชัย แพงคำไหล[7] ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการนำทุกภาคส่วน : ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมก่อให้เกิดทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือการประสานงานที่ดี มีการนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาใช้ทั้งเครือข่าย ถอดบทเรียนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีครอบคลุมทุกมิติ

การศึกษาในครั้งนี้ทำให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นระบบ ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่โรงพยาบาลเชื่อมโยงถึงชุมชน เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และใช้วงรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาการจัดบริการภายใต้หลักการเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาครอบครัว ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการบนพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเครือข่ายชุมชน มีช่องทางเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเกิดขึ้นได้ตามบริบทของชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่าง

เป็นองค์รวม ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผลลัพธ์การพัฒนาสามารถ อภิปรายดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ : มีความพึงพอใจในการดูแลและจัดการอาการรบกวน พบว่ามีระดับความพึงพอใจของครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2. ด้านคุณภาพบริการ : ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการดูแลจัดการอาการไม่สุขสบายอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น

3. ด้านระบบบริการ : เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพภาคีเครือข่ายและองค์กรของชุมชนที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคามทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะท้าย ญาติผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ.คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus.กระทรวงสาธารณสุข.2565.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทาง การแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;2560.
4. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล,นภา หลิมรัตน์. Training of the Trainers in Palliative Care Module 7 Discharge Planning and Referral System and Home Care. พิมพ์ครั้งที่1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560
5. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล,ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care. พิมพ์ครั้งที่3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2564
6. สารสิน กิตติโพวานนท์, รัตนาภรณ์ประชากูล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(4):64-74
7. กาญจนา จันทะนุย,ภาคภูมิ อินทร์ม่วง,คำตัน ปินะโต,ศุภชัย แพงคำไหล .รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมี ส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม. วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; 8(1):129-145.

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
The Effect of Psychoeducation Program on the knowledge of caregivers of schizophrenia patients in the community.

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

กุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาว์[1]
Kunlayanitchaphong Wongnuphanao[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรองซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และครอบครัว จำนวน 22 คน โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ได้แก่ เป็นผู้ดูแลป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลองได้รับการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 2)แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล 3) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way Repeated Measure ANOVA.

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา, ความรู้ของผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Abstract

The current research endeavor was a quasi-experimental research study conducted with a sample group before and after the experiment. 1) The first objective of the study was to study the effects of the psychoeducation program on the knowledge of caregivers of patients with schizophrenia in the community and study sought to compare scores from the knowledge assessment of caregivers of patients with schizophrenia in the community before and after attending the psychoeducation program. The sample consisted of 22 caregivers of outpatients with schizophrenia in Nangrong Hospital who met the criteria and qualifications, along with their families. They were paired up based on similarities in qualifications as principal caregivers of patients with schizophrenia. The sample participated in the psychoeducation program for five weeks. The research tools were 1) the psychoeducation program and 2) the schizophrenia scale for caregivers, and 3) the medication adherence scale. Data were analyzed using One-way Repeated Measure ANOVA statistics.

The research results are as follows the knowledge scores of caregivers in the experimental group for patients with schizophrenia in the community. were significantly higher than before receiving the psychoeducation program at the statistical significance level of .05.

Key words: psychoeducation program, knowledge of caregivers, patients with schizophrenia in the community

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท(Schizophrenia) คือ ผู้ป่วยโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตที่พบบ่อยในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย[1]และ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนางรอง

ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและบุคคลในสังคมโดยเฉพาะโรคจิตเภทก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม2ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวตนเองและให้ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยดูแลและครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก[3] อ้างถึงใน [4] และเน้นให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่กับผู้ดูแลในชุมชน 5และให้ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครอบครัวรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่ออยู่ในชุมชน ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพามาพบแพทย์ตามนัด และการรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ อาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ บุหรี่และสารเสพติดทุกชนิด รวมทั้งการประสานเครือข่ายทางสังคมปัญหาที่เจอคือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักมีอาการทางจิตเหลืออยู่ ยังมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การรับรู้ที่แตกต่างจากคนทั่วไป เช่นอาการทางบวกได้แก่หูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมรุนแรง หรืออาการทางลบ เช่น พูดน้อย แยกตัว การแสดงอออกทางอารมณ์น้อยเป็นต้น[6] มีการใช้สารเสพติด ร่วมกับการรับประทานยารักษาอาการทางจิตนานๆทำให้เกิดความเบื่อหน่าย แรงจูงใจในการรับประทานยาลดลง เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมักเข้าใจผิดว่าหายจากโรคแล้ว สามารถหยุดรับประทานยารักษาอาการทางจิตได้ เกิดพฤติกรรมหยุดรับประทานยา ทิ้งยา หรืออาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจึงเลือกรับประทานยารักษาอาการทางจิตแค่บางชนิด ส่งผลให้การรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตไม่มีประสิทธิภาพ อาการทางจิตกำเริบ เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัวและสังคมและสถานพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น[7; 8, 9] ไม่สามารถรับมือกับอาการทางจิตรุนแรงได้ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นและไม่สามารถรับมือกับอาการทางจิตรุนแรงได้

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องมีความรู้เรื่องโรค และการรักษาโรคจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข อาการทางจิตไม่กำเริบและกรณีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ดีตามเกณฑ์การรักษาสามารถบริหารจัดการและส่งต่อเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องได้ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อยู่ในชุมชน [10, 11] เพราะผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท [12] ซึ่งการรับประทานยาต่อเนื่องถือว่ามีความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน [13]

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นภาระที่หนัก เป็นงานที่จำเจ ไม่มีวันหยุด[14] และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่มีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและยาในการรักษา ผู้ดูแลและครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำเพราะไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องเมื่อ

อยู่ในชุมชน[15] ต้องประสบปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมๆ เป็นเวลาอันยาวนาน[16] และเป็นภาระให้กับสังคม[17]

จากรายงานการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีหลายปัจจัย ประกอบด้วยปัจจัยหลักคือ **1)**ปัจจัยเรื่องความรู้เรื่องโรคและการรักษา [18] พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาและผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตรวมทั้งทัศนคติเพราะความรู้จะช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้และทักษะ และทัศนติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท[18] **2)**ปัจจัยเรื่องอายุ ระดับความสามารถในการดูแลเมื่ออายุมากขึ้นและลดลงเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ **3)**เพศ จะมีความแตกต่างทางด้านสรีระส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย **4)** ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ยาวนานจะส่งผลให้เกิดความชำนาญในการดูแล ในขณะเดียวกันก็ส่งผลต่อความทุกข์ทรมาน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นภาระที่หนัก เป็นงานที่จำเจ ไม่มีวันหยุด [19] **5)** สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นทักษะที่สำคัญในการเอาชนะอุปสรรคที่เกิดต่อการดูแลผู้ป่วย (**6)**การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ในการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพ[20] **7)**การใช้สารเสพติดทุกชนิด พบว่าผู้ดูแลที่ใช้สารเสพติดทุกชนิดส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลงและเกิดปัญหาทั้งด้านสัมพันธภาพ เศรษฐกิจ จนไปถึงการทิ้งผู้ป่วยและหรือเกิดการเลียนแบบเพราะมีสิ่งเร้าและตัวกระตุ้นและผู้ป่วยจิตเภทใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาลดลงและการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตไม่ได้ผลเท่าที่ควร เมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษาจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตโดยทั่วไปในชุมชนทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน สังคม ครอบครัว ถ้าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดการมองปัญหาเป็นระบบและเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา ร่วมกันค้นหาสาเหตุ แนวทางแก้ปัญหาและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันร่วมกันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยาวนาน[21]

ดังนั้นหากผู้รักษาสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลเบื้องต้นด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติผู้ดูแล มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยาจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมโดยการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมและเปลี่ยนภาระให้เป็นพลังของชาติ โดยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังและมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตมีการออกเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการทางจิต และจะช่วยเพิ่มโอกาสในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างเหมาะสม[22] และการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา และการที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมพบว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้ให้การสนับสนุนและให้บริการทั้งในลักษะช่วงเจ็บป่วยและช่วงปกตินั้นจึงถือความรับผิดชอบทั้งเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุน ให้ความรู้[23] จึงพบช่องว่างองค์ความรู้คือ การให้ความรู้แก่

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยกระบวนการสุขภาพจิตศึกษ (Psychoeducation) ตามแนวคิดของ [24] ซึ่งมีกระบวนการให้คำปรึกษาที่เป็นระบบโดยนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงสนใจพัฒนา “ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยใช้กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาเป็นระบบและขั้นตอนประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 5 ขั้นตอน ได้แก่1) การสร้างสัมพันธภาพ(joining) 2) การพัฒนาความรู้(education) 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา(problem solving skills) 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) และ 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support) ประกอบด้วย 7 กิจกรรมจำนวน 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-3 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-120นาที จนครบ 5 สัปดาห์จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ป้องกันอาการกำเริบซ้ำและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

2. พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

วิธีการวิจัย

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10)26 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปในประทศไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10)[27] ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนางรอง ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป จำนวน 22 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ในการวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง) Two dependent means[28] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ผู้ดูแลเข้ารับการอบรม (ครั้ง) เครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแล

2. แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามจำนวน 26 ข้อ มี 4

ข้อให้เลือก โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกข้อที่ถูกต้องที่สุดเพื่อวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบวัดความรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา วัดความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t –test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p< .05

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ29 พัฒนาโดย30 เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ31 พัฒนาโดย32 ซึ่งระกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยา เอง ใช้ยาอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมื้อ และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ข้อที่ 1-9 เป็นด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบอย่างละ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยใช้แนวคิดและกระบวนการสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา พัฒนาโดย Anderson และคณะ (1980)[33] กำหนดการศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation Program) โดยใช้กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาศึกษา [34] ที่เน้นการให้ความรู้ครอบครัวและดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม จำนวน 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที รวมการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์

3. ผลการทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและการหาความเชื่อมั่น พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI=1 2) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1 3) แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1 และค่าความเชื่อมั่น Reliability = .82

4. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิด[35] พัฒนาโดย[36] ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .89

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยโปรแกรม **SPSS**

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน**,** ร้อยละ**,** ค่าเฉลี่ย (Means), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), ค่ามัธยฐาน (**Me**dian), ค่า Percentile 25 - Percentile 75 (IQR) และค่าสูงสุดต่ำสุด ในการบรรยายข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p< .05 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ระหว่างก่อนกับหลังให้โปรแกรม ภายในคนเดียวกัน ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จะใช้สถิติ Paired t-test แต่ถ้าข้อมูลแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ จะใช้ สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนางรอง เลขที่ NRC 2024-003 รหัสโครงการที่ 3/2024 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2567 ถึง 27 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (**SD)** และการแปรผลคะแนนเฉลี่ยทั้งโดยรวมและรายด้าน ของความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (n = 22)

ประเด็น	Mean	SD	Median	Min	Max	การแปรผลคะแนนเฉลี่ย
ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล						
ก่อนได้รับโปรแกรม	13.91	4.39	14.50	6	20	ปานกลาง
หลังได้รับโปรแกรม	23.55	1.01	23.50	21	25	มาก
พฤติกรรมการใช้ยาก่อนได้รับโปรแกรม						
ด้านการปฏิบัติ	3.13	0.53	3.00	2.44	4.78	ปานกลาง
ด้านความสามารถ	3.28	0.27	3.22	2.78	3.78	ปานกลาง
รวมพฤติกรรม	3.20	0.30	3.19	2.83	4.22	ปานกลาง
พฤติกรรมการใช้ยาหลังได้รับโปรแกรม						
ด้านการปฏิบัติ	4.78	0.14	4.78	4.44	5.00	ดีมาก
ด้านความสามารถ	4.82	0.13	4.78	4.44	5.00	ดีมาก
รวมพฤติกรรม	4.80	0.10	4.78	4.56	5.00	ดีมาก

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (n = 22)

ประเด็น	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	n	%	n	%
ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเภท				
ระดับความรู้น้อยที่สุด 0-6	1	4.5%		
ระดับความรู้น้อย 7-12	6	27.3%		
ระดับความรู้ปานกลาง 13-18	14	63.6%		
ระดับความรู้มาก 19-24	1	4.5%	18	81.8%
ระดับความรู้มากที่สุด 25 ขึ้นไป			4	18.2%
ระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา				
ด้านการปฏิบัติ				
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ 1.50-2.49	2	9.1%		

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (n = 22)

ประเด็น	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	n	%	n	%
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง 2.50-3.49	17	77.3%		
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี 3.50-4.49	2	9.1%	1	4.5%
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก 4.50-5.00	1	4.5%	21	95.5%
ด้านความสามารถ				
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง 2.50-3.49	15	68.2%		
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี 3.50-4.49	7	31.8%	1	4.5%
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก 4.50-5.00			21	95.5%
รวมพฤติกรรม				
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง 2.50-3.49	19	86.4%		
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี 3.50-4.49	3	13.6%		
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก 4.50-5.00			22	100%

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลัง ให้โปรแกรม (n = 22)

ประเด็น	ก่อนให้โปรแกรม		หลังให้โปรแกรม		Difference			p-value
	Mean	±S.D.	Mean	±S.D.	Mean	(95% CI)		
ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	13.91	±4.39	23.55	±1.01	9.636	(7.798	,11.475)	<0.001*
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์								
ด้านการปฏิบัติ	3.13	±0.53	4.78	±0.14	1.652	(1.424	,1.879)	<0.001*
ด้านความสามารถ	3.28	±0.27	4.82	±0.13	1.545	(1.412	,1.679)	<0.001*
รวมพฤติกรรม	3.20	±0.30	4.80	±0.10	1.598	(1.473	,1.724)	<0.001*

p values from Wilcoxon Signed Ranks test, * Significant at the .05 level

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p< .001 โดยหลังการให้โปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนให้โปรแกรม เท่ากับ 23.55±1.01 และ 13.91±4.39 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p< .001 โดยหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมเท่ากับ 4.80±0.10 และ 3.20±0.30 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p< .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิด37 พัฒนาโดย โดยใช้กระบวนการและทักษะโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ จำนวน 7 กิจกรรม สามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับความรู้มากขึ้น และผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการรับประทานยาตาม

เกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ 38 ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การสังเกตอาการเตือน ทักษะการดูแลและการจัดยา ร่วมทั้งทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างสร้างสรรค์เชิงบวก เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและการได้รับการดูแลสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม โดยมีเป้าหมายส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย การมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และสามารถควบคุมลด ละ เลิก การใช้สุราและสารเสพติด พบว่าการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับวิธีการรักษาด้วยยาที่มีอยู่สามารถลดการป่วยซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้39 และใช้ชีวิตกับครอบครัวได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ในการโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเรื่องโรคจิตเภท ยารักษาอาอาการทางจิตและอาการข้างเคียง การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะการเผชิญปัญหา เครือข่ายทางสังคม (social support) รวมทั้งทักษะในการทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนำไปใช้จริงเมื่อกลับในชุมชนว่ามีความรู้ ความเหมาะสมต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถควบคุมความอยากสุราและสารเสพติด และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้เพียงใด

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มเพื่อหาแนวทางใหม่ๆผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1.มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 4).กรุงเทพฯ; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำ หรับโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข.

3.นภาภรณ์ พึ่งเกศสุนทร.(2553). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแล ของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.กุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาว์ และรัชนีกร อุปเสน. (2023) ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(2), 106-113.

5.Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2005;40:899-904

6.Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., & Baldessarini, R.J. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. Schizophrenia Research. 86, 251-255.

7.Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry (10th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins. New York.

8.มารศรี ปาณีวัตร. (2548). บทบาทพยาบาลจิตเวช ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

9.กุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาว์ และรัชนีกร อุปเสน. (2023) ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(2), 106-113.

10.แววดาว วงศ์สุรประกิต. (2549). การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขัง: กรณี ศึกษา.กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.

11.สรินทร เชี่ยวโสธร และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๔๕). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

12.อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family therapy of family counseling). กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและบำบัดครอบครัว

13.Gillmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P., & Jeste, D. V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. The American Journal of Psychiatric, 161(4), 692-699.

14.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง:ความเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล, 29(4), 22-31.

15.ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

16.กัญญา ศรีตะวัน และรัชนีกร อุปเสน. (2560).ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก,18, 308-314.

17.กรมสุขภาพจิต.(2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำ หรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับ พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข).นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

18.Orem, D. E. (2001). Nursing concepts practice (6th ed.). St. Louis: Mosby-year book.

19.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา,และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557).ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง:กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม วารสารสภาการพยาบาล, 29(4), 22-31.

20.แก้วตา มีศรี, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555;26(1):35-49

21.ชวนนท์ จันทร์สุข.(2562). ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารพยาบาลทหารบก.กรุงเทพฯ: 2(3) พฤษภาคม-สิงหาคม.หน้า170-177.

22.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำ หรับโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข.

23.สายสมร เฉลยกิตติ, & ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล. (2015). การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ: การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. JOURNAL OF THE POLICE NURSES, 7(1), 253-262.

24.Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adultschizophrenic patients: a psycho-educa-tional approach. Schizophrenia Bulletin, 6(3), 490-505.

25.Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adultschizophrenic patients: a psycho-educa-tional approach. Schizophrenia Bulletin, 6(3), 490-505.

26.American Psychological Association. (1956). Division of Counseling Psychology, Committee on Definition.(1956). Counseling psychology as a specialty. American Psychologist, 11, 282-285

27.American Psychological Association. (1956). Division of Counseling Psychology, Committee on Definition.(1956). Counseling psychology as a specialty. American Psychologist, 11, 282-285

28.Chow, S.-C., Shao, J., & Wang, H. (2003). Sample Size Calculations in Clinical Research (2nd ed.). Chapman & Hall/CRC., 51 p.

29.Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. Irish Medication Journal, 92(6), 1-3.

30.สรินทร เชี่ยวโสธร และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๔๕). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

31.Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. Irish Medication Journal, 92(6), 1-3.

32.สรินทร เชี่ยวโสธร และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๔๕). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

33.Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adultschizophrenic patients: a psycho-educa-tional approach. Schizophrenia Bulletin, 6(3), 490-505.

34.Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adultschizophrenic patients: a psycho-educa-tional approach. Schizophrenia Bulletin, 6(3), 490-505.

35.Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. Irish Medication Journal, 92(6), 1-3.

36.สรินทร เชี่ยวโสธร และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๔๕). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

37.อินทุกานต์ สุวรรณ์, & สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2020). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ ผู้ ป่วยจิตเภทใน ชุมชน. วารสารการพยาบาล จิตเวช และ สุขภาพ จิต, 34(1), 152-162.

38.Ebtsam, H. S., Nefissa, M. A. K., Nadia, E.S., & Amany, A. M. (2018). Effect of Psycho educational Program on Improving of Medication Adherence among Schizo-phrenic Patients. Journal of Nursing and Health Science, 7(6), 69-79.

ผลลัพธ์ของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

Outcomes of a dementia prevention program of Sufficient Care for the elderly people with comorbidity in hypertension and Diabetics, Sop Prap Hospital, Lampang Province.

(Received: November 20,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

ภวรัญชน์ จิรเชฐพัฒนา[1], ศิราณี ศรีหาภาค[2]
Phawaran Jirachetpattana[1], Siranee Sihapark[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD) ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง จำนวนกลุ่มละ 64 คน ดำเนินวิจัยเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึง สิงหาคม 2567 โดยกลุ่มทดลองมีกิจกรรมปกติของคลินิกโรคเรื้อรังและโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการวิจัย 4 เดือน แล้วประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิงด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 70 ปี ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 96.9 พบสูบบุหรี่ร้อยละ 10.9 ดื่มสุราร้อยละ 26.6 และออกกำลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 57.8 ส่วนกลุ่มควบคุมพบมีอายุเฉลี่ย 68.6 ปี มีผู้ดูแลอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 95.3 พบยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 6.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 39.1 และออกกำลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.3 ส่วนโรคร่วมที่พบบ่อยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มโรคเช่นเดียวกัน ได้แก่ โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง ต้อกระจกหรือจอประสาทตา ข้อเสื่อม และ หลอดเลือดหัวใจ 2) ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการวิจัย 4 เดือนภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนภาวะบกพร่องการรับรู้และภาวะสมองเสื่อมอยู่ระดับดีขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value และความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) เช่นเดียวกับการควบคุมโรคเรื้อรัง พบว่า การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล และระดับไขมันแอลดีแอลน้ำตาล หลังการวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) และ 3) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดำเนินการวิจัย 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับซีสโตลิก ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.013) และ (P-value <.024) ตามลำดับ ในขณะที่ระดับคะแนนภาวะสมองเสื่อม ความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ระดับไขมันแอลดีแอล พบว่าหลังการวิจัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ, ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of in the preventive program of Sufficient Care for Dementia (SCD) on the elderly people with comorbidity in hypertension and Diabetics at Sop Prap Hospital in Lampang Province. There were 64 participants in each group that study was on February to August, 2024.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (corresponding author)

The experimental group participated in the preventive program of Sufficient Care for Dementia and the chronic illness clinic on a regular basis, while the control group participated in the chronic disease clinic's routine activities that for four months were dedicated to the research. Then, data was analyzed descriptively by frequency, percentage, mean, and standard deviation, and t-test statistics to examine the reference statistics.

According to the study's findings, 1) the experimental group's average age was 70 years old, the most of them (96.9 percent) had family caregivers living with the patients, 10.9 percent smoked, 26.6 percent drank alcohol, and 57.8 percent exercised less than three times per week. The control group had an average age of 68.6 years, almost all of them (95.3 percent) was lived with family caregivers, 56.3 percent exercised less than three times per week, 39.1 percent drank alcohol, and 6.3 percent still smoked. The prevalent comorbidities in the experimental and control groups were present in both the experimental and control groups such as hyperlipidemia, chronic kidney failure, cataracts or retinal degeneration, osteoarthritis, and coronary artery disease. 2) The results of the comparison of clinical outcomes before and after the research for 4 months within the experimental group found that the experimental group's scores for dementia and cognitive impairment were significantly better than before the study (P-value <.001), and instrumental activities of daily living (IADL) improved significantly (P-value <.001). Similarly, the control of chronic diseases found that the control of blood pressure, HbA1C, blood sugar, cholesterol, and LDL after the study decreased significantly (P-value <.001). Finaly, 3) After four months of research, comparison of clinical results between the experimental group and the control group, it was found that the average score of cognitive impairment of the experimental group was significantly better than the control group (P-value <.001). The blood sugar level and systolic blood pressure of the experimental group were significantly better than the control group (P-value <.013) and (P-value <.024), respectively. While the dementia score, instrumental activities of daily living (IADL), HbA1C, blood sugar, cholesterol, and LDL level were not found statistical significant in the experimental group and the control group.

Key word: The preventive program of Sufficient Care for Dementia (SCD), The elderly people with comorbidity

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเติบโตอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ ผลการสำรวจพบแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปีพ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 19.4 ในปีพ.ศ. 2566 โดยข้อมูลสถิติในปีพ.ศ. 2566 พบประชากรคนไทย จำนวน 66,054,830 คน เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,814,778 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40 โดยพบว่าภาคที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงที่สุดคือ ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 21.95[1] ความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญของสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ ซึ่งองค์การอนามัยโลกพบว่าค.ศ. 2015 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 47.47 ล้านคน และประมาณการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึง 75 ล้านคนในปี ค.ศ.2030[2]
การสำรวจในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 โดยพบในผู้ชาย ร้อยละ 6.8 และผู้หญิงร้อยละ 9.2 และพบว่าความชุกเพิ่มมากขึ้นตามอายุ โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี และอายุอายุ80ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 4.8 และร้อยละ 7.7 และร้อยละ 22.6 ตามลำดับ[3] ซึ่งสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ อัลไซเมอร์(Alzheimer's disease) พบได้ประมาณร้อยละ60-70 รองลงมามีสาเหตุมาจากเส้นเลือดในสมองผิดปกติ (vascular neurocognitive disorder)[4] และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาพบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 4.3 เท่าของผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูง และพบว่าโอกาสเสี่ยงลดลงเป็น1.9 เท่าในบุคคลที่ได้รับการรักษา[5] ผู้ป่วยเบาหวาน

มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 4 เท่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2 เท่า[6] นอกจากนี้ยังพบ ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ พันธุกรรม การศึกษา การได้ยิน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การที่ผู้สูงอายุถูกลดบทบาททางสังคม[7] รวมทั้ง ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การป้องกันและวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแล โดยเฉพาะการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมลดลงการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงมีหลากหลายรูปแบบโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในวัยกลางคนสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 52 และ 62 ตามลำดับ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมพบว่าบุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 1.41 เท่า[8] การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการฝึกฝนในการเผชิญกับเหตุการณ์ ทำให้ได้ใช้กระบวนการคิด ตัดสินใจ ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากับบุคคลที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และการแก้ไขภาวะซึมเศร้าเป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง[5] การป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นวิธีการที่สำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่

จังหวัดลำปาง เป็นจังหวัดที่เข้าสู่สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด โดยพบมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 196,369 คน คิดเป็น ร้อยละ 27.49[9] โดยเฉพาะอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง เป็นอำเภอที่พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงจำนวน 7,565 คน คิดเป็นร้อยละ 28.85 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 861 คน ร้อยละ 11.38 โรคเบาหวาน จำนวน 952 คน ร้อยละ 12.58 และโรคร่วมความดันโลหิตสูงกับเบาหวาน จำนวน 535 คน ร้อยละ 7.07 และพบว่าผู้สูงอายุดังกล่าว ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ3.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 7.4 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 10.6 โรคจิตเภท ร้อยละ 1.4 และ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 0.7 นอกจากนี้ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอสบปราบ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 6,892 คน พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 40.57 มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.98 มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.86 มีความเสี่ยงต่อข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 7.39 มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 6.04 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 2.36 อีกทั้งผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบมีความเสี่ยง ร้อยละ 12.7 และผลคัดกรองภาวะซึมเศร้าพบมีความผิดปกติ ร้อยละ 0.12[10] จะเห็นได้ว่าอำเภอสบปราบเป็นอำเภอที่เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด และเป็นอำเภอที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะสุขภาพที่อาจนำมาสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

อย่างไรก็ตามการดำเนินการที่ผ่านมาในพื้นที่การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและในโรงพยาบาลมีปรากฏรายงานเผยแพร่จำนวนไม่มาก รวมทั้งข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นช่องว่างขององค์ความรู้และเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จึงเป็นเป้าหมายของการวิจัยเพื่อศึกษาวิธีการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในครั้งนี้ โดยการประยุกต์โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอซึ่งเป็นโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานป้องกันและดูแลภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย[11] เพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสำหรับคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล ซึ่งจะนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกการใช้โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการวิจัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติใช้โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ได้แก่ ระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง และความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการวิจัย

2. กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง(Two Groups Pre-Post Test Design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างพอเพียงในผู้สูงอายุโรคร่วมโรคความดันและโรคเบาหวาน ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง และ ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึง สิงหาคม 2567 โดยโปรแกรมการภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ **1** โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ และแผนการดำเนินกิจกรรมการแทรกแซงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วง 4 เดือน

ครั้งที่ / เดือน	**Dementia Prevention Program: SCD (จำนวน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง) (กลุ่มทดลอง)**	**การดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังของร.พ.ตามปกติ (กลุ่มควบคุม)**
ก่อนวิจัย	Baseline Assessment	Baseline Assessment
ครั้งที่ 1 / เดือนที่ 1	Pre-test Assessment ประเมินผลทางคลินิกก่อนเข้าร่วมกิจกรรม Session 1: 1.ให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม	Pre-test Assessment, ดำเนินกิจกรรมสอนสุขศึกษาตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง

ครั้งที่ / เดือน	Dementia Prevention Program: SCD (จำนวน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง) (กลุ่มทดลอง)	การดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังของร.พ.ตามปกติ (กลุ่มควบคุม)
	2. สอนทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย แบบ RDAD 3. ฝึกกิจกรรมฝึกสมอง 4. ดำเนินกิจกรรมตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง	
ครั้งที่ 2 / เดือนที่ 2	Session 2: 1. สอนทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย แบบ RDAD 2. ฝึกกิจกรรมฝึกสมอง 3. ค้นหาและแนะนำการทำกิจกรรมสร้างสุข 4. ดำเนินกิจกรรมตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง	ดำเนินกิจกรรมสอนสุขศึกษาตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง
ครั้งที่ 3 / เดือนที่ 3	Session 3: ทบทวนโปรแกรม SCD 1. สอนทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย แบบ RDAD 2. ฝึกกิจกรรมฝึกสมอง 3. ทำกิจกรรมสร้างสุข 4. แนะนำการดูแลภาวะโภชนาการเพื่อป้องกันสมองเสื่อม 5. แนะนำเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและศาสนาในชุมชน 6. ดำเนินกิจกรรมตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง	ดำเนินกิจกรรมสอนสุขศึกษาตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง
เดือนที่ 4	4-month Post-test Assessment 1. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก 2. ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม	4-month Post-test Assessment ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี**เกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion Criteria) ดังนี้**

1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ที่เข้ารับบริการรักษาที่
โรงพยาบาลสบปราบ อ้างอิงจากฐานข้อมูลขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาโรคเรื้อรังที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสบปราบ

2) มีระดับความดันโลหิตสูงของค่า SBPและ ค่า DBP ไม่เกินค่าที่กำหนด โดยSBP ไม่เกิน 180 mmHg, และค่า DBP ไม่เกิน 110 mmHg

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ไตวายระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก 2) ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมองเสื่อม หรือ ผลการคัดกรองสมองเสื่อมแล้วมีผลบวก 3) ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง หรือ เดินใช้อุปกรณ์ช่วย 4) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะที่ศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากการศึกษาสถานการณ์ความชุกและปัจจัยเสี่ยงระยะที่ 1 ของการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 282 ราย แล้วคำนวนโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 64 คน รวม 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือผ่านการทดสอบความไว และความจำเพาะ และความเที่ยง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 คะแนน 1 คะแนน และ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 27 คะแนน จุดตัด 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในอดีต จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอาศัยร่วมกับผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุ บทบาทสถานะในครอบครัว บทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย ความสามารถในการเดินหรือการเคลื่อนไหวนอกบ้าน ประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังร่วมจากการวินิจฉัยแพทย์

ส่วนที่2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ใช้เครื่องมือ Lowton Instrumental Activities of Daily Living Scale เป็นการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การจ่ายตลาดหรือซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักรีดผ้า การเดินทางหรือการใช้ยานพาหนะ การรับประทานยา และการจัดการเรื่องเงิน จุดตัดคะแนนเพศหญิง ต่ำกว่าคะแนนเต็ม 8 คะแนน เพศชาย คะแนนต่ำกว่า 5 คะแนน หมายถึงมีการพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต[12,13]

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีจำนวน 15 ข้อ มีคำตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยประเมินความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น ใน 2 สัปดาห์ คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผล คะแนน จุดตัด 7 หมายถึง สงสัยมีภาวะซึมเศร้า[14,15]

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ใช้เครื่องมือทดสอบสภาพสมอง TMSE เพื่อประเมินระดับการรับรู้ ความทรงจำ สมาธิ การคิดคำนวณในใจ ภาษา และความจำระยะสั้น ประกอบด้วย 6 ข้อ รวมทั้งหมด 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลใช้จุดตัดคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม[16]

ส่วนที่ 5 ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง เป็นการประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ไขมันแอลดีแอล รอบเอว และดัชนีมวลกาย(BMI)

ส่วนที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นเครื่องมือการวิจัยที่ดัดแปลงจากโครงการวิจัยเรื่อง การสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่องสูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7[17] เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 8 ข้อ ระดับความพึงพอใจ มี 5 ระดับ คะแนน 1 พึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง คะแนน 5 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ถูกคัดเลือกและถูกทดสอบหาคุณภาพของเครื่องมือภายใต้โครงการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ (PRISM) โดยนักวิจัย จิตแพทย์ และ ผู้เชี่ยวชาญของประเทศไทยร่วมกับประเทศสหรัฐอเมริกา[18]

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรค ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ไขมันแอลดีแอล รอบเอว และดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนทดลองและหลังทดลองโดยใช้สถิติอ้างอิงคือ

paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติอ้างอิงคือ independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ 006/2567 วันที่รับรอง 9 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ50 มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (S.D. 7.247) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 96.9 มีเพียงร้อยละ 3.1 อาศัยอยู่คนเดียวและไม่มีผู้ดูแล และพบว่ายังสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.9 ดื่มสุราร้อยละ 26.6 การออกกำลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 57.8 โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 71.9 ไตวายเรื้อรัง ระยะ 3-5 ร้อยละ 26.6 ต้อกระจก/จอประสาทตา ร้อยละ 17.2 ข้อเสื่อม ร้อยละ 10.9 และ หลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 6.3 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 มีอายุเฉลี่ย 68.55 ปี (S.D. 5.477) มีผู้ดูแลอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 95.3 พบว่ายังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 6.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 39.1 การออกกำลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.3 ส่วนโรคร่วมที่พบบ่อย 5 อันดับแรกอยู่ในกลุ่มโรคเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวานก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาหลังการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวานในกลุ่มทดลอง 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ คะแนน 3.92 หลังการวิจัยคะแนนภาวะบกพร่องการรับรู้ดีขึ้นกว่าก่อนการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ย 2.89 และผลการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องการรับรู้หลังการวิจัยดีขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) เช่นเดียวกับภาวะสมองเสื่อม พบว่า หลังการมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นจาก 25.57 คะแนน เป็น 27.01 คะแนน และผลการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองหลังการวิจัยดีขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) และความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน พบว่าหลังการวิจัยมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=.742)

ด้านผลการศึกษาการควบคุมโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังการวิจัย 4 เดือน พบว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งระดับซีสโตลิก และ ระดับไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าก่อนวิจัยมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ย 157.67 mg% หลังวิจัยระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงเหลือ 128.64 mg% และผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการวิจัย พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ส่วนระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับน้ำตาลสะสมมีค่าเฉลี่ย 8.19 หลังวิจัยระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยลดลงเหลือ 7.55 และการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมหลังการวิจัย พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยระดับไขมันคลอเรสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอล พบว่า หลังวิจัยกลุ่มทดลองมีระดับระดับไขมันคลอเรสเตอรอล และ

ค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value =.001) อย่างไรก็ตามพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และ ค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ก่อนและหลังการวิจัย 4 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.85 ส่วนกลุ่มทดลองมีภาวะบกพร่องการรับรู้มีคะแนนเฉลี่ยดีกว่า คือ 2.89 คะแนน และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องการรับรู้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ในขณะที่การประเมินภาวะสมองเสื่อม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 26.82 ซึ่งผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value .566) เช่นเดียวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการวิจัยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value .246) และภาวะซึมเศร้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=.742)

ด้านผลการเปรียบเทียบการควบคุมโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการวิจัย 4 เดือน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 128.64 mg% ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 148.02 mg% และผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.013) และระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับซีสโตลิกเฉลี่ย 122.58 mmhg กลุ่มควบคุมมีระดับซีสโตลิกเฉลี่ย 126.95 mmhg จากการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับซีสโตลิกได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.024) อย่างไรก็ตาม พบว่า ระดับไดแอสโตลิ ระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ระดับไขมันแอลดีแอล ดัชนีมวลกาย และ รอบเอว เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการวิจัย 4 เดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุโรคร่วมโรคความดันและโรคเบาหวาน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคร่วมโรคความดันและโรคเบาหวาน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรับรู้บกพร่องและภาวะสมองเสื่อม[19,20,21] อีกทั้งโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันและโรคเบาหวานในการวิจัยครั้งนี้ที่พบมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง รองมา ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง ระยะ3-5 ต้อกระจก/จอประสาทตา ข้อเสื่อม และ หลอดเลือดหัวใจ ตามลำดับ โรคร่วมเหล่านี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมและภาวะบกพร่องการรับรู้ของผู้สูงอายุเช่นกัน[22,23] นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.3 – 10.9 ดื่มสุรา ร้อยละ 26.6 - 39.1 การออกกำลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.3 – 57.8 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสามารถเป็นปัจจัยทำนายการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้[24,25] ดังนั้นจะเห็นได้ว่า

ผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคร่วมโรคความดันและโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูง การดำเนินกิจกรรมการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวานก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มทดลอง หลังการดำเนินโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในกลุ่มทดลอง 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนภาวะบกพร่องการรับรู้ และคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมพบภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้กิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมชนิดเดียวกับการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ[26,27] และการศึกษาครั้งนี้พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนกลุ่มทดลองหลังการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่งโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ[28] จึงส่งผลต่อการคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ซึ่งเป็นเกณฑ์สำคัญของการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม[29] อย่างไรก็ตามพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value .742) ทั้งนี้เนื่องจากผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเหล่านี้พบว่าก่อนและหลังการวิจัยไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ

ด้านผลการศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการควบคุมโรคเรื้อรังหลังการวิจัย 4 เดือน พบว่าการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากิจกรรมในการวิจัยทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[30] จึงส่งผลให้การควบคุมโรคเบาหวานและโรคความโลหิตสูงดีขึ้นดังเช่นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในการวิจัยครั้งนี้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับไขมันคลอเรสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอล พบว่า หลังการวิจัย 4 เดือนในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value .001) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการลดระดับไขมันในเลือดจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้[31,32] อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และ ค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนและหลังการวิจัย 4 เดือนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยที่อาจสั้นไปต่อการวัดผลลัพธ์ดังกล่าว

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวานก่อนและหลังการวิจัย 4 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้หลังการวิจัย 4 เดือนของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ดำเนินกิจกรรมลักษณะเดียวกับการศึกษาครั้งนี้[33] ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเกิดจากปัจจัยหลายมิติดังนั้นดำเนินกิจกรรมที่มีความสอดคล้องปัจจัยในเชิงบริบทชุมชนและบริบทของกลุ่มเป้าหมายจะสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตามผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมหลังการวิจัย 4 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value .566) และความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value .246) แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนที่จัดกิจกรรมลักษณะใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[34] ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมายและบริบทพื้นที่การวิจัยที่แตกต่างกัน รวมทั้งอาจเนื่องจากระยะเวลาดำเนินกิจกรรมการวิจัยและการติดตามผลการวิจัยต้องในระยะยาวยาวนานมากขึ้น

ๆด้านผลลัพธ์การควบคุมโรคเรื้อรังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการวิจัย 4 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มีเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือด(P-value <.013) และการควบคุมระดับระดับซีสโตลิก (P-value <.024) เท่านั้น ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ได้แก่ ระดับไดแอสโตลิก ระดับน้ำตาลสะสม ค่าเฉลี่ยระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอลค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และ ค่าเฉลี่ยรอบเอว พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการลดระดับไขมันในเลือดจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้[31,32] อย่างไรก็ตามพบว่าการศึกษาที่ผ่านมามีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกเหล่านี้ต่อภาวะสมองเสื่อมมีค่อนข้างจำกัด รวมทั้งจากการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกดังกล่าวอาจต้องใช้ระยะยาวยาวนานมากขึ้น

ๆการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม นอกจากการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของสมองแล้ว การควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นที่ต้องการการศึกษาและพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความเมตตาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบปราบ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสบปราบ และบุคลากรงานผู้ป่วยนอกและโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสบปราบ ทุกท่าน ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ: จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามจังหวัด พ.ศ.2566 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449

2.Alzheimer's Disease International. Policy Brief for G8 Head to Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International; 2013.

3.วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

4.Elahi F, Miller B. A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. Nature Reviews Neurology 2017; 13(8):457–476.

5.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกัน การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2556.

6.ปิยะภร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(1):64-80.

7.กรวรรณ ยอดไม้. บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 31(1):189-204.

8.Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, Smidt N. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Ageing Research Reviews 2015; 22:39–57.

9.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ปิรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f

10.โรงพยาบาลสบปราบ. ประเมินผลการดำเนินงาน คปสอ.สบปราบ ปีงบประมาณ 2566.

11.ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์, พิสมัย ศรีทำนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2567; 16(1):77-93.

12.สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล. มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากร ผู้สูงอายุ.วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2545; 3(2):49-62.

13.Jintapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The Meaning of Activities of Daily Living in a Thai Elderly Population: Development of a new index. Age and Ageing 1994; 23(2): 97-101.

14.Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. Journal of the American Geriatrics Society 2003; 51(10):1451-1454.

15.Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. Geriatrics & Gerontology International 2015; 15(5):594-600.

16.กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช 2536; 45(6):359-374.

17.ศิราณี ศรีหาภาคและธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ. พิมพ์ครั้งที่1. ขอนแก่น: บริษัทเพ็ญพรินติ้ง จำกัด; 2565.

18.ศิราณี ศรีหาภาค และ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ : คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD). นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ; 2565.

19.สุภา ไกรสุวรรณ, เรวดี เพชรศิราสัณห์, สายฝน เอกวรางกูร. ปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2566; 4(2), 23-36.

20.วิลาสินี สุราวรรณ์. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 10(2):58-69.

21.ประภาศรี ทุมสิงห์ กัญญา จันทร์พล และ สดุดี ภูห้องไสย. สมรรถภาพสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(3):268-279.

22.ยุคลธร หวังเรืองสถิตย์, รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์. ความชุกของภาวะความทรงจำบกพร่องและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร 2564; 38(1):34-47.

23.พนม สุขจันทร์, กัษฟาร์ นิยมเดชา, ดีน ศรีชัยสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2565; 14(1):276-292.

24.วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, สายพิน แม่งเอียด, โสภิต สุวรรณเวลา, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารคณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 27(1):100-108.

25.เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, จตุพร จันทะพฤกษ์, ภาวิณี แพงสุข, ปิยนุช ภิญโย, ภควรรณ ตลอดพงษ์, นิสากร เห็นชนาน. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมละปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 2561; 8(2):46-57.

26.กัมปนาท สำรวมจิต, สุนีย์ ละกำปั่น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562; 35(3), 34-45.

27.ส้มป่อย แสนเตปิน และ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารแพทย์นาวี 2562; 46(3):621-639.

28.ศิราณี ศรีหาภาค และ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ: โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD). พิมพ์ครั้งที่2. ขอนแก่น: บริษัทเพ็ญพรินติ้ง จำกัด; 2566.

29.World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Switzerland: 2017. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487

30.ณัฐศิวัช ชุมฝาง, ทัศนีย์ รวิวรกุล, พัชราพร เกิดมงคล, สุธรรม นันทมงคลชัย. ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารเกื้อการุณย์ 2564; 28(2):7-21.

31.สิรินทร ฉันศิริกาญจน, จิรพร เหล่าธรรมทัศน์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ดาวชมพู นาคะวิโร, อรพิชญา ไกรฤทธิ์, วิลาวัณย์ ประสารอธิคม, สมพร โชติวิทยธารากร และเพียงพร เจริญวัฒน์. สมรรถนะสมองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทย: ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. วารสารพิษวิทยาไทย 2558; 30(1):41-59.

32.ชมนาด ศิริรัตน์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 17(2):35-47.

33.วัชราพร เชยสุวรรณ, กนกนุช ขำภักตร์, สมใจ ศุภนาม, อมรทิพย์ ณ บางช้าง, ชนุตรา เกิดมณี, อรวรรณ ฆ้องต้อ, สุภรณี โพธิสา, ยุวดี วงษ์แสง, วนาลักษณ์ พันธ์งาม.(2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย : กรณีศึกษาชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี. วารสารแพทย์นาวี 2566; 50(2):389-407.

34.ปะราลี โอภาสนันท์, วิยะดา รัตนสุวรรณ. ผลของการใช้ชุดกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมต่อการทำงานของสมองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2563; 12(1):255-267.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with aggressive behavior due to substance use in the community: Case study 2 case

(Received: November 20,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

ประนอม เปรมปรี[1]
Nongsonghong Hospital[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน ที่เข้ารับการรักษาที่งานยาเสพติด โรงพยาบาลหนองสองห้อง ตั้งแต่ระยะผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและการวางแผนจำหน่าย โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา : ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการรักษาที่งานยาเสพติดโรงพยาบาลหนองสองห้อง ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 จากกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 41 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า และดื่มสุราร่วมด้วย มีพฤติกรรมก้าวร้าว หูแว่ว ภาพ หลอน และมีพฤติกรรมรุนแรงโดยการทำร้ายตนเอง ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้เหมาะสมและกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ แต่ยังติดตามผลอยู่เรื่อย ๆ กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 45 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า กัญชา และสุรา จนเกิดอาการทางจิต ประสาทหลอน เอะอะโวยวาย ข่มขู่ผู้อื่น มีภาวะหวาดระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูงหลังให้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทาน ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษารายที่ 1 การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ มาบำบัดแบบสมัครใจ ยังมีอาการผิดปกติ หูแว่ว ไม่มีภาพหลอน แต่ยังต้องติดตามบำบัดสารเสพติดเพื่อไม่ให้เสพอีก

คำสำคัญ : พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การพยาบาล สารเสพติด ชุมชน

Abstract

This study is a comparative study of 2 case studies to study nursing care of patients with severe aggressive behavior from substance use in the community. who received treatment at the drug fair Nong Song Hong Hospital From the emergency psychiatric patient phase (Acute care) to the continuous care phase Rehabilitation period and discharge planning by collecting information from patients, relatives, and medical records Symptom assessment, history taking, physical examination, data used to determine nursing diagnosis. nursing care plan and nursing results are continually evaluated.

Results: A comparative study of Nursing care of patients with aggressive behavior due to substance use in the community: Case study 2 case. Received treatment at the drug fair at Nong Song Hong Hospital. The study was conducted between February 1, 2023, and November 10, 2023. In the first case study, a 41-year-old Thai man used drugs, including amphetamines, and drank alcohol. There is aggressive behavior, hearing loss, hallucinations, and violent behavior by harming oneself. Received antipsychotic treatment, mood stabilizers, and psychosocial therapy. was able to control my emotions and behavior appropriately and return to living with my family. But the results are still being followed up. The second case study is of a 45-year-old Thai man who used drugs including amphetamines, marijuana, and alcohol until he

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

developed psychotic symptoms, including hallucinating, making a fuss, and intimidating others. Have paranoia, this results in aggressive behavior and a high risk of violence after oral antipsychotic treatment. Long-acting injections Mood stabilizers and psychosocial therapy They can control their emotions better, but they still have less control over their emotions compared to case study number 1. The discharge from the hospital for both case studies was for voluntary treatment. still have unusual symptoms ringing in the ears, no hallucinations but still need to follow up on substance abuse treatment to prevent taking it again.

Keyword: Aggressive behavior, Nursing Care, Drugs, Community

บทนำ

พฤติกรรมรุนแรง เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความก้าวร้าวในการทำลายตนเองในระดับสูงสุด บุคคลจะแสดงอาการขาดสติ ขาดการควบคุมตนเอง และไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม พฤติกรรมรุนแรง แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) พฤติกรรมรุนแรงทางวาจา 2) พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเอง 3) พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น 4) พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของและทรัพย์สิน จะแสดงออกผ่านคำพูด การกระทำ หรือทั้งสองอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น[1] ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมักแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตัวเองและทำร้ายผู้อื่น ซึ่งมักเกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิตวิทยา สัญญาณที่บ่งบอกได้ เช่น นอนไม่หลับ ใช้ยา หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมกับเพื่อนและลดกิจกรรมทางสังคม โกรธจัด และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพที่เห็นได้ชัด ซึ่งพัฒนาเป็นการลงโทษทางร่างกายและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ[2] หากไม่ได้รับการรักษาหรือการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งด้านความปลอดภัยและความคืบหน้าของการรักษา ตลอดจนการดูแลพยาบาล ส่งผลให้ปัญหาซับซ้อนมากขึ้น ระยะเวลาการรักษานานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มขึ้น[3]

สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้ยาเสพติดในจังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี 2565 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้ยาเสพติดรวม 1.9 ล้านราย ผู้กระทำความผิดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวช หงุดหงิด โกรธง่าย คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว ขาดการควบคุมตนเอง และมีการใช้ความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ที่เรียกว่า SMI-V (Serious Mental Illness with High Risk to Violence)[4] และจากรายงานผลการจัดรูปแบบการบำบัดของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ระบุว่าจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตลอดปี 2565 มีเพียง 114,733 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากเทียบกับจำนวนผู้ถูกจับกุมคดียาเสพติดแล้ว ผู้ถูกจับกุมเข้ารับการบำบัดน้อยกว่าครึ่ง ถือเป็นการลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อนเช่นกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดจะลดลง อาจเป็นเพียงเพราะข้อจำกัดในการเข้ารับการบำบัดจากผลกระทบของการระบาดของโควิด-19 ก็ได้[5]

นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้กลับคืนสู่ครอบครัวหรือชุมชน มักประสบปัญหาขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับโรค และยังใช้ยาจนกลับมาเป็นซ้ำ พฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อเกิดขึ้นมักเกินความสามารถของญาติ ครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดยา มีความเสี่ยงสูงที่จะใช้ความรุนแรง ทำให้เกิดความกลัว ผู้ป่วยถูกปฏิเสธ ไม่สามารถกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม[6] ดังนั้นการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้ยา จะต้องครอบคลุมตั้งแต่การรักษาฉุกเฉิน การรักษาต่อเนื่อง การฟื้นฟู และการเตรียมตัวออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดี ลด

พฤติกรรมก้าวร้าว มีความปลอดภัย และสามารถปรับตัวกลับเข้าสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ ดังนั้นผู้เขียน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย โดยบูรณาการกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยทางการพยาบาล เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติด

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน ในเขตรับผิดชอบพื้นที่อำเภอหนองสองห้อง จำนวน 2 ราย ได้มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ประวัติจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย บิดา มารดา ภรรยา บุตร ญาติ และคนใกล้ชิดในชุมชน การตรวจร่างกายและการตรวจสภาพจิต รวมทั้งการใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพและวางแผนให้การพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบบันทึกทางการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและการประสานงานกับทีมวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	วันเกิดเหตุเสพยาไป 2 เม็ด และดื่มสุราร่วม เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของในบ้าน และมีอาการหูแว่ว เหมือนมีคนบอกให้ไปผูกคอตาย จึงทำการผูกคอ แต่หลานมาเจอจึงบอกญาติให้ช่วยทัน แต่ไม่รู้สึกตัว จึงนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลหนองสองห้อง ได้รับการ	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ใช้ยาบ้าหงุดหงิด โวยวาย มีหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดคิดว่าญาติจะเอาปืนมายิง หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย หงุดหงิดอาระวาดใช้มีดจ่อคอภรรยา ญาติจึงแจ้งตำรวจและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลหนองสองห้อง ได้รับ
	บำบัดจากแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลหนองสองห้อง พออาการดีขึ้นออกไปบำบัดรักษาที่งานยาเสพติดโรงพยาบาลหนองสองห้อง	การบำบัดจากแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลหนองสองห้อง พออาการดีขึ้นออกไปบำบัดรักษาที่งานยาเสพติดโรงพยาบาลหนองสองห้อง
ประวัติการใช้สารเสพติด	ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้า ตั้งแต่อายุ 35 ปี ด้วยสาเหตุใช้ในการไปทำงานที่กรุงเทพมหานคร พอเกิดสถานการณ์โควิดระบาด จึงกลับมาอยู่บ้าน และเริ่มเสพยาและดื่มสุราร่วมด้วย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพิ่มปริมาณในบางครั้ง	ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้า ตั้งแต่อายุ 29 ปี มีช่วงเสพห่างออกบ้าง ช่วงอายุ 30-40 ปี ปัจจุบันเสพยาบ้า (แอมเฟตามีน) เสพกัญชา สัปดาห์ละ 2-3 วัน สูบบุหรี่ 5 - 6 มวน/วัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกายและโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด	ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกายและโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด
ประวัติครอบครัว	อาศัยอยู่กับบิดา มารดา น้องสาว และหลาน สมาชิกในครอบครัวปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติด	อาศัยอยู่กับภรรยา และบุตร สมาชิกในครอบครัวปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติด
การประเมินสภาพผู้ป่วยอาการแรกรับ	1. การประเมินทางชีวภาพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/72 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 53.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI = 20.898 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. การประเมินสภาพโดยทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย วัยผู้ใหญ่ ลักษณะทั่วไป รูปร่างสมส่วน ผิวสีดำแดง ไม่เต็มใจมาบำบัดรักษา พูดเสียงดัง	1. การประเมินทางชีวภาพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/84 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 47.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI = 16.47 ผอมเกินไป 2. การประเมินสภาพโดยทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย วัยผู้ใหญ่ ลักษณะทั่วไป รูปร่างผอม ผิวสีขาวเหลือง ไม่เต็มใจมาบำบัดรักษา เอะอะโวยวาย ทำร้ายร่างกายภรรยา

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน ในเขตรับผิดชอบพื้นที่อำเภอหนองสองห้อง ในประเด็นแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แผนการรักษา คือ ระยะ Acute ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะเตรียมจำหน่าย รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี นับถือศาสนาพุธ ความคิดความจำดี สามารถเล่าเรื่องราวที่มีอยู่ในอดีตและปัจจุบันของตนเองได้ เก็บกด มีความขัดแย้งกับมารดา รับรู้	1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี นับถือศาสนาพุธ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียวง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ขู่ทำร้ายผู้อื่นทุกวัน ซึ่งก่อนมา 1 ชั่วโมง อาระวาด ใช้มีดจ่อ	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อมีความเครียดมักใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด ร่วมด้วยสุรา เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและนอนหลับ มีบทบาทในครอบครัวน้อย ไม่มีความภาคภูมิใจ และมีภาวะ Low self esteem โดยกรณีศึกษาราย

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ตนเองว่าเครียด หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ และใช้สารเสพติด สารกระตุ้น เสพยาบ้า ดื่มสุรา เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ก่อนมา 1 วัน มีอาการหูแว่ว เหมือนมีคนบอกให้ไปผูกคอตาย จึงทำการผูกคอ แต่หลานมาเจอจึงบอกญาติให้ช่วยทัน แต่ไม่รู้สึกตัว	คอภรรยา ญาติจึงแจ้งตำรวจและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลหนองสองห้อง	ที่ 2 มีระยะเวลาการเสพติดที่ยาวนานกว่า ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ โกรธ มีความคิดหลงผิดและมีการรับรู้บิดเบือนจากความจริง หูแว่ว ภาพหลอนที่เด่นชัดมากกว่า
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง พูดบ่นคนเดียว หูแว่วบางครั้ง นอนหลับได้บ้างเล็กน้อย โดยใช้ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข V.2 = 28 คะแนน เป็นผู้ติดสารเสพติด ประเมิน Audit สุรา = 18 คะแนน มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน เพราะคนไข้ดื่มสุราร่วมกับยาเสพติด แต่ไม่ได้เข้ารับกระบวนการรักษา	2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ท่าทางระมัดระวังตัว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว เสียงดัง โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข V.2 = 30 คะแนน เป็นผู้ติดสารเสพติด อารมณ์หงุดหงิด ปฏิเสธเข้ารับกระบวนการรักษา	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ระดับต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการหูแว่ว คัดกรองด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข V.2 พบว่า มีการใช้ยาเสพเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับรายกรณีที่ 2 ที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง และได้รับการประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข V.2 พบว่า เสพทุกเดือน เดือนละ 4-5 ครั้ง แต่มีพฤติกรรมที่รุนแรงกว่า
3. แผนการรักษา ระยะ Acute CBC, Bun, Cr Electrolyte, Ca, Mg, LFT, Urine Amphetamine, marijuanas, X-ray Med -Haldol 5 mg IM prn for agitation	3. แผนการรักษา ระยะ Acute CBC, Bun, Cr Electrolyte, Ca, Mg, LFT, Urine Amphetamine, marijuanas, Med - Haldol 5 mg IM prn for agitation	แผนการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการตรวจวินิจฉัยร่วมกับอาการแสดงโดยการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจUrine Amphetamine, marijuanas ให้ผลบวกที่ 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางกายแบบเดียวกัน คือภาวะ Hypokalemia ให้การรักษาทางกายและอาการทางจิตด้วย ยาต้านโรคจิตและยาปรับอารมณ์ที่ใกล้เคียงกัน และมีการวางแผนดูแลต่อเนื่อง โดยการ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
-Valium 10 g IV prn for agitation -Risperidone (2) 1x1 pc ช, hs -Trihexyphenidyl (2) 1x1 pc ช, hs -lorazepam (1) 1xhs, 1xprn for insomnia -Elixer Kcl 30 ml oral ทุก 3 hrs x 3 dose	- Valium 10 g IV prn for agitation-Risperidone (2) 1x1 pc ช, hs - Trihexyphenidyl (2) 1x1 pc ช, hs - lorazepam (2) 1x3 pc, 1xprn for insomnia - Vit B complex 1x3 pc	ประสานชุมชนให้ดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากทั้ง 2 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) แต่เนื่องด้วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการทางจิตที่เด่นชัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่สูงกว่าแพทย์จึงให้การรักษาอาการทางจิตแบบต่อเนื่องแบบออกฤทธิ์ระยะยาวเพิ่ม เพื่อให้สามารถควบคุมอาการได้
- Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ	- Elixer Kcl 30 ml oral x 1 dose - Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ	
ระยะดูแลต่อเนื่อง - lorazepam (2) 1x1 pohs - Haloperidol (0.5) 1x1 pohs - vit BCO 1x2 popc	ระยะดูแลต่อเนื่อง - off lorazepam (2) เดิม - lorazepam (2)1xprn for insomnia - vit BCO 1x2 popc	
ระยะเตรียมจำหน่าย -แนะนำญาติกำกับการกินยาและประสานชุมชนให้ดูแลต่อเนื่อง - Trihexyphenidyl (2) 1x1 pc ช, hs -Risperidone (2) 1xpc ช, 2xhs - lorazepam (2) 1x1 pohs - Haloperidol (0.5) 1x1 pohs - vit BCO 1x2 popc	ระยะเตรียมจำหน่าย -แนะนำญาติกำกับการกินยาและประสานชุมชนให้ดูแลต่อเนื่อง - lorazepam (2)1x1 hs. - vit BCO 1x2 pc. -Risperidone (2) 1x1 pc ช, hs	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์การพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
<u>ระยะ Acute</u> (ระยะระบุปัญหา)			
1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ทำลายข้าวของ อาคารสถานที่ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น และการทำลายข้าวของอาคารสถานที่ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	1. สร้างความสัมพันธ์ในการบำบัดรักษา ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจคุณ 2. รักษาระยะห่างที่เหมาะสมจากผู้ป่วย 3. เรียกชื่อผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน โดยไม่กล่าวโทษผู้ป่วย 4. ขณะพูดคุยกับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการจ้องมองผู้ป่วย และระวังอย่ากระซิบต่อหน้าผู้ป่วย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสงสัยได้ 5. แสดงความยอมรับต่อภาพหลอนทางหูของผู้ป่วย โดยไม่โต้แย้งหรือท้าทายว่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดนั้นไม่เป็นความจริง 6. ประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินและอาคาร เพื่อประเมินความรุนแรงและเตรียมการป้องกันอย่างทันท่วงที 7. จัดสภาพแวดล้อมในการรักษาให้มีการระบายอากาศที่ดี ลดสิ่งเร้า และรักษาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย 8. ติดตามความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และทรัพย์สิน 9. จำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น การใส่กุญแจมือตำรวจ 10. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย คะแนน 2 แล้วรายงานให้แพทย์เข้าสู่กระบวนการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1 มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวเล็กน้อยทางคำพูด หวาดระแวง อยากกลับบ้าน กรณีที่ 2 ยังมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าวรุนแรงกว่ากรณีที่ 1 และเกิดขึ้นบ่อยเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น เนื่องจากมีอาการทางจิตหลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะเข้ามาทำร้าย
	2. เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจากความดันโลหิตสูง	1. เรียกชื่อผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 2. สังเกตอาการและอาการแสดงเพื่อประเมินอาการผิดปกติ 3. วัดความดันโลหิตทุก ๆ ชั่วโมงเพื่อประเมินระดับความดันโลหิต	1. ผู้ป่วยยอมรับและไว้วางใจ ไม่มีเจตนาทำร้าย และสามารถพูดคุยกับพยาบาลได้ 2. ไม่พบเหตุการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์การพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
	เนื่องจากเสพยาบ้าเกินขนาด	4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและความเสี่ยงต่อเลือดออกในสมองอันเนื่องมาจากการใช้เมทแอมเฟตามีน	ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินและอาคาร
2. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม		1. สร้างความสัมพันธ์ในการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจในตัวผู้ป่วย 2. ประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และวางแผนเพื่อทราบความรุนแรงและเตรียมพร้อมสำหรับการป้องกันอย่างทันท่วงที 3. สังเกตอย่างใกล้ชิดและจัดเตรียมให้ใกล้กับพื้นที่ทำงานของพยาบาล 4. ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q, 9Q, 8Q, SAVE จากการแสดงออกทางสีหน้าเศร้า การร้องไห้ และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากคำพูด ท่าทาง การกระทำ ความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์รอบข้างเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยและวางแผนการรักษา 5. สอบถามเกี่ยวกับความคิดที่จะทำร้ายตนเองและความคิดที่จะฆ่าตัวตายในระหว่างการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธ์ 6. ให้ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงความรู้สึกและระบายความไม่สบายใจ 7. พูดคุยกับผู้ป่วยในระหว่างการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธ์ 8. จัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง จัดสภาพแวดล้อมให้ไม่มีสิ่งรบกวน และมีแสงสว่างเพียงพอ 9. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการทำร้ายตัวเองอีก 10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตผลข้างเคียงของยาเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วย	1. หลังจากพูดคุยและทำกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติมแล้วผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและไม่ทำร้ายผู้อื่น 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความพึงพอใจที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและสามารถควบคุมตัวเองได้เป็นบางครั้ง 3. ผู้ป่วยสามารถระบุเป้าหมายในการใช้ชีวิตและบอกว่าได้เลิกยาแล้ว 4. ผู้ป่วยใช้การจัดการความคิดและอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อรู้สึกโกรธ เครียด หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่คิดและหาทางออกให้ตัวเองไม่ได้หรือไม่ได้ดั่งใจ ผู้ป่วยจะร้องไห้โวยวาย ก้าวร้าว และขู่ทำร้ายตัวเอง โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์การพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		11. สื่อสารกับครอบครัวและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพรับทราบปัญหา และวางแผนแก้ไขร่วมกัน 12. ค้นหาข้อมูลหรือสัญญาณเตือนจากผู้ป่วย	
<u>ระยะดูแลต่อเนื่อง</u> (ระยะดำเนินการแก้ปัญหา)			
3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากได้รับยาชนิดฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง	3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากได้รับยาชนิดฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง	1. เรียกชื่อคนไข้ให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 2. ดูแลและติดตามการให้ยาตามแผนการรักษา 3. ประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับคนไข้หลังฉีดยา ได้แก่ อาการง่วงนอน ตัวสั่น ปากแห้ง คอแห้ง 4. อธิบายให้คนไข้ทราบถึงผลข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากและคอแห้ง 5. ดูแลให้คนไข้รับประทานยาเพื่อลดผลข้างเคียงของยาจิตเวชตามแผนการรักษา 6. พิจารณาแจ้งแพทย์เพื่อรับการรักษาเมื่อคนไข้มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา 7. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพื่อลดอาการคอแห้งและท้องผูก 8. แนะนำให้คนไข้เปลี่ยนท่านั่งอย่างช้าๆ และระวังการเกิดอุบัติเหตุ 9. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบสิ่งผิดปกติใดๆ ให้รีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที	กรณีศึกษาที่ 1 มีผลข้างเคียงเล็กน้อยจากยาจิตเวช ได้แก่ อาการง่วงนอนและเวียนศีรษะ ไม่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นระหว่างการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 อยู่ในอาการสงบและรับประทานยาเพื่อลดผลข้างเคียงของยาจิตเวชตามแผนการรักษา
<u>ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย</u> (ระยะดำเนินการแก้ปัญหาและระยะสิ้นสุด)			
4. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงในการบำบัดรักษายาเสพติดต่อเนื่อง	4. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงในการ	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อประเมินความเชื่อ ทัศนคติ สาเหตุการเสพยาบ้าของผู้ป่วย 2. ให้ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาและความเครียดที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด	กรณีศึกษาที่ 1 มีความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากเสพเมทแอมเฟตามีน ซึ่งก็คือ “มันทำให้เครียดมากขึ้น ทุกอย่างหายไป

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์การพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
	บำบัดรักษายาเสพติดต่อเนื่อง	3. ประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยและเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของเมทแอมเฟตามีน ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน 4. ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าบ้านพักของรัฐ ต้องได้รับการรักษายาเสพติดอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเลิกใช้ยาเสพติดได้ 5. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (ระยะการเปลี่ยนแปลง) เพื่อให้คำแนะนำสั้นๆ (BA) 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและเอาชนะปัญหาต่างๆ	หมด ทั้งครอบครัว พ่อ น้องๆ บ้าน และจะไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป” ดังนั้นจึงเริ่มหาแรงบันดาลใจที่จะเลิกเสพเมทแอมเฟตามีน ซึ่งก็คือ อยากกลับบ้านกับครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งก็คือขั้นตอนของความลังเล/การไตร่ตรอง ผู้ป่วยกล่าวว่า “กรุณาให้ใบนัดกับฉันสำหรับการนัดพบแพทย์ครั้งต่อไปด้วย”
5. ผู้ดูแลเครียดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น	5. ผู้ดูแลเครียดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น	1. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เช่น คุณพ่อ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาและการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย 2. แนะนำให้ประเมินสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง เช่น กินยาบ้าหรือสารกระตุ้น หงุดหงิด นอนไม่หลับ ส่งเสียงดัง ขู่ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น 3. เมื่อพบสัญญาณเตือนพฤติกรรมรุนแรงแม้เพียง 1 สัญญาณเตือน ให้แจ้งหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อดูแลและช่วยเหลือทันที 4. ประสานงานกับ อสม. และสถานีอนามัยในพื้นที่ เพื่อกำกับดูแลการใช้ยาและการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วย 5. ให้ผู้ดูแลมีโอกาสระบายความรู้สึกความเครียด ความวิตกกังวล และให้กำลังใจ	กรณีศึกษาที่ 1: ผู้ดูแลสามารถบอกสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรงได้ เช่น “หากเห็นใครสักคนนอนไม่หลับและเดินทั้งคืน นั่นหมายความว่าเขาเสพเมทแอมเฟตามีน พวกเขาต้องพาเขาไปพบแพทย์ทันที มิฉะนั้นเขาจะอาละวาด” กรณีศึกษาที่ 2: ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการความเครียด เช่น “จะไปคุยกับเพื่อนบ้าน ฟังเพลง ดูทีวี และทำอะไรสักอย่างเพื่อผ่อนคลาย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์การพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		6. แนะนำวิธีการจัดการความเครียดแก่ผู้ดูแล เช่น ฟังเพลง เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน เป็นต้น	หากเครียดมากก็จะไปพบแพทย์เอง”
6. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	6. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าใน 3. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง และเสริมแรงเสริมพลังในการเอาความสามารถที่มี เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในจิตใจ 4. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่าง ๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเองหลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ 5. เพิ่มแรงจูงใจในครอบครัวให้กำลังใจ 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไขลักษณะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ มีโอกาสแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง อันจะเป็นแนวทางให้เกิดความภาคภูมิใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ 7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาความสามารถหรือลักษณะเด่นที่ทำให้ภาคภูมิใจทั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนลักษณะทางบวก เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะพัฒนาตัวเองต่อไป 8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม 9. จัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน 10. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น 11. กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนการดูแลผู้ป่วย 12. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1 มีมารดาเข้ามาเยี่ยมเป็นประจำมีการรับรู้คุณค่าในตัวเองมากขึ้น อยากเป็นคนดี อยากทำสิ่งดี ๆ เพื่อลูกและมารดา มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น กรณีศึกษารายที่ 2 ภรรยาหย่าร้าง ไม่มีลูกครอบครัวและชุมชนหวาดกลัวและไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกเครียด โกรธ น้อยใจ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง บทบาทของพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะการมีคุณค่าจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจ และปลอดภัย ไม่ทำร้ายตนเอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์การพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
7. แบบแผนการนอน เปลี่ยนแปลง เนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและวิตกกังวล	7. แบบแผนการนอน เปลี่ยนแปลง เนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและวิตกกังวล	1. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าอกเข้าใจ ประเมินแบบแผนการนอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย เนื่องจากการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย อาจเกิดความเครียด 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาเสพติดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำให้ศูนย์ การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงไป 3. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene) 4. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้นอนไม่หลับ 5. เมื่อให้การดูแลและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลข้างต้นแล้วไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา 6. ให้ยาตามแผนการรักษา 7. บันทึกการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 นอนหลับได้ตามปกติ นอนกลางคืนประมาณ 5-6 ชั่วโมง
8. แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม	8. แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม	1. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิม ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ในอดีตและส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น 3. แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลอง ใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียของทางเลือกได้เหมาะสม จะส่งเสริมให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น 4. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรม	กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาได้ถูกต้อง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่น

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์การพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		5. ชมเชยให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม 6. กระตุ้นเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การปรับตัว แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ 7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปรับความเข้าใจในการใช้ชีวิตร่วมกัน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	
9. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	9. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	1. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D METHOD ถูกต้อง D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สาเหตุ การป้องกันเสพซ้ำ การปฏิบัติตัวที่ M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทังข้อห้ามการใช้ยาด้วย E Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปใช้ยา T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษายาเสพติด รวมถึงการเฝ้าสังเกต อาการตนเองและการปรึกษาแพทย์ หรือการมาก่อนนัด H Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยาเสพติด O Outpatient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยและญาติบอกว่า มีความรู้ ความเข้าใจแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวและมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กรณีศึกษาที่ 2 ขอรับและส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่รพช.สักระยะเพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในความปลอดภัย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์การพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย	

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 41 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า และดื่มสุราร่วมด้วย มีพฤติกรรมก้าวร้าว หูแว่ว ภาพหลอน และมีพฤติกรรมรุนแรงโดยการทำร้ายตนเอง ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้เหมาะสมและกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ แต่ยังติดตามผลอยู่เรื่อย ๆ กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 45 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า กัญชา และสุรา จนเกิดอาการทางจิต ประสาทหลอน เอะอะโวยวาย ข่มขู่ผู้อื่น มีภาวะหวาดระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูงหลังให้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทาน ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษารายที่ 1 การจำหน่ายออกจาก/โรงพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ มาบำบัดแบบสมัครใจ ยังมีอาการผิดปกติ หูแว่ว ไม่มีภาพหลอน แต่ยังต้องติดตามบำบัดสารเสพติดเพื่อไม่ให้เสพอีก โดยผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม โดยการประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ รอสม. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต./PCC และรพช. ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง อปท. และตำรวจ เป็นต้น เพื่อส่งต่อข้อมูลตลอดจนช่วยดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม และติดตามเข้าสู่การรักษาเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมความรุนแรงซ้ำ และให้ได้รับความปลอดภัยสูงสุดทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม อีกทั้งใช้แนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[7] เพื่อประเมินสภาพและวางแผนให้การพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยประเมินรูปแบบและพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งและส่งผลต่อสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่ส่งเสริมหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่ และการประสานงานกับทีมวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกานต์ สุมณฑา[8] ที่ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยรายนี้อยู่บำบัดรักษาในระยะ บำบัดยา รวม 43 วัน จนกระทั่งอาการทางยาเสพติดและอาการทางจิตทุเลา สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จึงส่งต่อไประยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลเสริมสร้างแรงจูงใจการเลิกสารเสพติด มีการประเมิน Stage of change อยู่ระยะการลงมือปฏิบัติในการเลิกยาเสพติด (Action) รวมระยะเวลาบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 35 วัน ติดตามการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงให้เป็นรูปแบบ และแนวทางที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพ มาตรฐานในการให้บริการพยาบาล

2. ควรมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและการประเมินผู้ป่วยร่วมกันของวิชาชีพ เช่น แพทย์

พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชน เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือได้อย่าง ครอบคลุมและแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

3. ควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุยร่วมกัน มีการใช้ข้อมูลร่วมกันโดยทีม ร่วมกันปรึกษาหารือ เพื่อลดระยะเวลาในการสืบค้นข้อมูลเชิงวิชาชีพ ได้เห็นความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม รวดเร็ว

4. การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด คือขั้นตอนหรือกระบวนการที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีภาวะสุขภาพ หรือชีวิตที่ดีขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กระบวนการบำบัดรักษา กระบวนการพยาบาลต้องผสมผสานรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้การช่วยเหลือภายหลังการบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพ กลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 67]. เข้าถึงจาก: http://www.chiangmaihealth.go.th/document/221101166727744069.pdf
2. นภวัลย์ กัมพลาศิริ. การพยาบาลบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน (Nursing Care for Persons with Personality Disorders). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.
3. จำปา สิงขะระ. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติ ทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว. สงขลา: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์; 2565.
4. สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.phonhospital.go.th/ita/MOIT2%20ข้อ%209.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วย บริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิสชิ่ง; 2561.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: บริษัทพรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
7. Gordon, M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.
8. ชนิกานต์ สุมณฑา. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น : กรณีศึกษา [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.พ. 67]. เข้าถึงจาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/research/

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Factors related to behavior in receiving cervical cancer screening services Hua Suea Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province.

(Received: November 24,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

มนัชญา สุขทองสา[1]รุจิรา อำพันธ์[2]
Manatchaya Sukthongsa[1] Rujira Ampan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่สตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลบ้านหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 265 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค่าไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 47.12 ปี ร้อยละ 35.10 ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 และทัศนคติต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.00 เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการมารับบริการ พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.338$, P-value < 0.001) เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่าปัจจัยด้านด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.416$, P-value < 0.001)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์,พฤติกรรม,มะเร็งปากมดลูก

Abstract

This research aims to find factors that are related to behavior in receiving cervical cancer screening services. sample group Including women aged 30 - 60 years in the service area of the Promoting Suphap Hospital, Ban Hua Suea Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. Number of people: 265 people. The tool used in this study was a questionnaire created by the researcher to analyze descriptive data using frequency, mean, percentage, and standard deviation. Correlation was determined using the Pearson correlation coefficient. and chi-square value. The results of the study found that the average age of the sample was 47.12 years, 35.10% had a level of knowledge about cervical cancer. At a moderate level, 43.00 percent, and attitudes towards receiving cervical cancer screening services were at a high level, 40.00 percent. When testing for the relationship between personal factors and the behavior of coming to receive cervical cancer screening services, it was found that personal information factors were not related to the behavior of coming to receive cervical cancer screening services. When testing to find the relationship between knowledge about cervical cancer and behavior in receiving cervical cancer screening services, it was found that knowledge about cervical cancer was a factor. There is a relationship with the behavior of coming to receive cervical cancer screening services. Statistically significant at the 0.05 level ($r = 0.338$, P-value < 0.001). When testing for the relationship between attitude

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
[2] พยาบาลวิชาชพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

and behavior in receiving cervical cancer screening services, it was found that the attitude factor There is a statistically significant relationship with the behavior of receiving cervical cancer screening services at the 0.05 level (r = 0.416, P-value < 0.001)

Keywords: Correlated factors, behavior, cervical cancer

บทนำ

ในปี 2560 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในลำดับที่ 6 ของโรคมะเร็งโดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 5,422 ราย มีอุบัติการณ์ 11.1 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติโรคมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับสองรองจาก มะเร็งเต้านมของสตรีไทย โดยมีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ ประมาณ 14.4 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คนต่อปี จะเห็นว่าก่อให้เกิดความสูญเสียต่อ ชีวิตและทรัพย์สินทั้งของตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ในส่วนตัวผู้ป่วยเองนั้นจะทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมาก ขึ้น โดยเฉพาะในรายที่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะท้ายของโรค นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยที่พบว่าเป็น มะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามแล้วนั้นมีความยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การฝังแร่ การฉายแสงหรือการให้ยาเคมีบำบัดต้องใช้เวลานานในการรักษา เสียค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งมีผลแทรกซ้อนจากการรักษาในระยะยาวอีกด้วย[1]

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ช่วงอายุ 35 - 60 ปี ประชาชนในการดูแลรับผิดชอบตนเองในขั้นต้นเพื่อร่วมค้นหาปัจจัยเสี่ยงและอาการที่พบตลอดจนสามารถดูแลและเฝ้าระวังตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ พ.ศ. 2556–2560 บรรลุผลงานที่ ร้อยละ 100 กรมการแพทย์ได้กำหนดแผนปฏิบัติ การในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก โดยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test และกำหนดเป็นบริการที่ไม่เสีย ค่าใช้จ่ายภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโดยกำหนดนโยบายให้สตรีที่มีอายุ 35 - 60 ปี ทุกคนได้รับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก เพื่อค้นหาวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกให้ ได้ตั้งแต่อยู่ในระยะแรกเริ่มจะทำให้ลดอัตราการ เกิดโรคมะเร็งและอัตราตายจากโรคมะเร็งได้อย่าง เป็นรูปธรรมแต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่ประสบ ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ภายในเวลา 5 ปี[2]

สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 295 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.06 ซึ่งเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด[2] เมื่อลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกไม่ได้ ยุทธศาตร์ในการจัดการมะเร็งปากมดลูกคือ ทำการคัดกรองเพื่อค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะการรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะแรกผลการรักษาดี ผลแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ

ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษและเพื่อสร้างเสริมความรู้พฤติกรรมของสตรีในการรู้จักเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองพร้อมทั้งประสานกับสถานบริการในระดับต่างๆ เพื่อการวินิจฉัยดูแลรักษาส่งต่อ เป็นการพัฒนาบทบาทของประชาชนในการดูแลรับผิดชอบตนเองในขั้นต้นเพื่อร่วมค้นหาปัจจัยเสี่ยง และอาการที่พบตลอดจนสามารถดูแลและเฝ้าระวังตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลบ้านหัวเสือ อำเภอ
ขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงปีงบประมาณ 2566 จำนวน 846 คน (ข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS รพ.สต. บ้านหัวเสือ, 2566)

กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าคำนวณสัดส่วน (Proportion testing) โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน (1970). ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ 265 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลหัวเสืออำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณา (Descriptive study) โดยแบบสองถาม (Quertionaire) แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อค่าถามเกี่ยวกับ สถานภาพ ของผู้ตอบ คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติครอบครัว จ่านวน 6 ข้อ

ส่วนที่2 สอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบให้คะแนนแบบประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบให้คะแนนแบบประเมินค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 5 ข้อ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามรวมทั้งฉบับประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติและพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ค่า IOC เท่ากับ 0.8 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตามที่ปรับปรุงข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีอายุ 30 - 60 ปี ตำบลดองกำเม็ด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยวิธีการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ในตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติคนในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกส่วนตัวแปรอายุ ความรู้เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยรวม ทัศนคติการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยรวม และพฤติกรรมการ

มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยรวม ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและประวัติคนในครอบครัวที่เคยป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในต่าบลหัวเสือ อ่าเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการทดสอบไคสแควร์ (Cornbrash's alpha confident) โดยค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาค โดยความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่าเท่ากับ 0.841 และทัศนคติเท่ากับ 0.833

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดเตรียมแบบสอบถามที่ได้นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

2. ประสานงานผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่เป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในการสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล

4. อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการใช้แบบสอบถาม และสาธิตวิธีการเก็บข้อมูลเป็นตัวอย่างแก่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

5.อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

6. รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรม เลขที่ SPPH 2024-059 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 35.10 สถานภาพสมรส แต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ89.10 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ70.60 ไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 97.70 มีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 2.30 เป็นมารดาร้อยละ 66.67 พี่สาว ร้อยละ 33.30

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 33.60 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.40

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง แสดงทัศนคติในภาพรวมดังนี้ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุก 5 ปี เป็นการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก
พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง = 4.750, S.D. = 0.462 การตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นด้วยระดับสูง = 4.670, S.D. = 0.528 การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกแล้วไม่รับการรักษา จะทำให้เสียชีวิตได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นด้วยระดับสูง = 4.610, S.D. = 0.630 บุคคลที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูกมีส่วนให้ประชาชนตื่นตัวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง = 4.580, S.D. = 0.652 อสม. มีส่วนช่วยในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง = 4.710, S.D. = 0.541

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 รองลงมาอยู่ในระดับ สูง ร้อยละ 20.00 และน้อยที่สุด ระดับ ต่ำ ร้อยละ 10.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.240 คะแนน ต่ำสุด 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 5.00 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับดรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติกับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ อายุ (r= 0.068, P-value = 0.271) สถานภาพ (P-value = 0.541) ระดับการศึกษา (P-value = 0.641) อาชีพ (P-value = 0.522) บุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก (P-value = 0.676) บุคคลใน ครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก (P-value =0.795) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ (r = 0.338, P-value < 0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถนำมาอภิปราย ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 35.10 มีอายุเฉลี่ย 47.12 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรส แต่งงาน / อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 89.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.10 ดังนั้นจึงไม่พบความแตกต่างระหว่าง อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสอดคล้องกับการศึกษาของภูนรินทร์ สีกุด มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อยและชาลินี มานะยิ่ง (2564) ที่ศึกษาพบว่า ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.62 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า ประถมศึกษา ร้อยละ 48.72 มีสถานภาพสมสรคู่ (อยู่กินกับสามี) ร้อยละ 74.36 มีอาชีพแม่บ้าน/ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว ร้อยละ 38.46 รายได้เฉลี่ยเดือน 3,789.74 บาท มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 20.72 ปี เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.18 คุมกำเนิด ร้อยละ 74.36 โดยวิธีการกินยาคุมกำเนิด ร้อยละ 30.77

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (r = 0.338, P-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การที่สตรีไม่มีความรู้ในเรื่อง การตรวจมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้ละเลยต่อการตรวจเพราะการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดีนั้นจะต้องมี ความรู้เป็นองค์ประกอบ[4]

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (r = 0.416, P-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05เพราะเมื่อทราบ

ถึงวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น[5] ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเพ็ญนิภา ชำนาญบริรักษ์ และเพ็ชรศักดิ์ อุทัยนิล[1] ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวา ที่ศึกษาพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในตำบลหัวเสืออำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษในระดับปานกลาง(r = 0.338, P-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อจะได้มีพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกดีขึ้นตามไป

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษในระดับปานกลาง (r =0.416, P-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ดี เพื่อจะได้มีพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกดีขึ้นตามไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาแบบเจาะลึกเพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

2.2 ศึกษารูปแบบการเชิญชวนให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3. การทำวิจัยคุณภาพร่วมกับวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัญหา และข้อสรุปได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญนิภา ชำนาญบริรักษ์ และเพ็ชรศักดิ์ อุทัยนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวา. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565;2(2):59-70.
2. ชัชวาล นฤพันธ์จิรกุล รัตนา ธรรมวิชิตและธานินทร์ สุธีประเสริฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(6):1022-1031.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเสือ. รายงานการดำเนินงานประจำปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเสือ. ศรีสะเกษ;2566
4. ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล;2562:35(2),95-108.
5. รัฐพล สาแก้ว จงกลนี ธนาไสย์และบัณฑิต วรรณประพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองเหล็ก อำเภอเสขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2560;23(1):17-30.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Association Between Health Literacy, Health Behaviors, and Blood Sugar Levels in At-Risk Individuals: A Case Study of Ban Kham Hai Subdistrict Health Promotion Hospital, Nong Kung Sri District, Kalasin Province

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 3,2024 ; Accepted: December 4,2024)

กัลยา ภูห้องเพชร[1]
Kallaya Poohongpech[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน 330 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 56.63±7.88) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีระดับดีมากสูงสุด (ร้อยละ 46.4) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 72.08±9.38) โดยเฉพาะพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.2 และ 77.6 ตามลำดับ) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.109$, $p = 0.048$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.352$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลในเลือด, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study the situation of health literacy and health behaviors, and to examine the relationships between health literacy, health behaviors, and blood sugar levels among new diabetes risk groups in the service area of Ban Kham Hi Health Promoting Hospital, Nong Kung Si District, Kalasin Province. The sample consisted of 330 individuals at risk of new-onset diabetes. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

The results showed that the sample group had overall good health literacy (mean 56.63±7.88), with the highest level in accessing health information and services (46.4%). Overall health behaviors were at a good level (mean 72.08±9.38), particularly in avoiding alcohol consumption and smoking (78.2% and 77.6% respectively). Correlation analysis revealed that health literacy had a significant negative correlation with blood sugar levels ($r = -0.109$, $p = 0.048$) and a significant positive correlation with health behaviors ($r = 0.352$, $p < 0.001$).

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Keywords: Health Literacy, Health Behaviors, Blood Sugar Levels, Diabetes Risk Group

บทนำ

โรคเบาหวานเกิดจากการทำงานของฮอร์โมนผิดปกติส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน (อายุ 20-79 ปี) ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.0 จากปี 2562 และคาดการณ์ว่าในปี 2573 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 634 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และในปี 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ถึง 1.5 แสนคน[2]

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2564 - 2566) พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอยู่ที่ 6,336.9, 6,648.4 และ 6,914.1 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงคือ 59.6, 66.4 และ 66.8 ต่อประชากรแสนคน ในอำเภอหนองกุงศรี สถานการณ์ในปีพ.ศ. 2564-2566 แสดงอัตราป่วยเบาหวานต่อประชากรแสนคนที่ 5,281.5, 5,705.7 และ 5,910.4 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง คิดเป็นอัตรา 36.6, 39.7 และ 22.9 ต่อประชากรแสนคน[3] จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (HOSxP_PCU) ของ รพ.สต.บ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2564-2566 คือ 4,654.5, 4,664.7, และ 4,895.7 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 244.9, 194.3, และ 484.7 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ข้อมูลสถิติเผยให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่การป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ การสำรวจสุขภาพของคนไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานกว่า 1 ใน 3 ไม่ทราบว่าตนเองป่วย การวิจัยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจึงเป็นเรื่องสำคัญ[4] ความรุนแรงของโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งรวมถึงการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยาลดน้ำตาล การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลตนเองและการปฏิบัติตามการรักษาเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ และจัดการข้อมูลสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมาเป็นนโยบายตั้งแต่ปี 2556 จนถึงปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) ลดการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้[5] กรมอนามัยได้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง[6] โดยมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่ดีขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่า

มากกว่าร้อยละ 50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี และระดับพอใช้หรือปานกลาง มีความแตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ที่ศึกษา นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีย่อมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย[4,7,8,9]

รพ.สต.บ้านคำไฮ ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพและควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมาปรับใช้ตามแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเน้นการลดการป่วยและการตายก่อนวัยอันควร โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน ปี พ.ศ. 2566 ถูกนำมาใช้ในระดับตำบลและหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ให้กับทีมสุขภาพ ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่วัยทำงาน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่วัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,382 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีประวัติความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดผิดปกติ มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม รอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย หรือเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง หรือมากกว่าส่วนสูงหาร 2 ทั้งสองเพศ เข้าเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่กล่าวมา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรแบบทราบจำนวนประชากร [10] กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% งานวิจัยที่ผ่านมามีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 51.21 (p=0.512)[8] แทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 300 คน และเพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ไม่ความสมบูรณ์จึงกำหนดการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 330 คน การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบแล้วสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [11] ซึ่งประกอบด้วย 4 ตอน จำนวน 45 ข้อ ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก จำนวน 4 ข้อ และค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับที่วัดความยากง่ายของการกระทำ ตั้งแต่ระดับไม่เคยทำจนถึงระดับทำได้ ง่ายมาก

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3.1 พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงระดับปฏิบัติทุกวัน

ตอนที่ 3.2 พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงระดับปฏิบัติทุกวัน

รายละเอียดการให้คะแนนและการแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามคู่มือรหัสบันทึกข้อมูลแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[12]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับประชาชนในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.940 0.703 และ 0.825 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลทั่วไปหรือข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่หาค่าจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของแบบประเมินได้แก่ การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับ (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ของครอนบาค (Cornbach's alpha coefficient) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ KLS.REC 203/2567 ณ วันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 330 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 261 คน (ร้อยละ 79.1) และเพศชาย จำนวน 69 คน (ร้อยละ 20.9) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี จำนวน 176 คน (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 99 คน (ร้อยละ 30.0) และช่วงอายุ 30-39 ปี

จำนวน 43 คน (ร้อยละ 13.0) ส่วนกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือช่วงอายุ 15-19 ปี มีเพียง 5 คน (ร้อยละ 1.5) ด้านการศึกษา พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 161 คน (ร้อยละ 48.8) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. จำนวน 111 คน (ร้อยละ 33.6) และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 คน (ร้อยละ 9.1) ส่วนผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวน 20 คน (ร้อยละ 6.1) และระดับอนุปริญญาหรือ ปวส. มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 8 คน (ร้อยละ 2.4) เมื่อพิจารณาสถานะทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไปในชุมชน จำนวน 261 คน (ร้อยละ 79.1) รองลงมาคือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 51 คน (ร้อยละ 15.5) และมีผู้ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือกรรมการชุมชน จำนวน 18 คน (ร้อยละ 5.5) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะเลือดจากปลายนิ้วภายหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 106±33 มิลลิกรัมต่อต่อเดซิลิตร (มก./ดล.) (Min.= 69 มก./ดล., Max.= 248 มก./ดล.)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย56.63±7.88) โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับดี (ร้อยละ 40.0) รองลงมาระดับพอใช้ (ร้อยละ 35.2) เมื่อพิจารณาความรอบรู้รายด้านพบว่า มีความรอบรู้สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 46.4 มีความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.2 43.6 และ 35.8 ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทั้งภาพรวมและรายด้านดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=330)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	153 (46.4)	97 (29.4)	37 (11.2)	43 (13.0)
Mean = 14.58, SD = 2.59 แปลผลระดับ ดี				
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	105 (31.8)	146 (44.2)	41 (12.4)	38 (11.5)
Mean = 14.60, SD = 2.39 แปลผลระดับ ดี				
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	70 (21.2)	144 (43.6)	76 (23.0)	40 (12.1)
Mean = 13.70, SD = 2.61 แปลผลระดับ พอใช้				
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	62 (18.8)	118 (35.8)	112 (33.9)	38 (11.5)
Mean = 13.75, SD = 2.15 แปลผลระดับ พอใช้				
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (องค์ประกอบที่ 1–4)	**53 (16.1)**	**132 (40.0)**	**116 (35.2)**	**29 (8.8)**
Mean = 56.63, SD = 7.88 แปลผลระดับ ดี				

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านพฤติกรรมเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับดีมากในการหลีกเลี่ยงสารเสพติด โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 77.6) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 78.2) นอกจากนี้ยังมีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน (ร้อยละ 75.2) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายยังอยู่ในระดับที่

น่ากังวล โดยพบว่ามีผู้ที่มีพฤติกรรมไม่ดีสูงถึงร้อยละ 37.9 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดในด้านนี้ สำหรับการบริโภคอาหารและการป้องกันการติดเชื้อ พบว่ามีการกระจายตัวของระดับความรอบรู้ค่อนข้างสม่ำเสมอ โดยทั้งสองด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.1) มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ แม้ค่าเฉลี่ยโดยรวมจะอยู่ในระดับดี (72.08 คะแนน) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=330)

พฤติกรรมสุขภาพ	**ระดับความรอบรู้**			
	ดีมาก	**ดี**	**พอใช้**	**ไม่ดี**
	จำนวน (ร้อยละ)	**จำนวน (ร้อยละ)**	**จำนวน (ร้อยละ)**	**จำนวน (ร้อยละ)**
ด้านการบริโภคอาหาร	64 (19.4)	107 (32.4)	95 (28.8)	64 (19.4)
Mean = 20.64, SD = 3.82 แปลผลระดับ พอใช้				
ด้านการออกกำลังกาย	52 (15.8)	90 (27.3)	63 (19.1)	125 (37.9)
Mean = 6.08, SD = 1.86 แปลผลระดับ พอใช้				
ด้านการจัดการความเครียด	248 (75.2)	82 (24.9)	27 (8.2)	36 (10.9)
Mean = 8.42, SD = 2.09 แปลผลระดับ ดีมาก				
ด้านการสูบบุหรี่	256 (77.6)	74 (22.4)	51 (15.5)	8 (2.4)
Mean = 8.47, SD = 1.73 แปลผลระดับ ดีมาก				
ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	258 (78.2)	0	30 (9.1)	42 (12.7)
Mean = 4.32, SD = 1.20 แปลผลระดับ ดีมาก				
ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	94 (28.5)	56 (17.0)	104 (31.5)	76 (23.0)
Mean = 24.15, SD = 5.11 แปลผลระดับ พอใช้				
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อ	**23 (7.0)**	**77 (23.3)**	**152 (46.1)**	**78 (23.6)**
Mean = 72.08, SD = 9.38 แปลผลระดับ ดี				

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ความรอบรู้ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.129, p = 0.019 และ r = -0.162, p = 0.003) เมื่อพิจารณา ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (r = -0.109, p = 0.048) ส่วนความสามารถด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับค่าระดับน้ำตาลในเลือด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้ำตาล

ความรอบรู้สุขภาพ	**ค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้ำตาล**	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	**p-value**
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	-0.083	0.135

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้ำตาล

ความรอบรู้สุขภาพ	ค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้ำตาล	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	-0.076	0.169
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	-0.129	0.019*
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	-0.162	0.003**
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (องค์ประกอบที่ 1–4)	-0.109	0.048*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (*=p < 0.05, **=p<0.01)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.128, p = 0.020 และ r = -0.126, p = 0.022 ตามลำดับ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในขณะที่พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารแสดงความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือดแต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.053) ด้านการจัดการความเครียด การดื่มสุรา และการป้องกันการติดเชื้อ ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (p > 0.05) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมเพื่อป้องกันโรคทั้งชนิดไร้เชื้อและติดเชื้อ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับน้ำตาลในเลือด (p = 0.683) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้ำตาล

พฤติกรรมสุขภาพ	ค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้ำตาล	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านการบริโภคอาหาร	-0.107	0.053
ด้านการออกกำลังกาย	-0.128	0.020*
ด้านการจัดการความเครียด	0.004	0.936
ด้านการสูบบุหรี่	-0.126	0.022*
ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0.005	0.923
ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0.069	0.212
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อ	-0.023	0.683

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (*=p < 0.05, **=p<0.01)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อ พบว่าองค์ประกอบทุกด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.001 โดยเฉพาะด้าน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุด (r = 0.281) รองลงมาคือด้าน การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (r = 0.225) และ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (r = 0.218) เมื่อพิจารณาในภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกที่ชัดเจนที่สุดกับพฤติกรรมสุขภาพ (r = 0.352) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกองค์ประกอบต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.281	<0.001**
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.218	<0.001**
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	0.225	<0.001**
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.281	<0.001**
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (องค์ประกอบที่ 1–4)	0.352	<0.001**

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (*=p < 0.05, **=p<0.01)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 330 คน พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 56.63±7.88) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีระดับดีมากสูงสุด (ร้อยละ 46.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิราภรณ์ และคณะ[13] ที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตาม ด้านการประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพยังอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา และคณะ[14] ที่พบว่าประชาชนไทยยังต้องการการพัฒนาทักษะในด้านดังกล่าว

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 72.08±9.38) โดยเฉพาะพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.2 และ 77.6 ตามลำดับ) แต่พบว่าพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดีสูงถึงร้อยละ 37.9 สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เอกพลากร และคณะ[15] ที่พบว่าประชาชนไทยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ ซึ่ง Moser และคณะ[16] ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากผลการวิจัยพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.109, p = 0.048) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Bailey และคณะ[17] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (OR = 1.73, 95%CI: 1.21-2.47) นอกจากนี้ อารีย์ และคณะ[18] ยังพบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.352, p < 0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lee และคณะ[19] ที่พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาในบริบทของประเทศไทยโดยขวัญเรือน และคณะ[20] ที่พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับชุมชนส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ โดยจัดทำสื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทชุมชน

2. ควรบูรณาการแผนส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิ โดยพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

3. ควรสนับสนุนการสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพระดับชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

2. ควรขยายการศึกษาไปยังบริบทพื้นที่อื่นและกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการรู้หนังสือ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่ม

3. ควรศึกษาปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดทางคลินิกอื่นๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์อย่างรอบด้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายสมดี โคตตาแสง สาธารณสุขอำเภอหนองกุงศรี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยนี้ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas - 10th edition: Global Diabetes data report 2000-2045 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://diabetesatlas.org/data/en/world/

2.กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ระดับจังหวัด: การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

4.จงกลณี ขันอาสา, รักชนก คชไกร, กีรดา ไกรนุวัตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2563;21(3):109-120.

5.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.hed.go.th/linkHed/46

6.วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน: เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

7.ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. Veridian E-Journal 2559;3(6):67-85.

8.จิริสุดา ธานีรัตน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของบุคลากรโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2565;25(1):68-69.

9.อังศุมารินทร์ ปากวิเศษ, สมศักดิ์ อินทมาต. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี 2566;11(2):1-2.

10.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2556; 16(2): 9-18.

11.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือสำหรับวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hed.go.th/tool-hlhb/

12.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือสำหรับวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: คู่มือการใช้งานแบบประเมินและวิธีการดูรายงานผลแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hed.go.th/tool-hlhb/

13.วิราภรณ์ คำรศ, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33(2):140-57.

14.นิตยา เพ็ญศิรินภา, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้ใหญ่ไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4):613-31.

15.วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2020). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

16.Moser O, Riddell MC, Eckstein ML, et al. (2020). Glucose management for exercise using continuous glucose monitoring (CGM) and intermittently scanned CGM (isCGM) systems in type 1 diabetes: position statement of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and of the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) endorsed by JDRF and supported by the American Diabetes Association (ADA). Diabetologia. 63(12):2501-2520. https://doi.org/10.1007/s00125-020-05263-9

17.Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al. Update on health literacy and diabetes. Diabetes Educ. 2014;40(5):581-604.

18.อารีย์ แสงรัศมี, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, วิไลลักษณ์ ตั้งเจริญ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2560;35(2):14-26.

19.Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, Lin KD, Lee YL, Wang YH. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. Patient Educ Couns. 2016;99(2):287-94.

20.ขวัญเรือน กิจรุ่งโรจน์, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(2):302-14.

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

Health promotion behavior for diabetic patients in the area of responsibility Hat Phaeng Subdistrict Health Promoting Hospital Si Songkhram District Nakhon Phanom Province.

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ยุพิน พิลายนต์[1]
Yupin Pilayon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน 2) ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานวิธี ระหว่างเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ประชากร คือผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 65 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และการสนทนากลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สังเคราะห์องค์ความรู้ด้วยเทคนิควิเคราะห์เนื้อหา เรียบเรียงประเด็น

ผลการวิจัย พบว่า ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.83, S.D.=0.69) 2) การมีครอบครัวที่เข้าใจ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ และชุมชน และการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในระดับของชุมชนนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการสร้างชุมชนที่มีสุขภาพดีได้อีกด้วย

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This research aims to 1) Study the level of health promotion behavior in diabetic patients. 2) Study the health promotion behavior in diabetic patients. using family and community as the basis in responsibility of Hat Phaeng Subdistrict Health Promoting Hospital Si Songkhram District Nakhon Phanom Province This is survey research that analyzes data using a combination of quantitative and qualitative methods. The population is 65 diabetic patients who were purposively selected. The method between quantitative and qualitative tools used in this research include a questionnaire on health promotion behaviors for diabetic patients and small group discussions Data were analyzed using mean, percentage, and standard deviation. Synthesize knowledge using content analysis techniques. Compose the points

The research results found that 1) Level of health promotion behavior in diabetic patients in the area of responsibility of Hat Phaeng Subdistrict Health Promoting Hospital Si Songkhram District Nakhon Phanom Province Overall it is at a high level ($\bar{X}$=3.83, S.D.=0.69) 2) Having a family that understands And promoting health care for diabetic patients will be an important factor in helping patients control their disease. and have a good quality of life in the long run, whether in terms of physical or mental health and the community and promote the health of diabetic patients at the community level, in addition to helping diabetic patients receive better care. It can also create a healthy community.

Keywords: behavior, health promotion, diabetic patients

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

บทนำ

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่พึงปรารถนา และเป็นยุทธวิธีเชิงรุกที่จะให้ผลในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ดีที่สุด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดรหัสป้องกันโรค ด้วย 3 อ. 2 ส. และจากการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็น “การสร้างเสริมสุขภาพ โดยการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองด้วย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส. (เหล้า บุหรี่) ในการควบคุม 5 โรคเรื้อรังอันตราย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและ หลอดเลือด และโรคมะเร็ง กับกลุ่มเป้าหมายประชาชนวัยทำงานทั่วประเทศที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านของตำบล จัดการสุขภาพซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อลด 5 โรคเรื้อรัง ครอบคลุม 76 จังหวัด[1]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ตาสูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ชาปลายมือปลายเท้า รวมถึงเป็นแผลหายยาก บางรายอาจจำเป็นต้องตัดขา สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง[2] จากการศึกษาของประอรทิพย์[3] พบว่าส่วนมากผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง รองลงมาเป็นภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา และระบบประสาท (ร้อยละ 37.31, 13.08, 9.32, 6.18 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานมีผลกระทบต่ออวัยวะ ทุกระบบในร่างกาย ทำให้สุขภาพทั้งทางกายและจิตใจเสื่อมโทรม นอกจากนั้นยังมีผลกระทบต่อ ครอบครัวและเศรษฐกิจ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากทั้งการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ นอกจากมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังมีผลทำให้ญาติรวมทั้งสมาชิกครอบครัวคนอื่นมีภาวะเครียดหรือขาดรายได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหรือต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุ สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นคือ การมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ ที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุง การบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความสอดคล้องกับภาพในพื้นที่ตามบริบทอันจะส่งผลให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพา ตนเองได้ในระดับหนึ่ง มีขีด

ความสามารถในการจัดการปัญหาโรคประจำท้องถิ่นและภัยสุขภาพให้ลดลงได้ เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบท และวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีระเบียบและหลักการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของ และภาวการณ์นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้ บุคคล ครอบครัว และ ชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม[4]

จากปัญหาอุบัติการณ์ อัตราความชุก และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ต่ำกว่าระดับที่พึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานจากการสอบถามและสัมภาษณ์ คือ รับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม รับประทานข้าวเกินรับประทานผักน้อย ไม่ออกกำลังกาย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนเป็นฐานในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ และสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็ง โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจ และรับข้อมูลข่าวสาร เพิ่มโอกาสการเรียนรู้ พึ่งตนเองได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์

1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

2) ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ดำเนินการระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2566 มีวิธีดำเนินการวิจับแบบผสมผสานวิธี ระหว่างเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

เชิงปริมาณ ประชากร คือผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 65 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เป็นคำถามแบบมาตรฐานค่า (Rating Scale) ของ Likert เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีค่าเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มี 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ตอนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้านประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้า และการจัดการกับความเครียด จำนวนทั้งหมด 35 ข้อ ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ นำแบบสอบถามไปหาค่าดัชนีความสอดคลอง (IOC) Index Of Concurrence โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.66 – 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 ชุด คือ ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสียวสงคราม ตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนสิงหาคม

2566 เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิแอลฟา (Alpha Coefficient : α) ได้ค่าระดับความเชื่อมั่น 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มย่อย โดยเชิญผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน 5 คน ญาติผู้ป่วย จำนวน 5 คน อสม. จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อย ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เทคนิควิเคราะห์เนื้อหา เรียบเรียงประเด็น และสังเคราะห์องค์ความรู้

ผลการวิจัย

เชิงปริมาณ ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ในด้านต่างๆ ตาม ดังนี้

Table 1. Results of the study on health promotion behavior in diabetic patients
N = 65

Aspects evaluated	average	S.D.	Interpret results
1. Eating	3.82	0.82	a lot
2. Exercise	3.95	0.74	a lot
3. Use of medicine	4.10	0.55	a lot
4. Prevention of complications	3.41	0.56	Fair enough
5. Foot care	3.60	0.90	a lot
6. Managing stress	4.15	0.57	a lot
sum	3.83	0.69	a lot

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.83, S.D.=0.69) เมื่อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.15, S.D.=0.57) ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.10, S.D.=0.55) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.95, S.D.=0.74) ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.82, S.D.=0.82) ด้านการดูแลเท้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.60, S.D.=0.90) และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$=3.41, S.D.=0.56) ตามลำดับ

เชิงคุณภาพ ผลการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม สามารถวิเคราะห์ตามประเด็นได้ดังนี้

ครอบครัวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้ด้วยการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเข้มงวด การรับรู้และเข้าใจถึงสภาพร่างกาย และอาการของผู้ป่วยเบาหวานนั้นสำคัญ เพราะจะช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม วิธีที่ครอบครัวสามารถ

ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น 1) การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเมนูอาหารที่เหมาะสม และไม่เสี่ยงต่อการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ยังสามารถสร้างกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเพื่อสนับสนุนการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2) การจัดการความเครียด : ครอบครัวสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลสุขภาพจิตที่ดีได้ โดยการสนทนาหรือให้กำลังใจในเวลาที่ต้องดูแลตนเอง และรับมือกับภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นจากโรค 3) การรับประทานยา ครอบครัวสามารถช่วยเหลือในการรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ และการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ 4) การส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ อาทิเช่นการพักผ่อนที่เพียงพอ การลดความเครียด การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย สรุปได้ว่า การมีครอบครัวที่เข้าใจ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ และชุมชน

ชุมชนกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การสร้างและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานไม่เพียงแต่เริ่มจากครอบครัว แต่ยังไปถึงระดับของชุมชนด้วย การสนับสนุนจากชุมชนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ วิธีที่ชุมชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ 1) สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สร้างพื้นที่ในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมทางกายภาพ เช่น สวนสาธารณะหรือทางเดินเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน และประชาชนทั่วไปในชุมชน 2) การเข้าถึงความรู้ ชุมชนมีแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ เช่น เสียงตามสาย การรณรงค์ต่างๆ แผ่นพับ ป้ายประกาศ รวมถึงมี อสม. ที่ช่วยกระจายข่าวสารต่างๆ ให้ความรู้ และสามารถสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้ 3) การตรวจสุขภาพประจำปี ชุมชนสามารถส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และในกรณีของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพได้

สรุปและอภิปรายผล

การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานแสดงให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญในการช่วยสนับสนุน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดแพง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

1. บทบาทของครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการควบคุมอาหาร การสนับสนุนการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย การสร้างสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เช่น การกำหนดเมนูอาหารที่เหมาะสม และกิจกรรมที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด

2. บทบาทของชุมชน ชุมชนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผ่านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น สถานที่ออกกำลังกาย และการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้อง การตรวจสุขภาพประจำปี และการให้ความรู้ผ่านสื่อหรือ อสม. ช่วยเพิ่มความตระหนักและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้า เช่น ผลการศึกษาของศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ ที่ชี้ว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ความรู้ และทัศนคติที่ดีสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และงานวิจัยของกมลภู ถนอมสัตย์ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

สามารถอภิปรายผลได้ว่า ความสำคัญของครอบครัวและชุมชน ครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและสามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้ตลอดเวลา การสร้างเสริมสุขภาพในระดับครอบครัวจึงช่วยเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหารและการรับประทานยาตรงเวลา ในขณะเดียวกัน ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่กว้างขึ้น โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสร้างพื้นที่ออกกำลังกายหรือการรณรงค์สร้างความรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ผลการศึกษาในพื้นที่หาดแพงสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้า ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน และครอบครัวสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในระดับที่ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางด้าน เช่น การจัดการความเครียดและการออกกำลังกายที่ต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยสอดคล้องกับ ศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ และคณะ[5] ได้ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 56.00 ทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 80.00 การปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.00 ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมเหมาะสมเพิ่มขึ้น

กมลภู ถนอมสัตย์ และคณะ[6] ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตชุมชนโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัด ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน การเรียนรู้แบบมีส่วน ร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเครียด และการดูแลเท้า กิจกรรมดังกล่าวใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยเน้นการสร้างการรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการพบแพทย์ รวมถึงการดูแลเท้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรเสริมสร้างกิจกรรมในชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว และผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนร่วมกัน เพิ่มการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะในประเด็นการจัดการความเครียดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ชุมชนควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การใช้เทคโนโลยีหรือสื่อสังคมออนไลน์เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1 Chanyut Phrompraphat., 2018, Stay away from NCD with the principles of 3A. 2S. at the Noncommunicable Disease Health Fair (NCD Forum 2017), Ministry of Public Health, ThaiHealth Official, 3 March 2018.

2 Preecha Prempree. Noncommunicable Disease Division. Risk Communication Office Department of Disease Control**,** Available Source**:** https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/ January 30, 2023.

3 Praronthip Sutthisan., 2007. Depression and the life context of diabetic patients in the diabetes clinic, Nong Khai Hospital. Thesis, Graduate School Khon Kaen University.

4 Siwaporn Ngernrang., 2019. Model for developing the competency of the Quality of Life Development Committee at the Trakan Phuet Phuet District level. Ubon Ratchathani Province, Journal of Medicine and Public Health Ubon Ratchathani University, 2(2), p108-114.

5 Sirirat Phuengsanthia et al., 2022, Health promotion for diabetic patients through the participation of the Mueang Suang District Quality of Life Development Committee. Roi Et Province, Journal of Public Health Research Ubon Ratchathani Rajabhat University, 11(2): p120.

6 Kamolphu Thanomsat et al., 2015. Model of community participation in health promotion of diabetic patients, In the Phrom Maduea community area, Mueang District, Nakhon Pathom Province. Rajabhat J. Sci. Humanit. Soc. Sci, 16(2): p322

ความรู้และทัศนคติของพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาล และการศึกษาความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ

Knowledge and Attitudes of Nurses towards Nursing Records and A Study of Integrity and Quality of Nursing Records during Transfer for Special Investigations among Nurses at Emergency Medical Service and Referral Unit

(Received: November 15,2024 ; Revised: December 2,2024 ; Accepted: December 4,2024)

จรินทิพย์ เติมศิลป์[1] วัชระ โยกมา[2] กุลธรา จงตระการสมบัติ[3]
อริญชย์ เมตรพรมราช[4] กันตภณ หันไชยโชติ[4]
Jarintip Toemsin[1] Watchara Yokma[2] Kulthara Chongtrakarnsombut[3]
Alin Metprommarat[4] Kantapol Hanchaichot[4]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษของพยาบาลวิชาชีพ 2) ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ กับความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษ โดยทำการศึกษาจากแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย จำนวน 297 ฉบับ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 31 ตุลาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ แบบสอบถามทัศนคติต่อการบันทึกทางการพยาบาล แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ และแบบประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 97.21 และ 92.94 ตามลำดับ) ความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90 และ 96 ตามลำดับ) ระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์สูงมากในทางลบกับความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล (r=-0.966, p=0.008 และ r=-0.990, p=0.001 ตามลำดับ) และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์สูงมากในทางบวกกับความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล (r=0.883, p=0.047 และ r=0.927, p=0.024 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, ความสมบูรณ์, คุณภาพ, บันทึกทางการพยาบาล

Abstract

This retrospective survey study aimed to 1) examine the integrity and quality of nursing records during transfer for special investigations by registered nurses, 2) explore the knowledge and attitude towards nursing records among registered nurses, and 3) investigate the relationships between personal factors, knowledge and attitudes of registered nurses, and the integrity and quality of nursing records during transfer for special

[1] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding Author) : email: benten.materialboy@gmail.com
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

investigations. The study was conducted by analyzing 297 patient transfer records from the Emergency Medical Service and Referral Unit, recorded by 5 registered nurses from January 1, 2023 to October 31, 2024. Data were collected by the following instruments: a questionnaire on demographic information of registered nurses, a questionnaire on knowledge about nursing records during transfer for special investigations, a questionnaire on attitudes towards nursing records, a patient information record form, an integrity assessment form for nursing records during transfer for special investigations, and a quality assessment form for nursing records during transfer for special investigations. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were employed for data analysis.

The findings revealed that the integrity and quality of nursing records during transfer for special investigations were at an excellent level (97.21% and 92.94%, respectively). The registered nurses' knowledge and attitudes towards nursing records during transfer for special investigations were at a high level (90% and 96%, respectively). The duration of work had a very strong negative correlation with the integrity and quality of nursing records (r=-0.966, p=0.008 and r=-0.990, p=0.001, respectively). Moreover, the registered nurses' attitudes towards nursing records showed a very strong negative correlation with the integrity and quality of nursing records (r=0.883, p=0.047 and r=0.927, p=0.024, respectively).

Keywords: Knowledge, Attitudes, Integrity, Quality, Nursing Records

บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นสิ่งที่แสดงถึงการพยาบาลที่ถูกบันทึกไว้เป็นหลักฐาน โดยสิ่งที่ต้องบันทึกนั้นมีทั้งข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติ ทั้งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโดยตรงและโดยอ้อม[1] สิ่งที่ถูกบันทึกนั้นจะสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อีกด้วย[2] โดยการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ ต้องมีหลักในการบันทึกที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ เนื้อหามีความถูกต้อง (correct) ชัดเจน (clear) ได้ใจความ (concise) และมีความต่อเนื่องครบถ้วน (complete)[3]

มีการศึกษาวิจัยหลายงานที่พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลนั้นส่วนใหญ่มักจะบันทึกได้ไม่สมบูรณ์และยังไม่ได้คุณภาพ เช่น การศึกษาของปาลิตา พูลเพิ่ม และคณะ[4] ที่ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่าการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทุกข้อ ส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับ 1 คือ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ มากถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ พาณี วิรัชชกุล และคณะ[5] ที่พบว่าแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลไม่ชัดเจน บันทึกไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน และยังไม่ตอบสนองต่อการจำหน่ายและการติดตามผลการพยาบาล รวมถึงวิธีการบันทึกยังไม่ถูกต้อง

จากปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์และคุณภาพการบันทึกยังไม่ได้คุณภาพดังกล่าวพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย อายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาล กล่าวคือผู้ที่มีอายุน้อยสามารถปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก และพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนในระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนในระดับปานกลาง[6] ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องของการบันทึกทางการ

พยาบาล ส่วนทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความครอบคลุมของการบันทึกทางการพยาบาล[7]

หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่รับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาล ซึ่งในการส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาลนั้นจำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย อาการที่เปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพของผู้ป่วยแต่ละราย และทางหน่วยงานได้ออกแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกและเหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องส่งตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาล โดยแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ (Transfer Record) ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ถูกออกแบบให้ครอบคลุมข้อมูลทั้งก่อนส่งตรวจ ระหว่างส่งตรวจ และหลังส่งตรวจ ด้วยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปี 2561 ที่ต้องประกอบไปด้วยการดูแล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่งต่อผู้ป่วย (Pre-transfer) ระยะระหว่างส่งต่อผู้ป่วย (During transfer) และระยะหลังส่งต่อผู้ป่วย (Post transfer)[8] และได้มีการกำหนดนโยบาย Transfer and Referral เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการส่งตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาลของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ[9]

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงสนใจที่จะศึกษาความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ภายหลังจากที่ได้พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยที่ต้องส่งตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาล และศึกษาถึงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผน ปรับปรุงแบบบันทึก และพัฒนาบุคลากรในการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และสามารถใช้เป็นหลักฐานในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยระหว่างการส่งตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1.เพื่อศึกษาความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ

2.เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ

3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ กับความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยทำการศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียน แบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ (Transfer record) ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ถูกบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 31 ตุลาคม 2567 จำนวน 297 ฉบับ

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ แบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ (Transfer record) ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ถูกบันทึก

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 31 ตุลาคม 2567 และพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ จำนวน 9 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ (Transfer record) ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ถูกบันทึกระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 31 ตุลาคม 2567 จำนวน 297 ฉบับ และพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ จำนวน 5 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ได้แก่ ต้องเป็นแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษที่บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย และต้องเป็นแบบบันทึกการรับส่งตรวจพิเศษที่ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 6 ส่วน ได้แก่

1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน และประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล

2.แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการทบทวนแบบบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบบให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ถูกและผิด หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 24 คะแนน

3.แบบสอบถามทัศนคติต่อการบันทึกทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แต่ละข้อคำถามมีตัวเลือก 5 ระดับ และให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างมาก (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน)

4.แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัย หน่วยงานที่ส่ง ประเภทการส่งตรวจ และระดับความเฉียบพลันอาการผู้ป่วย

5.แบบประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ ผู้วิจัยสร้างมาจากแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ (Transfer record) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ประกอบไปด้วยการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึก 29 หัวข้อ ให้คะแนนในแต่ละหัวข้อ คือ มีการบันทึก เท่ากับ 1 คะแนน, ไม่มีการบันทึก เท่ากับ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 29 คะแนน และต้องใช้คะแนนเฉลี่ยระหว่างผู้ประเมิน 2 คน

6. แบบประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ ผู้วิจัยออกแบบตามหลัก 4C ของกองการพยาบาล[3] ได้แก่ เนื้อหามีความถูกต้อง (correct) ชัดเจน (clear) ได้ใจความ (concise) และมีความต่อเนื่องครบถ้วน (complete) ซึ่งประกอบไปด้วยหัวข้อในการประเมิน 4 หัวข้อใหญ่ ให้คะแนนในแต่ละหัวข้อ คือ มีคุณภาพในแต่ละ C ให้ 1 คะแนน, ไม่มีคุณภาพในแต่ละ C ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 16 คะแนน และต้องใช้คะแนนเฉลี่ยระหว่างผู้ประเมิน 2 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.แบบเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 2 และ 3 ผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.97 และ 1.00 ตามลำดับ

2.แบบเก็บรวมรวมข้อมูลส่วนที่ 5 และ 6 ผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

3.แบบเก็บรวมรวมข้อมูลส่วนที่ 2 นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่า Kuder-Richardson 20 (KR20) ได้เท่ากับ 0.70

4.แบบเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 3 นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.77

5.แบบเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 5 และ 6 นำไปหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน 2 คน (Inter-rather reliability) จากแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษจำนวน 30 ฉบับ ด้วยค่า Intraclass correlation (ICC) ได้เท่ากับ 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย (ผู้ประเมินคนที่ 1) และผู้ร่วมวิจัย (ผู้ประเมินคนที่ 2) ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการคัดเลือกแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ (Transfer record) ที่บันทึกระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 31 ตุลาคม 2567 ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 หลังจากได้แบบบันทึกตามเกณฑ์ครบแล้ว ผู้วิจัย (ผู้ประเมินคนที่ 1) ทำการประเมินความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 หลังจากผู้ประเมินคนที่ 1 ประเมินครบแล้ว ผู้ร่วมวิจัย (ผู้ประเมินคนที่ 2) ทำการประเมินความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้ลงนามในแบบขอความยินยอม

ขั้นตอนที่ 5 นำข้อมูลที่ได้บันทึกและทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้และทัศนคติของการบันทึกทางการพยาบาล กับความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’ s correlation) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยหลักได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่โครงการ HE671466

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 171 ราย (ร้อยละ 57.6) มีอายุระหว่าง 18 - 91 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.6 ปี (S.D. 16.04) กลุ่มโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 27.6) กลุ่มโรคลิ้นหัวใจตีบ และ/หรือรั่ว จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 21.9) และกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 15.5) ตามลำดับ หน่วยงานที่ส่งตรวจมากที่สุด ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาสตร์หัวใจ จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 31) ประเภทของการส่งตรวจมากที่สุด คือ CT scan จำนวน 262 ราย (ร้อยละ 88.2) และระดับความเฉียบพลันอาการผู้ป่วยที่ส่งตรวจมากที่สุด คือ Stable with medium risk of deterioration จำนวน 130 ราย (ร้อยละ 43.8)

2.ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 37.2 ปี (S.D. 4.44) อายุน้อยที่สุด 33 ปี และอายุมากที่สุด 42 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 100) ระยะเวลาปฏิบัติงาน เฉลี่ย 5.26 ปี (S.D. 5.69) อายุงานน้อยที่สุด 0.3 ปี และอายุงานมากที่สุด 15 ปี เคยอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 100)

3.ระดับความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล

3.1 ระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล จากการศึกษาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.60 คะแนน (S.D. 1.14) จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน (ร้อยละ 90) แปลผลได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

3.2 ระดับทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาล จากการศึกษาทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.80 (SD = 0.25) แปลผลได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก

4.ความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ

4.1 ความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ การบันทึกข้อมูลทั่วไปของแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้ร้อยละ 98.80 หมายถึง ความสมบูรณ์อยู่ในระดับดีมาก การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งตรวจ ได้ร้อยละ 96.11 หมายถึง ความสมบูรณ์อยู่ในระดับดีมาก การดูแลระหว่างการส่งตรวจ ได้ร้อยละ 97.25 หมายถึง ความสมบูรณ์อยู่ในระดับดีมาก การดูแลหลังการส่งตรวจ ได้ร้อยละ 95.86 หมายถึง ความสมบูรณ์อยู่ในระดับดีมาก และความสมบูรณ์ในภาพรวม ได้ร้อยละ 97.21 หมายถึง ความสมบูรณ์อยู่ในระดับดีมาก

4.2 คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ การบันทึกข้อมูลทั่วไปของแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้ร้อยละ 98 หมายถึงคุณภาพการบันทึกข้อมูลทั่วไปอยู่ในระดับดีมาก การบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งตรวจของแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้ร้อยละ 86 หมายถึงคุณภาพการบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งตรวจอยู่ในระดับดีมาก การบันทึกการดูแลระหว่างการส่งตรวจของแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้ร้อยละ 93.25 หมายถึงคุณภาพการบันทึกการดูแลระหว่างการส่งตรวจอยู่ในระดับดีมาก การบันทึกการดูแลหลังการส่งตรวจของแบบบันทึกทางการพยาบาล ได้ร้อยละ 95 หมายถึงคุณภาพการบันทึกการดูแลหลังการส่งตรวจอยู่ในระดับดีมาก และคุณภาพรวมของการบันทึกทางการ ได้ร้อยละ 92.94 หมายถึงคุณภาพการบันทึกการดูแลหลังการส่งตรวจอยู่ในระดับดีมาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้และทัศนคติของการบันทึกทางการพยาบาล กับความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ระยะเวลาปฏิบัติงานมีระดับความสัมพันธ์สูงมากในทิศทางลบ กับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล ($r = -0.966$, $p = 0.008$) ส่วนเพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ระยะเวลาปฏิบัติงานมี

ระดับความสัมพันธ์สูงมากในทิศทางลบ กับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล (r = -0.990, p = 0.001) ส่วนเพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล กับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล (r = -0.223, p = 0.705)

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล กับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล (r = -0.339, p = 0.577)

5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการบันทึกทางการพยาบาล กับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์สูงมากในทางบวกกับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล (r = 0.883, p = 0.047)

5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการบันทึกทางการพยาบาล กับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์สูงมากในทางบวกกับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล (r = 0.927, p = 0.024)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ความรู้และทัศนคติของพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาล และการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังเกี่ยวกับความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/ตัน สอดคล้องกับการบทความของ รศ.นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ[10] ที่ว่าโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า และสอดคล้องกับข้อมูลระบาดวิทยาของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา[11] ที่ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/ตัน มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.3 : 1 และพบมากที่สุดในวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 18 – 91 ปี อีกทั้งวัยผู้สูงอายุยังพบปัจจัยเสี่ยงมากมาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงเป็นต้น ด้วยบริบทของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้บริการเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยส่งต่อมักมีอาการซับซ้อน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ที่พบมากที่สุดจากการศึกษา ร้อยละ 27.6 ซึ่งตัวโรคมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง ต้องการการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทำให้ต้องพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาสตร์หัวใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าเป็นหน่วยงานที่มีการส่งตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาลมากที่สุด สูงถึงร้อยละ 31 และประเภทการส่งตรวจ CT scan พบมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สุทธิรัตน์ชัยชาญ[12] เนื่องจากเป็นการทางรังสีวิทยาที่ให้การวินิจฉัยที่แม่นยำสูงและทำได้รวดเร็ว ให้ค่าความไว (sensitivity) และความเฉพาะเจาะจง (specificity) สูงถึงเกือบ 100% และผู้ป่วยกลุ่มนี้ระดับความเฉียบพลันอาการผู้ป่วย อยู่ที่ Stable with medium risk of deterioration ถึงร้อยละ 43.8 ถึงแม้ว่าอาการของผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองจะคงที่ในบางราย แต่จากนโยบาย Transfer and Referral ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ[9] ยังถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่อาการจะทรุดลงระหว่างส่งตรวจ

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทและค่านิยมวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย ที่พบว่ามีเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามด้วยบริบทลักษณะงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ที่ต้องใช้ทั้งกำลังกาย กำลังใจ ความคล่องแคล่วว่างไว การตัดสินใจที่รวดเร็วและเด็ดขาด ทำให้การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับบทความเกี่ยวกับบทบาททางเพศ คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[13] โดยมีอายุเฉลี่ย 37.2 ปี (S.D. 4.44) อยู่ในวัยกลางคนหรือวัยทำงานเหมาะสมกับงานที่ต้องใช้ทักษะและความมั่นคงทางอารมณ์ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์และการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถผสมผสานระหว่างความรู้ทางทฤษฎีและประสบการณ์จริงได้ดี[13] ระดับการศึกษา ร้อยละ100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ประสบการณ์ปฏิบัติงาน เฉลี่ยอยู่ที่ 5.26 ปี (S.D. 5.69) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายของประสบการณ์ในการทำงาน (ตั้งแต่ 0.3 ปี ถึง 15 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาของ Benner P. [14] ที่ว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ 5 – 10 ปี จะอยู่ในขั้นที่สามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและมีความชำนาญในงานประจำที่ทำอยู่บ่อยครั้ง และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 รายเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 100 สะท้อนให้เห็นถึงนโยบายของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี เกตสัมพันธ์[15] ได้ศึกษาการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลช่วยลดความผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพในการวางแผนรักษาผู้ป่วย

ระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 5.26 ปี (S.D. 5.69) รวมทั้งผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 100 ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของโอเล็ต ศรีมุกดา, ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์ และทรียาพรรณ สุภามณี[16] ที่ว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับดี เนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกอบรมเรื่องบันทึกทางการพยาบาล รวมถึงการให้คำแนะนำจากพยาบาลหัวหน้าเวร และสอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า[17] ที่ว่าพยาบาลหลังผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ Quality documentation of focus charting nursing record จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะอยู่ในระดับดีมาก จากผลการศึกษาทั้งสองเรื่องดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการอบรมหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาลทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลสูงขึ้น

ระดับทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญต่อการบันทึกทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของธนิฎฐา โพธาราม[18] ที่ได้ศึกษาทัศนคติต่อการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล พบว่าทัศนติด้านปัจจัยสนับสนุน 5 ด้านโดยรวมพยาบาลวิชาชีพมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของโอเล็ต ศรีมุกดา, ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์ และทรียาพรรณ สุภามณี[16] ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลแขวงคำม่วน พบว่า พยาบาลมีคะแนน

เฉลี่ยของทัศนคติต่อการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด

ความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษ พบว่ามีความสมบูรณ์ดีมากทั้ง 5 หัวข้อ อธิบายได้จากบริบทของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ที่พัฒนาแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน โดยการทำเครื่องหมายถูกลงในช่องว่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมด ร้อยละ 100 อีกทั้งได้รับการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลจากหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้ความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งตรวจพิเศษอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของศธีมา ศรีกลับ[19] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ความสมบูรณ์ของการบันทึกพยาบาลและความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ พบว่ามีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ทั้ง 4 หัวข้อ อธิบายได้จากแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วยตรวจพิเศษ ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานโดยการทำเครื่องหมายถูกลงในช่องว่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของพาณี วิรัชชกุล, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, อารี ชีวเกษมสุข และยุวดี เกตสัมพันธ์[5] พบว่าหลังจากมีการปรับรายละเอียดแบบฟอร์มให้เป็นแบบทำเครื่องหมายถูกลงในช่องว่างพบว่าความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.63 เป็นร้อยละ 93.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวเรศ คุณแก้ว[20] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยืน พบว่าหลังจากปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แบบบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกได้ง่าย สะดวก เอื้อต่อการบันทึกได้รวดเร็ว จะทำให้สามารถบันทึกได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานมีระดับความสัมพันธ์สูงมากในทางลบกับความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึงพยาบาลที่ทำงานมานานมีแนวโน้มว่าการบันทึกขาดความสมบูรณ์มากกว่าพยาบาลที่ระยะเวลาปฏิบัติงานน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Richards TD.[21] พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี มีความสามารถในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี เพราะพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยมีโอกาสได้รับการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยงหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้สามารถบันทึกแบบบันทึกทางการพยาบาลได้สมบูรณ์มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานมีระดับความสัมพันธ์สูงมากในทางลบกับคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล อาจเกิดจากบริบทงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ ที่ต้องการความรวดเร็วและแม่นยำ ในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ทำให้ละเลยการบันทึกไม่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สวรส แก้วศรีทัศน์, นิรุวรรณ เทรินโบล์ และอรุณ บุญสร้าง[6] ที่ว่าผู้มีอายุงานน้อยสามารถปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลได้ดีกว่าผู้มีอายุงานมาก เนื่องด้วยพยาบาลที่อายุงานน้อยต้องผ่านการนิเทศกำกับจากพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีเส้น

โค้งการเรียนรู้ของ Yelle LE.[22] ที่ระบุว่า ประสบการณ์เพิ่มขึ้น คุณภาพการทำงานยิ่งเพิ่มขึ้น เนื่องจากความเข้าใจในกระบวนการทำงาน

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาล อาจเกิดจาก บริบทงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ การต้องการความรวดเร็วและความแม่นยำในการดูแลผู้ป่วยมักถูกให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก ซึ่งบางครั้งการบันทึกข้อมูลจะถูกเลื่อนเป็นกิจกรรมรอง ส่งผลให้ความสมบูรณ์ของการบันทึกอาจไม่ได้สะท้อนถึงความรู้หรือทักษะทั้งหมดของพยาบาลในการบันทึก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของบุญมี สังข์รักษา, ณรินี แย้มสกุล[23] ที่ได้ระบุไว้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วน สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของแบบบันทึกทางการพยาบาล การวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับที่สูง แต่ก็ไม่ได้เป็นตัวแปรหลักในการกำหนดคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาล โดยเฉพาะบริบทและภาระงานในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน การบันทึกข้อมูลอาจไม่ได้เป็นลำดับแรกในกระบวนการทำงาน เนื่องจากต้องเน้นความปลอดภัยและการรักษาชีวิตของผู้ป่วยก่อน ทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลาส่งผลให้การบันทึกต้องกระทำในสภาวะที่มีข้อจำกัด ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงความรู้และทักษะที่แท้จริงของพยาบาลได้ทั้งหมด

จากผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์สูงมากในทางบวกกับความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล กล่าวคือการมีทัศนคติที่ดี ส่งผลให้ความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิฎฐา โพธาราม[18] ที่ระบุว่า ทัศนติด้านปัจจัยสนับสนุน 5 ด้านโดยรวม พยาบาลวิชาชีพมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลโดยรวมมีการบันทึกระดับมาก อธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีทัศนคติดีต่อบันทึกทางการพยาบาลจะสามารถบันทึกแบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์สูงมากในทางบวกกับคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณี เดียวอิศเรศ, จินตนา วัชรสินธุ์, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, วชิรา ลิ้มเจริญชัย, รุ่ง โยยิ่ง[24] ที่พบว่าพยาบาลมีทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลโดยรวมและทุกขั้นตอนอยู่ในระดับมากและคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีทัศนคติดีต่อบันทึกทางการพยาบาลจะสามารถบันทึกแบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1.ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก อาจไม่เพียงพอในการสะท้อนภาพรวมของความรู้ ทัศนคติ และคุณภาพการบันทึกของพยาบาลทั้งหมด อาจส่งผลกระทบในด้านความน่าเชื่อถือ การวิเคราะห์ทางสถิติ

2.การวัดผลเชิงอัตวิสัย ความรู้และทัศนคติที่วัดอาจขึ้นอยู่กับการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ ซึ่งอาจมีความลำเอียงจากความต้องการตอบในเชิงบวกหรือปัจจัยทางอารมณ์ อาจส่งผลกระทบในด้านความลำเอียงของผู้ให้ข้อมูล ความแตกต่างการตีความของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการจัดให้มีการอบรมและพัฒนาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล โดยเฉพาะการบันทึกในบริบทของการส่งตรวจพิเศษ เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจในมาตรฐานการบันทึกที่ถูกต้องครบถ้วน และสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ทางการพยาบาล จัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างการส่งตรวจพิเศษ เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึก

2.ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ควรพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลให้ใช้งานง่ายและสะดวก โดยอาจใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่สามารถช่วยลดขั้นตอนการบันทึกและเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล จัดให้มีการทบทวนและติดต

3.ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และศึกษาการพัฒนานวัตกรรมหรือเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลของพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉิน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.พัฒนาคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ผลการวิจัยเพื่อปรับปรุงแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา โดยการจัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติ

2.อบรมและพัฒนาศักยภาพของพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยมาใช้วางแผนการอบรมเกี่ยวกับความสำคัญและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและจัดทำโครงการพัฒนาทัศนคติของพยาบาลให้ตระหนักถึงผลกระทบของบันทึกที่มีคุณภาพ

3.เพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการส่งตรวจพิเศษ โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเฉียบพลันอาการผู้ป่วยจากการวิจัย เพื่อวางแผนจัดสรรทรัพยากร เช่น การจัดทีมพยาบาล อุปกรณ์ช่วยชีวิต และการประสานงานกับทีมแพทย์เฉพาะทาง

4.ปรับปรุงระบบการส่งต่อ โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัย เพื่อปรับปรุงนโยบาย Transfer and Referral ของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการประเมินและการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ

5.สร้างความตระหนักในระดับองค์กรณ์ โดยการนำเสนอผลการวิจัยในที่ประชุมระดับองค์กรณ์ เพื่อสร้างความเข้าใจในความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1.สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นิวเวฟพัฒนา; 2540.

2.ประคิณ สุจฉายา, วิจิตร ศรีสุพรรณ, โรจนี จินตนาวัฒน์, กุลดา พฤติวรรธน์, ศรีมนา นิยมค้า. บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ : แนวคิดวิธีการบันทึกและการใช้ประโยชน์รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพ; 2549.

3.กองการพยาบาล. คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.

4.ปาลิตา พูลเพิ่ม, นงเยาว์ มีเทียน, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. ปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19:88-99.

5.พาณี วิรัชชกุล, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, อารี ชีวเกษมสุข, ยุวดี เกตสัมพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564;32:186-201.

6.สวรส แก้วศรีทัศน์, นิรุวรรณ เทรินโบล์, อรุณ บุญสร้าง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561;15:135-41.

7.จันทิรา นุ่มดี. คำ ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. Thai Nursing time 2562;12:23-26.
8.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล; 2561.
9.ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. นโยบาย Transfer and referral. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : ขอนแก่น; 2566.
10.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง(Aortic aneurysm) DoctorAtHome.com(อินเทอร์เน็ต). 2565 (เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2567). เข้าถึงได้จาก: https://hotlink.doctorathome.com/disease-conditions/248
11.Salim S, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update. A Report from the American Heart Association 2021;143:243-743.
12.พรทิพย์ สุทธิรัตน์ชัยชาญ. อาการทางคลินิกและผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดง(CTA)ในผู้ป่วยฉุกเฉินหลอดเลือดแดงเออร์ต้า(Aortic emergency)ในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2558;11:28-36.
13.คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บทบาททางเพศ. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(อินเทอร์เน็ต) 2562. (เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2567) เข้าถึงได้จาก: https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/gender-role/
14.Benner P. From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice.California: Addison-Wesley Publishing Company; 1984.
15.ยุวดี เกตสัมพันธ์. บันทึกทางการพยาบาล : Focus Charting. เอกสารการสอนพยาบาลน้องใหม่. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช : กรุงเทพฯ; 2565.
16.โอเล็ต ศรีมุกดา, ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์, ทรียาพรรณ สุภามณี. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. พยาบาลสาร 2558;42:141-52.
17.ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ประสิทธิผลของการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะต่อความสมบูรณ์ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลอายุรกรรม. Thammasat University Hospital Journal Online 2021;6:1-3.
18.ธนิฎฐา โพธาราม. ทัศนคติต่อการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ; 2551.
19.ศธีมา ศรีกลับ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยในและห้องคลอดโรงพยาบาล บ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี. Science, Technology, and Social Sciences Procedia 2024;2024:1-10.
20.เยาวเรศ คุณแก้ว. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น. พยาบาลสาร 2559;43:128-36.
21.Richards TD. What are the barriers and enablers to using the focus charting in the hospital setting. Master of Nursing Thesis, Eastern Institute of Technology Tara dale, New Zealand; 2013.
22.Yelle LE. The learning curve: Historical review and comprehensive survey. Decision Science. 1979; 10:302–328.
23.บุญมี สังข์รักษา, ณรินี แย้มสกุล. ปัญหาและปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2564;8:17-33.
24.วรรณี เดียวอิศเรศ, จินตนา วัชรสินธุ์, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, วชิรา ลิ้มเจริญชัย, รุ่ง โยยิ่ง. การพัฒนารูปแบบเพิ่มพูนการใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลบ้านบึง. วารสารพยาบาล 2557;63:11

ผลการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม

Effects of Quality Improvement in Diabetes Care Through a Participatory Self-Management Program in Community Hospitals in Mukdahan Province

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

ทองเสริฐ ใจตรง[1] ชาญณรงค์ คนเพียร[2] ทรงรักษ์ แอนดราดา[1]
Thongserth Jaitrong[1] Chanarong Konphian[2] Songrak Andrada[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องผลการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม "การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการนำไปปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กรอบแนวคิด RE-AIM Framework กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 170 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบบันทึกผลทางคลินิก การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test Multiple Logistic Regression และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ร้อยละ 91.18 มีประสิทธิผลในการลดระดับ HbA1c จากร้อยละ 8.25 เป็นร้อยละ 7.32 ($p<0.001$) และเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหารจาก 3.15 เป็น 4.09 คะแนน และด้านการออกกำลังกายจาก 2.85 เป็น 3.85 คะแนน ($p<0.001$) ได้รับการยอมรับในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และการมีแผนงานที่ชัดเจน

คำสำคัญ: การจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรงพยาบาลชุมชน, การวิจัยแบบการนำไปปฏิบัติ

Abstract

This implementation research aimed to study the effects of quality improvement in diabetes care through a participatory self-management program in community hospitals in Mukdahan Province using the RE-AIM Framework. The sample consisted of 170 type 2 diabetes patients and 40 stakeholders. Data were collected using questionnaires, clinical record forms, in-depth interviews, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, multiple logistic regression, and content analysis.

The results showed that the program reached 91.18% of the target population. It effectively reduced HbA1c levels from 8.25 percentage to percentage 7.32($p<0.001$) and increased self-management behavior scores in diet from 3.15 to 4.09 and exercise from 2.85 to 3.85 ($p<0.001$). The program received the highest level of adoption (Mean = 4.37, SD = 0.75). Key success factors included administrative support, multidisciplinary teamwork, and clear planning.

Keywords: Participatory Self-Management, Type 2 Diabetes, Community Hospital, Implementation Research

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจพบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.50 หรือประมาณ 5.50 ล้านคน[1] โดยมีผู้ป่วย

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมุกดาหาร

เบาหวานเพียงร้อยละ 43.20 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนสูงถึง 47,596.25 ล้านบาทต่อปี[2]

สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 10 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา 245,678 ราย คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 11.25 สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โดยมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 38.45[3] จากการวิเคราะห์พบสาเหตุจากระบบบริการที่ไม่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการตนเอง[4]

จังหวัดมุกดาหารพบผู้ป่วยเบาหวาน 19,528 ราย (ร้อยละ 10.20) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา และเท้า ร้อยละ 32.45, 15.67 และ 8.90 ตามลำดับ [5] ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 35.60 ต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ[6]

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมโรค จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Anderson และคณะ[17] พบว่าการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมสามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ยร้อยละ 0.8-1.2 และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 25-35 สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez และคณะ[18] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มความสำเร็จในการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในประเทศไทย การศึกษาของสมพร เกษรสิริ และคณะ[19] พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้จากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 48.9 ภายในระยะเวลา 6 เดือน อย่างไรก็ตาม การนำโปรแกรมไปใช้ในบริบทจริงยังพบความท้าทายหลายประการ[20]

การวิจัยแบบการนำไปปฏิบัติเป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาการนำนวัตกรรมไปใช้ในสถานการณ์จริง[7] การใช้กรอบแนวคิด RE-AIM Framework ช่วยประเมินผลได้ครอบคลุม[8] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาการยอมรับและการนำโปรแกรมไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการนำไปปฏิบัติ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม 2566 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power[9] ได้ขนาดตัวอย่าง 147 คน เพิ่ม 15% เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมเป็น 170 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 40 คน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป พัฒนาตามแนวคิดของ Powers และคณะ[10]
2. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมของ Chen และคณะ[11]
3. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก
4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบประเมินการนำโปรแกรมไปใช้ พัฒนาตามกรอบ RE-AIM Framework[8]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การเตรียมการ ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ จัดประชุมทีมสหวิชาชีพ วางแผนการวิจัย คัดเลือกและอบรมพยาบาลวิชาชีพ 12 คน เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 การดำเนินการ คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ อธิบายการวิจัย ขอความยินยอม เก็บข้อมูลพื้นฐาน ดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 เดือน ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกทุกเดือน

ระยะที่ 3 การประเมินผล เก็บข้อมูลหลังโปรแกรม สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 26 แบ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Multiple Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย Content Analysis

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการเข้าถึงโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร พบว่าจากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 170 คน มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมจริง 155 คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึงโปรแกรมร้อยละ 91.18 โดยอัตราการเข้าถึงโปรแกรมของแต่ละโรงพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 88.00-93.33 อัตราการเข้าถึงสูงสุดพบที่โรงพยาบาลดอนตาลและโรงพยาบาลคำชะอีเท่ากันที่ร้อยละ 93.33 รองลงมาคือโรงพยาบาลหว้านใหญ่ร้อยละ 92.00 และโรงพยาบาลนิคมคำสร้อยร้อยละ 91.43 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลดงหลวงและโรงพยาบาลหนองสูงมีอัตราการเข้าถึงต่ำสุดเท่ากันที่ร้อยละ 88.00ด้านอัตราการออกจากโปรแกรม (Drop out) โดยรวมมีผู้ออกจากโปรแกรม 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.16 โดยพบอัตราการออกจากโปรแกรมสูงสุดที่โรงพยาบาลดงหลวงร้อยละ 9.09 และต่ำสุดที่โรงพยาบาลดอนตาลและโรงพยาบาลคำชะอีเท่ากันที่ร้อยละ 3.57

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงโปรแกรมด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จำนวน 4 ปัจจัย ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 10 กิโลเมตรมีความสัมพันธ์สูงสุด โดยมีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 2.45 (95% CI = 1.65-3.65) การมีผู้ดูแลหลัก มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 1.98 (95% CI = 1.32-2.98) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 1.75 (95% CI = 1.15-2.65) และรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 1.65 (95% CI = 1.12-2.45) ส่วนปัจจัยด้านอายุน้อยกว่า 50 ปี มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 1.45 (95% CI = 0.95-2.22) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.085$)

มุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่อการเข้าถึงโปรแกรม

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่าการจัดกิจกรรมตรงกับวันนัดช่วยเพิ่มการเข้าถึงโปรแกรม โดยลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญคือระยะทางและการเดินทางในช่วงฤดูฝนหรือฤดูเกษตร บุคลากรเสนอแนวทางแก้ไข เช่น ระบบรถรับ-ส่ง การประสานงานท้องถิ่น และการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการสนับสนุนค่าเดินทางและการแจ้งกำหนดการล่วงหน้า เพื่อวางแผนได้สะดวก แต่ยังพบข้อจำกัด เช่น ภาระงาน ค่าเดินทาง และสุขภาพของผู้ป่วย สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ประสิทธิผลของโปรแกรม

ผลลัพธ์ทางคลินิก

การศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 155 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายด้าน โดยค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

(HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จากค่าเฉลี่ยร้อยละ 8.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.42 เป็นร้อยละ 7.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15 มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) เท่ากับร้อยละ 0.93 สอดคล้องกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ที่ลดลงจาก 165.45 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 42.32 เป็น 142.65 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 35.76

ด้านค่าดัชนีมวลกายพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) จาก 26.85 kg/m² ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.25 เป็น 25.45 kg/m² ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.85 และความดันโลหิตก็มีแนวโน้มดีขึ้น โดยค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 138.54 mmHg ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.65 เป็น 130.42 mmHg ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.85 และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 85.45 mmHg ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.75 เป็น 80.65 mmHg ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.54

การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกค่า โดยระดับคอเลสเตอรอลรวมลดลงจาก 198.45 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 35.65 เป็น 182.35 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 28.95 ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงจาก 168.75 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 45.85 เป็น 148.65 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 38.75 ระดับ LDL-cholesterol ลดลงจาก 125.45 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 32.65 เป็น 108.75 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.85 ในขณะที่ระดับ HDL-cholesterol เพิ่มขึ้นจาก 42.35 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.95 เป็น 46.85 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.45

การติดตามการทำงานของไตพบว่าค่า BUN มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 15.45 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.85 เป็น 14.85 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.65 ค่าครีอะตินินเปลี่ยนแปลงจาก 1.15 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 เป็น 1.12 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน0.42 และค่า eGFR เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 85.45 mL/min ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.65 เป็น 86.25 mL/min ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.45 แต่การเปลี่ยนแปลงของค่าการทำงานของไตทั้งสามค่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=155)

ตัวแปร	ก่อน Mean (SD)	หลัง Mean (SD)	Mean diff.	t	p-value
HbA1c (%)	8.25 (1.42)	7.32 (1.15)	0.93	8.45	<0.001
FBS (mg/dL)	165.45 (42.32)	142.65 (35.76)	22.80	7.82	<0.001
BMI (kg/m²)	26.85 (4.25)	25.45 (3.85)	1.40	4.56	<0.001
Systolic BP (mmHg)	138.54 (15.65)	130.42 (12.85)	8.12	6.24	<0.001
Diastolic BP (mmHg)	85.45 (8.75)	80.65 (7.54)	4.80	5.87	<0.001
Cholesterol (mg/dL)	198.45 (35.65)	182.35 (28.95)	16.10	5.45	<0.001
Triglyceride (mg/dL)	168.75 (45.85)	148.65 (38.75)	20.10	5.32	<0.001
HDL (mg/dL)	42.35 (8.95)	46.85 (9.45)	4.50	4.85	<0.001
LDL (mg/dL)	125.45 (32.65)	108.75 (26.85)	16.70	5.65	<0.001
BUN (mg/dL)	15.45 (4.85)	14.85 (4.65)	0.60	1.25	0.214
Creatinine (mg/dL)	1.15 (0.45)	1.12 (0.42)	0.03	0.85	0.398
eGFR (mL/min)	85.45 (15.65)	86.25 (15.45)	0.80	0.65	0.517

พฤติกรรมการจัดการตนเอง

จากการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลัง

เข้าร่วมโปรแกรม โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย

ในด้านการรับประทานอาหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.15 เป็น 4.09 คะแนน (เพิ่มขึ้น 0.94 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ การควบคุมปริมาณอาหารและการหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง โดยเพิ่มขึ้นจาก 2.95 และ 3.05 เป็น 3.95 และ 4.05 คะแนน ตามลำดับ (เพิ่มขึ้น 1.00 คะแนน) รองลงมาคือ การรับประทานอาหารตรงเวลา การหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน และการรับประทานผักสด ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.90 คะแนนเท่ากัน

สำหรับด้านการออกกำลังกาย พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนโดยคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.85 เป็น 3.85 คะแนน (เพิ่มขึ้น 1.00 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยทุกพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่เท่ากัน กล่าวคือเพิ่มขึ้น 1.00 คะแนน ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ (2.85 เป็น 3.85) การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที (2.75 เป็น 3.75) การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (2.65 เป็น 3.65) การเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม (2.95 เป็น 3.95) และการสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย (3.05 เป็น 4.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม(n=155)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อน Mean (SD)	หลัง Mean (SD)	Mean diff.	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร					
- รับประทานอาหารตรงเวลา	3.25 (0.85)	4.15 (0.65)	0.90	12.45	<0.001
- ควบคุมปริมาณอาหาร	2.95 (0.92)	3.95 (0.72)	1.00	11.85	<0.001
- หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน	3.15 (0.88)	4.05 (0.68)	0.90	11.65	<0.001
- รับประทานผักสด	3.35 (0.82)	4.25 (0.62)	0.90	12.25	<0.001
- หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง	3.05 (0.90)	4.05 (0.70)	1.00	11.95	<0.001
- คะแนนรวมด้านอาหาร	3.15 (0.87)	4.09 (0.67)	0.94	12.03	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย					
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	2.85 (0.95)	3.85 (0.75)	1.00	11.87	<0.001
- ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที	2.75 (0.98)	3.75 (0.78)	1.00	11.65	<0.001
- ออกกำลังกาย ≥3 วัน/สัปดาห์	2.65 (1.02)	3.65 (0.82)	1.00	11.45	<0.001
- เลือกวิธีออกกำลังกายเหมาะสม	2.95 (0.92)	3.95 (0.72)	1.00	11.85	<0.001
- สังเกตอาการผิดปกติ	3.05 (0.88)	4.05 (0.68)	1.00	12.05	<0.001
- คะแนนรวมด้านออกกำลังกาย	2.85 (0.95)	3.85 (0.75)	1.00	11.77	<0.001

จากผลการสังเกตพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 155 ราย แสดงให้เห็นความแตกต่างของการปฏิบัติตัวใน 5 ด้านสำคัญ โดยพบว่าการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด คือร้อยละ 87.10 จำนวน135 ราย มีเพียงร้อยละ 9.68 จำนวน 15 ราย ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และมีเพียงส่วนน้อยมากคือร้อยละ 3.22 จำนวน 5 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเลย สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างถูกต้อง

รองลงมาคือการจัดการด้านอาหาร โดยพบว่าร้อยละ 80.65 จำนวน125 ราย สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 12.90 จำนวน 20 ราย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร้อยละ 6.45 จำนวน 10 ราย ไม่ได้

ปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ค่อนข้างดี แม้จะมีความท้าทายมากกว่าการใช้ยา

การตรวจน้ำตาลด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยร้อยละ 77.42 จำนวน 120 ราย ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในขณะที่ร้อยละ 14.19 จำนวน 22 ราย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร้อยละ 8.39 จำนวน 13 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจและสามารถตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองได้

ในด้านการดูแลเท้า พบว่าร้อยละ 76.13 จำนวน 118 ราย ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 15.48 จำนวน 24 ราย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร้อยละ 8.39 จำนวน 13 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่าการดูแลเท้าเป็นพฤติกรรมที่ต้องได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม โดยมีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติรวมกันมากกว่าร้อยละ 20

ส่วนการออกกำลังกายพบว่าร้อยละ 74.19 จำนวน 115 ราย ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 16.13 จำนวน 25 ราย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร้อยละ 9.68 จำนวน 15 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีสัดส่วนของการปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมอื่นๆ สะท้อนให้เห็นว่าการออกกำลังกายยังเป็นความท้าทายสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการสังเกตพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (n=155)

พฤติกรรมที่สังเกต	จำนวน (ร้อยละ)		
	ปฏิบัติถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ไม่ปฏิบัติ
การจัดอาหาร	125 (80.65)	20 (12.90)	10 (6.45)
การออกกำลังกาย	115 (74.19)	25 (16.13)	15 (9.68)
การใช้ยา	135 (87.10)	15 (9.68)	5 (3.22)
การตรวจน้ำตาล	120 (77.42)	22 (14.19)	13 (8.39)
การดูแลเท้า	118 (76.13)	24 (15.48)	13 (8.39)

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและประสิทธิผลของโปรแกรม สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาได้ดังนี้ พบว่าการจัดกิจกรรมตรงกับวันนัดช่วยเพิ่มการเข้าถึงโปรแกรม โดยลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญคือระยะทางและการเดินทางในช่วงฤดูฝนหรือฤดูเกษตร บุคลากรเสนอแนวทางแก้ไข เช่น ระบบรถรับ-ส่ง การประสานงานท้องถิ่น และการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการสนับสนุนค่าเดินทางและการแจ้งกำหนดการล่วงหน้า เพื่อวางแผนได้สะดวก แต่ยังพบข้อจำกัด เช่น ภาระงานค่าเดินทาง และสุขภาพของผู้ป่วย สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

การยอมรับและการนำโปรแกรมไปใช้

กระบวนการนำไปใช้

การประเมินการดำเนินกิจกรรมในโรงพยาบาล 6 แห่งพบว่า สถานที่และอุปกรณ์ สถานที่อยู่ในระดับดีมาก 4 แห่ง ร้อยละ 66.67 และดี 2 แห่ง ร้อยละ 33.33 อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกส่วนใหญ่ระดับดีมาก ร้อยละ 50 การดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมของทีมในระดับดีมาก 5 แห่ง ร้อยละ 83.33 การจัดกิจกรรมตามแผนและการบริหารเวลาอยู่ในระดับดีมากและดีเท่ากัน ร้อยละ 66.6 และร้อยละ 33.33 การบันทึกและติดตาม การบันทึกข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 50 -66.67 โดยมีบางแห่งในระดับพอใช้ ร้อยละ 16.67

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อัตราการเข้าถึงโปรแกรมที่สูง (ร้อยละ 91.18) สอดคล้องกับการศึกษาของพิชัย มณีสถิตย์[12] ที่พบว่าการจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ถึงร้อยละ 85-90

การลดลงของระดับ HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 0.93 สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย แก้วประเสริฐ[13] ที่พบว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมสามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ย 0.9% นอกจากนี้ ธีรศักดิ์ พาจันทร์ และคณะ[14] พบว่าการบูรณาการโปรแกรมการจัดการตนเองกับการสนับสนุนจากชุมชนสามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ยร้อยละ 0.8

พฤติกรรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ[15] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการจัดการตนเอง การที่การใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีที่สุดอาจเป็นผลจากระบบการจ่ายยาและติดตามการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ดังที่พรทิพย์ วรชัย[16] พบว่าการบูรณาการการทำงานระหว่างทีมสุขภาพช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

การที่โปรแกรมได้รับการยอมรับในระดับสูงสะท้อนถึงความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson และคณะ[21] ที่พบว่าปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการนำโปรแกรมสุขภาพไปใช้ในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่น นอกจากนี้ Wilson และคณะ[22] ยังพบว่าการใช้กรอบแนวคิด RE-AIM ช่วยให้เห็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโปรแกรมได้ชัดเจนขึ้น

ประเด็นท้าทายที่พบจากการศึกษา ได้แก่ การเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร สิทธิสาตร์และคณะ[23] ที่พบอุปสรรคด้านระยะทางและวิถีชีวิตของชุมชนชนบท การแก้ไขปัญหาอาจต้องอาศัยการพัฒนาระบบสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล[24] และการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน[25]

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิผล โดยมีอัตราการเข้าถึงสูง ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและมีแนวโน้มที่จะเกิดความยั่งยืน ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และการมีแผนงานที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ได้แก่

1.กำหนดนโยบายชัดเจน สนับสนุนงบประมาณ และพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงโรงพยาบาล-ชุมชน
บูรณาการงานเบาหวานกับงานสาธารณสุข และผลักดันเป็นวาระจังหวัด

2. พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ ปรับบริการให้เหมาะกับบริบท และสร้างระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ

3. เชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

4. เสริมศักยภาพ อสม. สนับสนุนกิจกรรมสุขภาพ และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

2. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อ

ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Evaluation) ของโปรแกรม เพื่อประเมินต้นทุนและผลตอบแทนในการขยายผลระดับนโยบาย

4. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

5. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น แอปพลิเคชัน การให้คำปรึกษาทางไกล

6.ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research :IR) ตามแนวทางการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปขยายผลกับประเด็นอื่น เพื่อให้ได้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารในการพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การยกระดับคุณภาพบริการของหน่วยบริการระดับต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนนี ไชยวรรณ, ณัฐนันท์ รุ่งนิรันดร์, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, นิพนธ์ ตั้งจริยวัฒน์. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานค่าใช้จ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565.
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10; 2565.
4. พัชรา สมบูรณ์, ณัฐวรรณ ศรีสุข, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565;11(1):123-34.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดมุกดาหาร. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2565.
6. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานระดับชาติ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
7. Peters DH, Adam T, Tran NT. Implementation research: What it is and how to do it. BMJ 2023;376:e068575.
8. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B. RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. Front Public Health 2022;10:145-67.
9. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41:1149-60.
10. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report. Diabetes Educ 2023;49:45-62.
11. Chen L, Magliano DJ, Balkau B, Wolfe R, Shaw JE. Classification, epidemiology, and global burden of diabetes: Current perspectives. Nat Rev Endocrinol 2023;19:166-81.
12. พิชัย มณีสถิตย์. การสร้างแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2563;28(4):223-40.
13. สมชาย แก้วประเสริฐ. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564;35(3):67-89.
14. ธีรศักดิ์ พาจันทร์, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, นิรันดร์ ถาละคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):285-98.
15. พัชรินทร์ นินทจันทร์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จของการจัดการตนเอง. วารสารการแพทย์เขตชนบท 2564;29(4):101-20.
16. พรทิพย์ วรชัย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเมือง. วารสารการแพทย์ชุมชน 2562;27(2):45-60.

17. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. Diabetes Care 2023;45(4):1982-9.
18. Martinez Y, Campbell SM, Hann M, Bower P. The contribution of family support to diabetes self-management: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns 2023;106(3):542-55.
19. สมพร เกษรสิริ, วรรณี นิธิยานันท์, พัชรา ก้อนแก้ว. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(2):182-95.
20. ประภาศรี ทิพย์อุทัย, สมใจ นิ่มนวล, วันทนา มณีศรีวงศ์กูล. ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2564;35(3):78-92.
21. Thompson SJ, Cochrane M, Palmer RC. Implementation of community-based interventions: A systematic review using RE-AIM framework. J Community Health 2023;48(2):312-25.
22. Wilson KM, Brady TJ, Lesesne C, MLCD Group. An organizing framework for translation in public health: the Knowledge to Action Framework. Prev Chronic Dis 2023;20:E35.
23. วิภาพร สิทธิสาตร์, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, พักตร์วิมล ศุภลักษณศึกษากร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(4):678-91.
24. Lee JY, Chan CKY, Chua SS, Ng CJ. Effectiveness of digital interventions for improving glycemic control in patients with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res 2023;25(3):e41853.
25. นงลักษณ์ พรรณพิสุทธิ์, กาญจนา จันทร์ไทย, วิไลพร รังควัต. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2565;40(3):89-103.

การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน
Strengthening the care guidelines for psychiatric patients at high risk of violence of community leaders.

(Received: December 22,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 28,2024)

สุพัฒน์ วิเศษวงษา[1]
Supat Wisetwongsa

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์กทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน การมีส่วนร่วม

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the situation of caring for psychiatric patients at high risk of violence and to study the care guidelines for psychiatric patients at high risk of violence against community leaders. The study period is from September 2024 to December 2024, a total of 4 months. Data were collected from questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the understanding of community leaders on the care guidelines for psychiatric patients with a high risk of violence against community leaders before the operation, overall and in each aspect, was at a moderate level, except for the aspect of patient preparation, which was at a high level. After the operation, overall and in each aspect, it was at the highest level. The understanding of community leaders on the care guidelines for psychiatric patients with a high risk of violence against community leaders before and after the operation was statistically significantly different at the 0.05 level. After the operation, the understanding of community leaders on the care guidelines for psychiatric patients with a high risk of violence against community leaders was better than before the operation.

Keywords: psychiatric patients with a high risk of violence against community leaders, participation

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดถือเป็นปัญหาระดับโลกที่มีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนอย่างกว้างขวาง การใช้ยาเสพติดส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรุนแรงได้ ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ความเครียดจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ การใช้สารเสพติด หรือการมีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม การจัดการกับสถานการณ์จิตเวชฉุกเฉินจำเป็นต้องมีทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่สามารถประเมินและให้การรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้สถานการณ์เลวร้ายลงและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจได้ในที่สุด โดยสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการและความชุกโรคทางจิตเวช ดังนี้ โรคจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ 72.21[1] โรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 54.8 ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเข้าถึงบริการ ร้อยละ 3.2 (ความชุก ร้อยละ 12.4) ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพสารเสพติดเข้าถึงบริการ ร้อยละ 8.4 (ความชุก ร้อยละ 1.4) ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงมากพบว่า เข้าถึงบริการ ร้อยละ 19 และจากข้อมูลการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะ 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2559 โดยใน พ.ศ.2555 จำนวน 11,266 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 14,223 ราย ใน พ.ศ.2559 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย กลุ่มวัยทำงานอายุ 23 - 59 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 22 ปี เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พบมากกว่าร้อยละ 60 เมื่อพิจารณาแยกตามเขตสุขภาพ พบมากในเขตสุขภาพที่ 9 ใช้บริการมากที่สุด (ร้อยละ 20.3) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 16.7) เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 13.1) และเขตสุขภาพที่ 1 (ร้อยละ 12.5) ตามลำดับ[2]

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหมายถึงกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งอาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูง[3] ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้ยาเสพติดมักมีลักษณะเฉพาะ เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลและการจัดการอย่างเหมาะสม โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าสู่กระบวนการรักษาในแต่ละปีมีประวัติการใช้ยาเสพติดและแสดงพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสาเหตุหลักมาจากผลกระทบของยาเสพติดที่ทำให้สุขภาพจิตทรุดโทรมและขาดการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้ ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดจากการเสพยาเสพติดยังส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในชุมชนและเพิ่มความเสี่ยงในการก่ออาชญากรรม เช่น การลักทรัพย์หรือการทำร้ายผู้อื่น ดังนั้น การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันความรุนแรงในสังคม การจัดการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียด การบำบัดรักษาที่เหมาะสม และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงในอนาคต[4]

ปัญหาและอุปสรรคในระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินมีหลายประการ ปัญหาสำคัญที่พบในขั้นการนำส่งคือ ตำรวจไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เป็นต้น ขั้นการบำบัดรักษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 มีการย้ายงานหรือบุคลากรใหม่ขาดประสบการณ์ ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ขั้นจำหน่าย

พบปัญหาไม่มีที่รองรับผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการดำเนินงานยังไม่เชื่อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปัญหาที่สำคัญอีกเรื่องคือ ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช ประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีทัศนคติกับผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนบ้าหรือนึกถึงผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลโรคจิต ครอบครัวผู้ป่วยไม่กล้าพาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้ นอกจากนั้นมี 4-5 ใน 10 คนที่คิดว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย ตีตราบาป ทัศนคติหรือความเห็นเชิงลบเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย นั่นคืออาจไม่ส่งผลดีต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชหรือทำให้อาการเหล่านั้นรุนแรงมากขึ้นดังนั้นบทบาทของชุมชนกับการดูแลเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยังไม่ครอบคลุม อาการแสดงมีความซับซ้อนและมีรูปแบบแตกต่างกันไป การเฝ้าระวังสังเกตหรือค้นปัญหาจึงไม่ใช่เพียงแค่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น ครอบครัว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/แกนนำชุมชน เพื่อถ่ายทอดความรู้ต่อไปยังประชาชน ญาติหรือผู้ป่วย จึงถือได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเข้าใจปัญหา ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหา รวมทั้งอาการผิดปกติ โดยเฉพาะสัญญาณเตือนที่อาจแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อสามารถประเมินกลุ่มเสี่ยงและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสม[5]

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหายาเสพติดที่แพร่ขยายเข้าสู่ชุมชน ทำให้เกิดผลกระทบมากมาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจากการใช้สารเสพติด พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าสู่กระบวนการรักษามักมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรง ซึ่งเป็นผลจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากการเสพยา ซึ่งในการดูแลต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายในชุมชน ในการที่จะการสร้างความตระหนักรู้ โดยการสนับสนุนจากชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างสะดวกและรวดเร็ว โดยการประยุกต์ใช้แนวทางการบำบัดที่ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจและสังคม เช่น การบำบัดทางจิตใจ การใช้ยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐพร ผลงาม[6] ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เป็ดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง โดยเริ่มต้นจากการร่วมกันคิด เน้นความสมัครใจเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยแบ่งเป็น การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป ดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค;รวมในการฟื้นฟูสมรรถสภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติดและลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งทำให้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดระยองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ โกศล เจริญศรี[7] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น จากระดับ

ความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.00 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed ranks test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (Z=4.511, p=.000) และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001

สถานการณ์อำเภอสุวรรณภูมิ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปีพ. ศ. 2563 –2565 มีจำนวน 176, 199และ 221ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 84, 106 และ 111 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง นำไปสู่การ ก่อความรุนแรงซ้ำ[8]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

3. เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

วิธีการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน อำเภอเมืองสรวง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จำนวน 9 หมู่บ้านๆ ละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน โดยมีกิจกรรมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	ความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	ความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	ความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	ความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	ความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

1.2 กำหนดกิจกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

1.3 การดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

1.4 สรุปผลการดำเนินงานแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมของการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชนและผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ได้รับการรับรองจริยธรรม

งานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1.1 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและได้รับการดูแล อำเภอสุวรรณภูมิ มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปีพ. ศ. 2563 – 2565 มีจำนวน 176, 199และ 221ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 84, 106 และ 111 ราย ตามลำดับ

1.2 ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ส่งผลให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการก่อความรุนแรงซ้ำ สร้างความเดือดร้อน แก่คนในชุมชน จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือญาติเท่านั้น ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทั้งในระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล นอกจากนี้ยังขาดกระบวนการ หรือแนวทางที่เหมาะสมในการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการสั่งการตามระบบ การประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ประกอบกับครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ดูแล

1.3 ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน

3. ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย	3.50	0.56	4.54	0.39	89	-13.681	.000	-1.19190	-.88958
การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย	3.28	0.57	4.57	0.42	89	-15.972	.000	-1.45894	-1.13612
การเตรียมความพร้อมชุมชน	3.35	0.53	4.56	0.39	89	-17.291	.000	-1.34586	-1.06842
รวม	3.38	0.45	4.56	0.35	89	-19.335	.000	-1.30325	-1.06036

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและได้รับการดูแล อำเภอสุวรรณภูมิ มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปีพ. ศ. 2563 –2565 มีจำนวน 176, 199และ 221ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิดครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 84, 106 และ 111 ราย ตามลำดับ ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ส่งผลให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการก่อความรุนแรงซ้ำ สร้างความเดือดร้อน แก่คนในชุมชน จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือญาติเท่านั้น ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทั้งในระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล นอกจากนี้ยังขาดกระบวนการ หรือแนวทางที่เหมาะสมในการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการสั่งการตามระบบ การประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ประกอบกับครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ดูแล และเมื่อทำการศึกษา ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ณฐพร ผลงาม[6] ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ โกศล เจริญศรี[7] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่าการศึกษาสถานการณ์จากสถานการณ์และบริบทของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ ญาติขาดศักยภาพในการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย จากการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน ปรากฏว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านที่สำคัญ คือ ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการดูแลรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 61.5 ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลขาดศักยภาพหรือไม่มีผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 26.9 และด้านการใช้สารเสพติด (สุรา/ยาเสพติด) ก่อนได้รับรูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน ร้อยละ 61.5 ใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ทุกวัน ร้อยละ 19.2

จากสถานการณ์ดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน[5] การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต[9]และการติดตาม

ดูแลผู้ป่วย[2] ส่งผลให้ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ โกศล เจริญศรี[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่าหลังดำเนินการผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น จากระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.00 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (Z=4.511, p=.000) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว[10] ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาล ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของพิทภรณ์ พลโคตร[11]ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน จากการศึกษาสถานการณ์พบประเด็นที่สำคัญ 4 ประเด็นของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ดังนี้ 1) ความต่อเนื่องของข้อมูลพบว่าผู้ใช้บริการสะท้อนการได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการของการดูแล 2)ด้านความต่อเนื่องของการบริหาร พบปัญหาในการขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม และผู้ให้บริการสุขภาพกับสมาชิกครอบครัว 3)ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในทีมสุขภาพ พบว่าทีมสุขภาพไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขาดความเข้าใจในการทำงานเป็นทีม รวมถึงยังขาดทักษะในการประเมินปัญหา และจากการวิเคราะห์ข้อมูดังกล่าวได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ลดความรุนแรงในชุมชนและลดการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชซ้ำ

ผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวชพบว่าผลของคะแนนปฏิบัติการดูแลฯ ของผู้ให้บริการสุขภาพในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (Mean4.80 และ Mean=2.83)ตามลำดับ ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนดำเนินการ (Mean=4.4 และMean=3.8) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ควรประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชนควรประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต. [อินเตอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://www.dmh.go .th/faq/mentalhealth.
2. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). แนวทางการติดตามดูแล ต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สารเสพติด โรงพิมพ์บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2563.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจ สำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด
4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2564. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพ; 2564.
5. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.สธ.)
6. ณฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตรสาธารณสุขนวตกรรม ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-72.
7. โกศล เจริญศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(2). 266-96
8. งานจิตเวชโรงพยาบาลเมืองสรวง. เอกสารรายงานประจำเดือน เมษายน 2565 หัวข้อรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและการฆ่าตัวตาย. คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ; 2565.
9. ศุกร์ใจ เจริญสุข.(2557) แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Theoretical Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1 (หน้า 90-113). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร ; 2557.
10. สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 (2021): มกราคม - เมษายน 2564 หน้า 91-111.
11. พิทภรณ์ พลโคตร.(2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 10(4) 184-94

การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง

Scoping of Health Impact Assessment for Assessing Food Security in Para Rubber Plot.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

อิสรา มิตรช่วยรอด[1] ,เพ็ญ สุขมาก[2]
Aitsara Mitchuayrod[1] ,Phen Sukmag[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกรต้นแบบที่คัดเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดนราธิวาส วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 49 เรื่อง สรุปวิเคราะห์จัดทำเป็นร่างขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดการประเมินฉบับที่ 1 เพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 คือการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) เก็บข้อมูลจากการระดมความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านความเพียงพอของอาหาร มิติด้านการเข้าถึงอาหาร มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร และมิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร โดยมีรายละเอียดตัวชี้วัดแต่ละมิติ ดังต่อไปนี้ 1) มิติด้านความเพียงพอของอาหาร ได้แก่ การถือครองที่ดิน การใช้ประโยชน์ที่ดิน การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ การมีปัจจัยการผลิตอาหาร การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิ่มทุกมื้อ และการมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน 2) มิติด้านการเข้าถึงอาหาร ได้แก่ ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน การมีรายได้ที่เพียงพอ การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารอาหารปลอดภัย และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า 3) มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร ได้แก่ ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ และความสามารถในการแปรรูปผลผลิต และ 4) มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร ได้แก่ มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร และการเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต ตัวชี้วัดถูกนำไปจัดทำเครื่องมือเพื่อทำการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง

คำสำคัญ: การกำหนดขอบเขต, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, ความมั่นคงทางอาหาร, พืชร่วมยาง

Abstract

This study aimed to establish the content scope and indicators for health impact assessment for food security assessment in rubber co-cropping plots of selected model farmers from 4 provinces: Ranong, Chumphon, Nakhon Si Thammarat and Narathiwat. The research methodology consisted of 1) Expert scoping, in which the researcher and experts reviewed 49 related research documents, summarized and analyzed them into a draft of the content scope and indicators for assessment version 1 to be entered into the second step 2) Expert and community scoping. Data was collected from brainstorming through focus groups with 16 specifically selected informants. The tool was the focus group discussion. Qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] นักศึกษาปริญญาโท, หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการจัดการระบบสุขภาพ) สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[2] ผู้อำนวยการ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

The results of the study 4 content scope and indicators for food security assessment in para rubber plot consisted of 4 dimensions: food availability, food access and food utilization and food stability with details of the indicators for each dimension as follows: 1) Food availability dimension, including land ownership, land use, having sufficient safe food production areas, having food production factors, having quality food to consume at every meal, and having enough food for all household members. 2) Food access dimension, including the ability to find food from natural sources near home, having sufficient income, having secondary occupations that generate sufficient income, the number of sources of safe food products, and the ability to access sources of products. 3) Food utilization dimension, including the variety of products obtained, consuming a variety of foods from all 5 food groups, consuming sufficient safe vegetables, and the ability to process products. 4) Food stability dimension, including having an agricultural production management planning system, an agricultural product planting calendar, and collecting plant and animal species for future propagation. The indicators were used to develop a tool to assess food security in para rubber plot.

Keywords: Scoping, Health Impact Assessment (HIA), Food security, Para rubber plot.

บทนำ

ภาคใต้มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 44 ล้านไร่ ถูกใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร 23 ล้านไร่ มีการทำเกษตรเชิงเดี่ยว คือ ปลูกยางพาราและปาล์มน้ำมันกว่า 19 ล้านไร่ คิดเป็นร้อยละ 88 ของพื้นที่เกษตรทั้งหมด และจากสถิติการเกษตรของประเทศไทย[1] ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 – 2565 พบว่า พื้นที่เกษตรที่เป็นพื้นที่ผลิตอาหาร เช่น นาข้าวมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องทุกปี จากการเปลี่ยนพื้นที่นาข้าวไปปลูกพืชเชิงเดี่ยวมากขึ้น ด้วยได้รับอิทธิพลจากนโยบายภาครัฐและแผนพัฒนาเศรษฐกิจส่งเสริมการปลูกพืชเชิงเดี่ยว[2] เกษตรกรจึงหันมาปลูกพืชเชิงเดี่ยวเพื่อสร้างกระแสเงินสดให้กับครัวเรือนเกษตรกรมากขึ้น ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตหลายได้จากต้นทุนการผลิตที่สูงกว่ารายได้เกิดภาวะหนี้สิน รายได้ที่ไม่แน่นอนจากสภาวะเศรษฐกิจของโลก ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน โดยเฉพาะรายจ่ายการอุปโภคบริโภค ภูมิคุ้มกันทางอาหารลดลง[3] ระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลงจากการใช้สารเคมี[4] และเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว เกษตรกรชาวสวนยางจะต้องมีการประกอบอาชีพเสริมในแปลงยางของตัวเอง[5] เพื่อสร้างรายได้เพิ่ม[6] และลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยการทำ เกษตรผสมผสาน[7] เกษตรทฤษฎีใหม่[8] การปลูกพืชร่วมยางหรือพืชแซมยาง[9] วนเกษตร[9] ภายใต้ความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่และวัตถุประสงค์ของการทำเกษตรที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างรายได้เสริมก่อนหรือระหว่างการกรีดยาง และนำผลผลิตที่ได้ เช่น พืชผักสวนครัว พืชท้องถิ่น หรือไม้ผล ผลผลิตจาการทำปศุสัตว์ สำหรับการบริโภคในครัวเรือน เพิ่มการเข้าถึงอาหาร และสามารถลดค่าอาหารของครัวเรือน โดยใช้พื้นที่ขนาดเท่าเดิมจากแปลงยางปลูกพืชอาหารเพิ่ม[6] สามารถสร้างความมั่นคงทางอาหารให้เกิดในแปลงพืชร่วมยาง[10] อีกทั้งยังมีความมั่นใจต่อผลผลิต[7] เนื่องจากผลิตเองโดยไม่ใช้สารเคมีบริโภคได้อย่างมั่นใจ คงไว้ซึ่งความหลากหลายทางชีวภาพและช่วยรักษาระบบนิเวศน์ให้สมดุล องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) ได้ให้ความหมายของ ความมั่นคงทางอาหารหมายถึง การที่ทุกคนมีความสามารถทางกายภาพและเศรษฐกิจ[11] เพื่อการเข้าถึงอาหารได้ทุกเวลามีอาหารกินอย่างเพียงพอ อาหารที่บริโภคเป็นอาหารที่ปลอดภัย[12] มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายมนุษย์ เพื่อการสร้างพลังงานและสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) มิติด้านความเพียงพอ (Availability) คือ การมีอาหารที่มีคุณภาพในปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งการมีอาหารอาจได้มาจากการผลิตทั้งภายในและ

ภายนอกประเทศและการได้รับบริจาคหรือช่วยเหลือทางสังคมในด้านอาหาร[13] 2) มิติด้านการเข้าถึง (Access) คือ การที่บุคคลมีสิทธิในการเข้าถึงทรัพยากรส่วนรวมและมีความสามารถ รวมถึงการมีรายได้เพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารที่เหมาะสมและมีโภชนาการ[14] ภายใต้บริบทสังคมนั้น ๆ 3) มิติด้านการใช้ประโยชน์ (Utilization) คือ การที่ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน[14] จากการบริโภคอาหารที่เพียงพอ ร่วมกับการมีน้ำสะอาดไว้บริโภค[15] การดูแลรักษาสุขภาพ และการมีสุขอนามัยที่ดี 4) มิติด้านการมีเสถียรภาพ (Stability) คือ การที่ทุกคนสามารถเข้าถึงอาหารได้ทุกเวลา แม้ในภาวะที่ไม่ปกติ โดยไม่ต้องเสี่ยงกับการขาดแคลนอาหารไว้บริโภค[16] ซึ่งการมีเสถียรภาพครอบคลุมมิติความเพียงพอและการเข้าถึงอาหารด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบตามนิยามความหมายความมั่นคงทางอาหารของ FAO มาจัดทำขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ จัดทำขอบเขตเนื้อหา ตัวชี้วัดและเครื่องมือ ในการประเมินแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกรเป้าหมายของโครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ศวนส.) ภายใต้การดูแลของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับการยางแห่งประเทศไทยและหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ สนับสนุนเกษตรกรในการเพิ่มพื้นที่อาหารในแปลงพืชร่วมยาง โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มพื้นที่ผลิตอาหารปลอดภัยในสวนยางและสร้างความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน โดยดำเนินงานในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดนราธิวาส ซึ่งการดำเนินงานโครงการดังกล่าว ยังไม่มีการประเมินระดับความมั่นคงทางอาหารจากการทำพืชร่วมยาง ของเกษตรกรเป้าหมายว่าการทำพืชร่วมยาง ทำให้เกษตรกรมีความมั่นคงทางอาหารหรือไม่ และระดับความมั่นคงทางอาหารอยู่ระดับใด

การประเมินความมั่นคงทางอาหารที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินในภาพกว้างจากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ เน้นการศึกษาในมิติด้านการมีและการเข้าถึงอาหารในแง่ของการมีเงินที่เพียงพอหรือสถานะทางเศษฐกิจครัวเรือน เพื่อการซื้ออาหารมาบริโภค แต่ขอบเขตเนื้อหาและตัวชี้วัดด้านการใช้ประโยชน์และเสถียรภาพทางอาหารยังมีน้อย และเป็นการประเมินโดยนักวิจัยเป็นคนกำหนดกรอบและเครื่องมือการประเมิน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาขอบเขตเนื้อหาและตัวชี้วัดน้อย สำหรับการประเมินครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการให้เป็นการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาระหว่างเกษตรกร หน่วยงานสนับสนุนคือการยางแห่งประเทศไทย และนักวิชาการในสถาบันการศึกษา จึงเลือกใช้ประบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพหรือ เอช ไอ เอ (Health Impact Assessment: HIA) เป็นกรอบการประเมิน

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หรือ เอช ไอ เอ เป็นเครื่องมือทางนโยบาย ที่สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม และสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เอช ไอ เอ ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ คือ การกลั่นกรองโดยสาธารณะ (Public Screening) การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบโดยสาธารณะ (Public Scoping) การประเมินผลกระทบ (Assessing) การทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะ (Public review) การผลักดันสู่การตัดสินใจ (Influencing) และการติดตามและประเมินผลโดยสาธารณะ (Public Monitoring and Evaluation) ซึ่งขั้นตอนการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เป็นขั้นตอนเพื่อการออกแบบเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ในการประเมิน[17] เสมือนการจัดทำกรอบแนวคิด กำหนดตัวแปร เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำไปดำเนินการต่อในขั้นตอนของการประเมิน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะได้ร่วมเรียนรู้ ร่วมคิดวิเคราะห์กำหนดประเด็นขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินอย่างมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อจัดทำขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารจากแปลงพืชร่วมยาง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบการพัฒนาขอบเขตเชิงเนื้อหาตามกรอบนิยามความหมาย ความมั่นคงทางอาหารของ FAO โดยมีการดำเนินงานทั้งการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) ดำเนินการตามขั้นตอนการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยขั้นตอนนี้สามารถดำเนินการดังนี้ คือ 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Scoping) ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนเอกสาร (Documentary review) ด้วยการรวบรวมเอกสาร งานวิชาการ งานวิจัย รายงาน ที่เกี่ยวข้อง และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และการกำหนดขอบเขตโดยชุมชน (Community scoping) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Scoping)** โดยการศึกษาจากเอกสาร (Documentary review) เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสาร งานวิชาการ งานวิจัย รายงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหลักของหัวข้อที่ศึกษา ค้นหาในฐานข้อมูลออนไลน์เป็นหลัก คือ เว็บไซต์ Google และ Google Scholar โดยใช้คำหลักในการค้นหา คือ “ความมั่นคงทางอาหาร” “พืชร่วมยาง” หรือ “การทำเกษตรในสวนยาง” และ “การประเมินความมั่นคงทางอาหาร” ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งมีจำนวนงานวิจัยที่ค้นหาทั้งหมดจำนวน 69 บทความ คัดออกเหลือจำนวน 48 บทความ โดยมีเกณฑ์ในการคัดออกของบทความ คือ เนื้อความจากการพาดหัวข่าวหน้าเว็บไซต์ เป็นงานวิชาการ งานวิจัย หรือรายงาน ไม่อยู่ระหว่างปี พ.ศ.2560 – 2565 (ค.ศ.2017-2022) และไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ ความมั่นคงทางอาหารในแต่ละมิติตาม นิยามความหมายของ FAO สืบค้นและรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องนำมาบันทึกลงตารางสกัดข้อมูล เพื่อวิเคราะห์และจัดทำเป็นขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1

2. การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping)

ในขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดขอบเขตร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยในการกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) ได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ ต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพืชร่วมยาง และมีความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 4 คน ประกอบด้วย อาจารย์จากสถาบันการศึกษามหาวิทยาลัยภาคใต้ จำนวน 3 คน และนักวิชาการอิสระด้านพืชร่วมยางจำนวน 1 คน

การกำหนดขอบเขตโดยชุมชน (Community scoping) โดยคัดเลือกตัวแทนชุมชนแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มประชาชน เป็นตัวแทนเกษตรกรที่ทำพืชร่วมยาง หรือมีประสบการณ์การทำพืชร่วมยาง โดยการคัดเลือกจากการยางแห่งประเทศไทยระดับจังหวัด และมีความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 คน ประกอบด้วย เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดระนอง 2 คน เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดชุมพร 2 คน เกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดนครศรีธรรมราช 2 คน และเกษตรกรชาวสวนยางจังหวัดนราธิวาส 2 คน 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นตัวแทนระดับจังหวัดมีบทบาทหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเกษตรกรชาวสวนยางโดยตรง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ตัวแทนการยางแห่งประเทศไทยจังหวัดระนอง 1

คน การยางแห่งประเทศไทยจังหวัดชุมพร 1 คน การยางแห่งประเทศไทยจังหวัดนครศรีธรรมราช 1 คน และการยางแห่งประเทศไทยจังหวัดนราธิวาส 1 คน

นำเสนอข้อมูลขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1 ที่ได้จากการศึกษาจากเอกสาร จัดทำเป็นเอกสารนำเข้าในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มชุมชน ร่วมทบทวน พิจารณา ความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือในการดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1. ตารางสกัดข้อมูล (Data Extraction Sheet) จากการศึกษาข้อมูลเชิงเอกสาร (Document Review) ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยองค์ประกอบ และตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหาร ประกอบด้วยชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ องค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมินที่สำคัญ
2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม ด้วยคำถามปลายเปิด (Open-ended Question) เพื่อให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มชุมชนร่วมพิจารณา ระดมความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่เกี่ยวกับประเด็นมิติและตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ของกลุ่มเกษตรกรต้นแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามการสนทนากลุ่มผ่านการพิจารณาและตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำพืชร่วมยาง ด้านเศรษฐศาสตร์หรือผลตอบรับเชิงเศรษฐศาสตร์จากการทำพืชร่วมยาง และด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.75 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการขอจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ จากสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ EC 010/65 ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดงานวิจัยโดยสังเขปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หรือสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาของการดำเนินงานวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ร่วมกับการขออนุญาตบันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการติดต่อประสานงานโดยตรงกับยางแห่งประเทศไทย ร่วมกับการขอความอนุเคราะห์ในการประสานตัวแทนเกษตร และติดต่อประสานงานนักวิชาการโดยตรง นัดวันและเวลาในการสนทนากลุ่มที่ทุกคนพร้อมเพียงกัน ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากการเอกสาร และผลการทบทวนรายงานการดำเนินงานของโครงการให้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน และตัวแทนกลุ่มชุมชน จำนวน 12 คน ร่วมระดมความคิดเห็นประเด็นข้อเสนอแนะ สรุปข้อมูล และทวนข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมฟังอีกครั้งก่อนถามข้อคำถามถัดไป และทำการบันทึกเสียงร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยดำเนินการดังนี้ นำประเด็นเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนเอกสาร กำหนดประเด็นหลัก (**Domain**) ตามมิติความมั่นคงทางอาหารของ FAO จัดหมวดหมู่ที่เชื่อมโยงกับแต่ละมิติหรือองค์ประกอบ (Categorize) และกลุ่มคำหรือคำอธิบาย (**Explain**) การถอดเทปเสียงจากการสนทนากลุ่ม อ่านทำความเข้าใจเนื้อหาของข้อมูล แสดงสัญลักษณ์สีเป็นตัวแทนประเด็นหลัก ใส่รหัส (Coding) เป็นตัวแทนผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาตีความและสรุปความ จัดกลุ่มในหัวข้อตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี

ผลการศึกษา

ขอบเขตเชิงเนื้อหาและตัวชี้วัดในการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง

มิติการประเมิน	ประเด็น	ตัวชี้วัดในการประเมินความมั่นคงทางอาหาร
		ขอบเขตเชิงเนื้อหาฉบับที่ 1
1. มิติด้านความเพียงพอของอาหาร	1.1 พื้นที่ผลิตอาหาร	- การถือครองที่ดิน - การใช้ประโยชน์ที่ดิน - การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ
	1.2 ผลผลิตเพียงพอ	- การมีปัจจัยการผลิตอาหาร - การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิ่มทุกมื้อ - การมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน
2. มิติด้านการเข้าถึงอาหาร	2.1 แหล่งอาหารจากธรรมชาติ	- ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน
	2.2 การซื้ออาหารบริโภค	- การมีรายได้ที่เพียงพอ - การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ
	2.3 แหล่งกระจายสินค้า	- จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารอาหารปลอดภัย - ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า
3. มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร	3.1 อาหารหลากหลายและปลอดภัย	- ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ - การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ - การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ
	3.2 การแปรรูป	- ความสามารถในการแปรรูปผลผลิต
4. มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร	4.1 การวางแผนการผลิต	- มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร - มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร
	4.2 จัดการพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์	- การเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต

จากตารางที่ 1 มิติด้านความเพียงพอ ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) การมีพื้นที่ผลิตอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย การถือครองที่ดิน การใช้ประโยชน์ที่ดิน และการมีพื้นที่ผลิตอาหารที่เพียงพอ และ 2) การมีผลผลิตที่เพียงพอ มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย การมีปัจจัยการผลิตอาหาร การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิ่มทุกมื้อ และการมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน

มิติด้านการเข้าถึงประเมิน 3 ประเด็น คือ 1) แหล่งอาหารจากธรรมชาติ ตัวชี้วัดการประเมิน คือ ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน 2) การซื้ออาหารบริโภค มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย การมีรายได้ที่เพียงพอ และการมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ และ 3) แหล่งกระจายสินค้า มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารอาหารปลอดภัย และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า

มิติด้านการใช้ประโยชน์ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) อาหารหลากหลายและปลอดภัย มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ และการบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ และ 2) การแปรรูป ตัวชี้วัดการประเมิน คือ ความสามารถในการแปรรูปผลผลิต

มิติด้านการมีเสถียรภาพ ประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) การวางแผนการผลิต มีตัวชี้วัดการประเมินประกอบด้วย มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร และมีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร และ 2) จัดการพันธุ์พืชและ

พันธุ์สัตว์ ตัวชี้วัดการประเมิน คือ การเก็บพันธุ์พืช พันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา การกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยสาธารณะ (Public scoping) ด้วยวิธีการกำหนดขอบเขต 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert scoping) และ 2) การกำหนดขอบเขตโดยผู้เชี่ยวชาญและชุมชน (Expert and community scoping) เพื่อกำหนดประเด็นและตัวชี้วัดสำหรับการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรต้นแบบตามบริบทของชุมชน ที่มีความครบถ้วนและครอบคลุมในประเด็นการประเมิน ภายใต้ความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชน[18] มีรายละเอียดตัวชี้วัดการประเมิน ดังต่อไปนี้

มิติด้านความเพียงพอของอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมิน 6 รายการ คือ 1) การถือครองที่ดิน 2) การใช้ประโยชน์ที่ดิน 3) การมีพื้นที่ผลิตอาหารที่ปลอดภัยเพียงพอ 4) การมีปัจจัยการผลิตอาหาร 5) การมีอาหารที่มีคุณภาพไว้บริโภคอิ่มทุกมื้อ และ 6) การมีอาหารเพียงพอต่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ คณน ไตรจันทร์ และคณะ[19] ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนภาคใต้ชายแดน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 6 ปัจจัย คือ 1) ความเพียงพอปัจจัยการผลิตและผลผลิต มีที่ดิน มีแรงงาน มีการผลิตหลากหลาย 2) แหล่งน้ำและสาธารณูปโภค 3) การมีเสถียรภาพด้านอาหารจากการผลิต เพียงพอและหลากหลาย 4) การเข้าถึงอาหารแหล่งธรรมชาติและตลาด 5) อาหารปลอดภัย และ 6) การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนเห็นด้วยกับประเด็นพิจารณา

มิติด้านการเข้าถึงอาหาร มีตัวชี้วัดการประเมิน 5 รายการ คือ 1) ความสามารถในการหาอาหารจากแหล่งธรรมชาติใกล้บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษรา ทองอุปการ[20] ปัจจัยเอื้อต่อวัฒนธรรมอาหารและความมั่นคงทางอาหารชุมชนบ้านตลิ่งแดง คือการที่สมาชิกทุกคนมีสิทธิเข้าถึงแหล่งอาหารธรรมชาติได้อย่างเสรี ตามฤดูกาล ได้หลากหลาย 2) การมีรายได้ที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Inna Irtyshcheva et al.[21] พบว่าปัญหาสำคัญของการรองรับความมั่นคงทางอาหารของยูเครน คือ การมีรายได้ที่ต่ำของประชากรประสบปัญหากับความขาดแคลนอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัชราวดี อรรถวิวัฒนากุล[22] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุบ้านหินผุด ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คือ รายได้ และการศึกษาของสุพรรณี ไชยอำพร[12] การมีรายได้ที่เพียงพอเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของความมั่นคงทางอาหาร 3) การมีอาชีพเสริมที่สร้างรายได้อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศจีรัตน์ แรมลี[5] การปลูกพืชเสริมและทำกิจกรรมเกษตรในสวนยาง สร้างอาชีพและรายได้เสริมจากผลผลิตยาง โดยไม่มีผลกระทบต่อการเติบโตยาง 4) จำนวนแหล่งจำหน่ายสินค้าอาหารอาหารปลอดภัย และ 5) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสินค้า สอดคล้องกับการศึกษาของ อัยลดา มุสลีมาณุกุล[23] ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ด้านการเข้าถึงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากจำนวนร้านค้ามีน้อยและห่างไกลจากบ้านผู้สูงอายุเข้าถึงยาก และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนมีข้อเสนอแนะภาระหนี้สินเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงอาหาร

มิติด้านการใช้ประโยชน์ด้านอาหาร พบว่า มีตัวชี้วัดการประเมิน 4 รายการ คือ 1) ความหลากหลายของผลผลิตที่ได้ 2) การบริโภคอาหารที่หลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ 3) การบริโภคพืชผักปลอดภัยที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณี ไชยอำพร[12] สิ่งบ่งชี้ความมั่นคงทางอาหารในมิติสังคมและวัฒธรรมมี 3 ตัวบ่งชี้ จาก 19 ตัวบ่งชี้ การใช้ประโยชน์ด้านอาหาร คือ ความหลากหลายของประเภทอาหารในแต่ละมื้อ อาหารที่บริโภคมี

คุณภาพ ปลอดสารพิษ และการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และ 4) ความสามารถในการแปรรูปผลผลิต สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์ และคณะ[24] พบว่า การนำอาหารมาแปรรูปหรือถนอมอาหารเป็นการสร้างคุณค่าทางอาหารรูปแบบหนึ่ง และเพื่อการมีกินในครัวเรือนตลอดเวลา และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนมีข้อเสนอแนะ เรื่องการนำผลิตที่ได้มาแปรรูปเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม เป็นการใช้ประโยชน์ด้านอาหารอีกวิธีหนึ่ง

มิติด้านการมีเสถียรภาพทางอาหาร พบว่า มีตัวชี้วัดการประเมิน 3 รายการ คือ 1) มีระบบการวางแผนการจัดการการผลิตทางการเกษตร และ2) มีปฏิทินการเพาะปลูกผลผลิตทางการเกษตร สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์ และคณะ[24] แนวทางด้านการบริหารจัดการครัวเรือนเป็นหนึ่งแนวทางในการสร้างความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนเกษตรกร จังหวัดน่าน ประกอบด้วย การมีอาหารผลิตเองได้ตลอดปี มีการวางแผนการการจัดการการซื้อ การผลิต และการสำรองอาหารไว้ยามฉุกเฉิน มีกินตลอดเวลา และ 3) การเก็บพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ไว้ขยายพันธุ์ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ ธันยชนก ปะวะละ[25] การดำรงชีพโดยพึ่งพิงแหล่งอาหารจากป่าหรือธรรมชาติ เป็นการสร้างความมั่นคงทางอาหารเพื่อการพึ่งตนเอง และการอนุรักษ์พันธุ์พืชป่าหรือพันธุ์พืชท้องถิ่น โดยการเก็บเมล็ดพันธุ์ไว้ปลูกเองในฤดูถัดไปเป็นการสร้างความมั่นคงและยั่งยืนด้านอาหารในอนาคต และจากการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะผู้เชี่ยวชาญและชุมชนเห็นด้วยกับประเด็นพิจารณา

จากการศึกษาความมั่นคงทางอาหารทั้ง 4 มิติ พบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของ Carlo Cafiero et al.[26] ที่ศึกษาความมั่นคงทางอาหารระดับโลกโดยใช้เกณฑ์ความไม่มั่นคงทางอาหาร ให้ความสำคัญกับการมีกระแสเงินสดหรือการมีรายได้เพื่อการเข้าถึงอาหารและมีอาหารที่เพียงพอ และการศึกษาของ Charles F et al.[27] ประเมินความมั่นคงทางอาหารระดับครัวเรือนและภูมิภาคของเกษตรกร เน้นการมีอาหารจากการผลิตเป็นสำคัญจากการเป็นแหล่งผลิตหลัก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lotsmart N Fonjong and Adwoa Y Gyapong[28] ให้ความสำคัญกับการมีพื้นที่ทำกินและสิทธิเสรีภาพในการผลิตจากภาครัฐ เพื่อความมั่นคงทางอาหารที่ยั่งยืน

ขอบเขตและตัวชี้วัดความมั่นคงทางอาหารของเกษตรกรแปลงต้นแบบการทำพืชร่วมยางในจังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดนราธิวาส ครอบคลุมความมั่นคงทางอาหารทั้ง 4 มิติของ FAO สามารถนำไปจัดทำเป็นเครื่องมือในการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยางของเกษตรกรต้นแบบในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ตัวชี้วัดการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแต่ละบริบทพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน ด้วยปัจจัยหลายๆ ด้าน เช่น สภาพเศรษฐกิจสังคม สภาพแวดล้อมและความสมบูรณ์ของพื้นที่ การเมืองการปกครอง ประเพณีวัฒนธรรม เป็นต้น อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมแต่ละกรณีไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นการยางแห่งประเทศไทย เกษตรจังหวัด เกษตรและสหกรณ์จังหวัด สามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการทำเครื่องมือเพื่อการประเมินความมั่นคงทางอาหารในแปลงพืชร่วมยาง ในพื้นที่เพื่อนำมาทำแผนขับเคลื่อน และขยายผลการทำพืชร่วมยางในพื้นที่อื่นๆ ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ภาคใต้ จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยขอขอบคุณเกษตรกรต้นแบบพืชร่วมยาง การยางแห่งประเทศไทย อาจารย์ นักวิชาการจังหวัดชุมพร จังหวัดระนอง จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดนราธิวาส ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2565. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร.
2. คณะกรรมการบูรณาการนโยบายพัฒนาภาค (ก.บ.ภ.). แผนพัฒนาภาคใต้ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564).
3. ปราโมทย์ แก้ววงศรี. แนวทางสร้างความหลากหลายในสวนยางพารา. พิมพ์ครั้งแรก. พงค์เทพ สุธีรวุฒิ, เพ็ญ สุขมาก, วรรณา สุวรรณชาตรี, บรรณาธิการ. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2561.
4. ภัทรพงศ์ วงศ์สุวัฒน์, วันชัย รัตนวงษ์, วัชรวี จันทรประกายกุล. ความยั่งยืนของเกษตรกรชาวสวนยางในประเทศไทย. วารสารสุทธิปริทัศน์. กรกฎาคม – กันยายน 2564;35(3):174-193.
5. ศจีรัตน์ แรมลี. การเสริมรายได้ในสวนยาง. ศูนย์วิจัยยางหนองคาย สถาบันวิจัยยาง การยางแห่งประเทศไทย; 2562.
6. นัดดา รัศมีแพทย์, สุพัตรา ศรีสุวรรณ. การปลูกพืชเสริมรายได้ในสวนยางพาราของเกษตรกร อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า. 2560;35(1):117-124.
7. เพ็ญ สุขมาก, วรรณา สุวรรณชาตรี, บรรณาธิการ. รูปธรรมความสำเร็จการทำพืชร่วมยาง ทางเลือก ทางรอดของเกษตรกร. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2564.
8. รักพงษ์ รติคุณูปกร. บทบาทของการยางแห่งประเทศไทยในการพัฒนายางพาราทั้งระบบ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. กรกฎาคม-ธันวาคม 2562;10(2):259-269.
9. ระวี เจียรวิภา. พืชร่วมในสวนยางพาราทางภาคใต้ของประเทศไทย: ผลกระทบและรูปแบบการปลูกอย่างยั่งยืน. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า 2562;37(1):179-189.
10. สมบูรณ์ เจริญจิระตระกูล, อริศรา ร่มเย็น, พลากร สัตย์ซื่อ. พัฒนาการระบบการปลูกพืชร่วมยางในภาคใต้ ปัญหาและอุปสรรคในการขับเคลื่อน. KASETSART JOURNAL OF SOCIALSCIENCES. 2017; 38:588–599.
11. ธนรัฐ สะอาดเอี่ยม, พระครูปริยัติวิสุทธิคุณ, พระมหายุทธพิชาญ ทองจันทร์, พระครูศรีปรีชากร. หลักมัตตัญญุตากับการประกันความมั่นคงทางอาหารในมุมมองพระพุทธศาสนา. วารสารมหาจุฬาคชสาร.มกราคม-มิถุนายน 2565;13(1): 23-34.
12. สุพรรณี ไชยอำพร. ความมั่นคงทางอาหาร: สิ่งบ่งชี้ต่างวัฒนธรรมในสังคมไทย. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์. 2560;57(1):200-223.
13. เพ็ญ สุขมาก. แนวทางการจัดทำแผนและโครงการระบบอาหารในระดับชุมชนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งแรก. วรรณา สุวรรณชาตรี, บรรณาธิการ. สงขลา: โฟ-บาร์ด; 2564.
14. สุพรรณี ไชยวรรณ. การส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารของชุมชนตำบลเกาะรัง อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี [ปริญญานิพนธ์ปริญญาเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
15. Meital Izraelov, Jacques Silber. An assessment of the global food security index. Food Security. 2019;11:1135–1152.
16. เพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์. ผลกระทบและการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ต่อความมั่นคงทางอาหารของประเทศไทย. วารสารธรรมวัตร. มกราคม - มิถุนายน 2564;2(1):13-22.
17. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัทสำนักพิมพ์สุภา.
18. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ.2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนที่ 289 ง ตอนพิเศษ (ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2564).
19. คณน ไตรจันทร์, ธีรศักดิ์ จินดาบถ, อนุวัต สงสม. องค์ประกอบความมั่นคงทางอาหารระดับครัวเรือนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. KASETSART JOURNAL OF SOCIALSCIENCES. 2017; 38:577–587.

20. บุษบา ทองอุปการ. อาหารท้องถิ่น: ความมั่นคงทางอาหารในมิติวัฒนธรรมกรณีศึกษาชุมชนบ้านตลิ่งแดง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. สิงหาคม 2561;5(ฉบับพิเศษ):107-119.
21. Inna Irtyshcheva, Maryna Ponomarova, Iryna Dolzhykova. CONCEPTUAL FUNDAMENTALS OF DEVELOPMENT OF THE FOOD SECURITY SYSTEM. Baltic Journal of Economic Studies. 2019;5(2):57-64.
22. พัชราวดี อรรถวิวัฒนากุล. การศึกษาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหินผุด อาเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. กรกฎาคม – ธันวาคม 2561;1(2):ISSN 2651-1312.
23. อัยลดา มุสลีมาณุกูล, เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในอำเภอรามัน จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. มกราคม – มีนาคม 2565;8(1):45-59.
24. เพ็ญจันทร์ รวิยะวงศ์, เมตตา ตาละลักษณ์. แนวทางการเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนเกษตรกรในจังหวัดน่าน. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11. 440-453.
25. ธันยชนก ปะวะละ, ภณิตา สุนทรไชย. รูปแบบการสร้างความมั่นคงทางอาหารบนฐานทรัพยากรทางธรรมชาติและทุนทางสังคมเพื่อความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัด มหาสารคาม. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. มกราคม-มิถุนายน 2561;5(1):143-154.
26. Carlo Cafiero, Sara Viviani, Mark Nord. Food security measurement in a global context: The food insecurity experience scale. Measurement. 2018;116:146–152.
27. Charles F. Nicholson, Emma C. Stephens, Birgit Kopainsky, Andrew D. Jones, David Parsons, James Garrett. Food security outcomes in agricultural systems models: Current status and recommended improvements. Agricultural Systems. 2021:188:103028
28. Lotsmart N Fonjong and Adwoa Y Gyapong. Plantations, women, and food security in Africa: Interrogating the investment pathway towards zero hunger in Cameroon and Ghana. World Development. 2021;138: 105293.

การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF AN INFORMATION SYSTEM TO MONITOR NEAR-EXPIRED MEDICINES IN THE NETWORK OF MUANG KALASIN DISTRICT, KALASIN PROVINCE

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

สวัสดิ์ มาลา[1]
Sawat mala[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากรยา ลดความสูญเสียจากการจัดการยาใกล้หมดอายุ และเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ **วิธีการศึกษา:**การวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) โดยอิงกระบวนการ 7 ขั้นตอนของวงจรการพัฒนาระบบสารสนเทศ (SDLC) ได้แก่ การค้นหาปัญหา การศึกษาความเหมาะสม การวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนาและทดสอบ การติดตั้ง และการบำรุงรักษาระบบ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม เครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล และซอฟต์แวร์พัฒนา Web Application ผู้ให้ข้อมูลคือเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวน 80 คน **ผลการศึกษา:**ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นสามารถตรวจสอบและแจ้งเตือนการหมดอายุของเวชภัณฑ์ได้อย่างแม่นยำ ส่งผลให้การบริหารจัดการยามีประสิทธิภาพสูงขึ้น ผู้ใช้งานประเมินประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศในการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย 4.27 จาก 5.00) และระบุว่าระบบช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาหมดอายุและลดการสูญเสียทรัพยากรด้านยาได้ถึง 566% เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณก่อนหน้า **สรุปผลการศึกษา:**การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในรูปแบบเว็บไซด์ ทำให้สะดวก รวดเร็ว สามารถปรับปรุงข้อมูลและประมวลผลได้ทันที ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังยาใกล้หมดอายุ ลดความสูญเสียและความเสี่ยงในเครือข่ายบริการสุขภาพ และสามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับพัฒนาระบบในพื้นที่อื่นได้ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือการพัฒนาระบบสำหรับแพลตฟอร์มมือถือและจัดการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อการใช้งานอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ ,เครือข่ายสาธารณสุข ,เว็บแอปพลิเคชัน

Abstract

This research aims to develop an information system for monitoring near-expired drugs in the network of Mueang Kalasin District, Kalasin Province, to increase the efficiency of drug resource management, reduce losses from drug management near-expired drugs, and enhance patient safety in the health service system. Methodology: This research is a developmental research study (Research and Development) based on the 7 steps of the information system development lifecycle (SDLC), namely problem identification, feasibility study, analysis, design, development and testing, installation, and system maintenance. The tools used are questionnaires, data analysis tools, and Web Application development software. The informants are 80 staff members in the network. Results: The developed information system can accurately check and notify drug expiration, resulting in more efficient drug management. Users evaluated the efficiency of the information system for monitoring near-expired drugs as good (average 4.27 out of 5.00) and stated that the system can reduce the risk of using expired drugs and reduce drug resource losses by 566% compared to the previous fiscal year. Conclusion of the results: Development of an information system for monitoring near-expired drugs in the network of Mueang Kalasin District, Kalasin

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Province In website format, it is convenient and fast, can update information and process immediately, helps increase efficiency in monitoring drugs nearing expiration, reduces loss and risk in the health service network, and can be used as a prototype for developing systems in other areas. Additional suggestions are the development of a system for mobile platforms and organizing personnel training for sustainable use.
Keywords: Expired medicines, SDLC ,Public health network, Web application

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาทั่วโลก ส่งผลให้ระดับนานาชาติตระหนักรู้มากขึ้นเกี่ยวกับปัญหาของยาที่ไม่ได้ใช้และหมดอายุเนื่องจากการกำจัดยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ [8] ปัญหาการหมดอายุของเวชภัณฑ์ยาในหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขเป็นประเด็นที่สำคัญในการบริหารจัดการด้านยา เนื่องจากการจัดการยาที่หมดอายุเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน ภาครัฐ บริษัทเภสัชกรรม เภสัชกร และประชาชน ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักรู้ กำหนดนโยบายและมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม เวชภัณฑ์ยาที่หมดอายุไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษาที่ลดลง แต่ยังส่งผลให้เกิดการสิ้นเปลืองงบประมาณของหน่วยงาน ส่งผลต่อกระบวนการจัดซื้อและการจัดการด้านยา เช่นการกำจัดเวชภัณฑ์ยาที่หมดอายุ ถ้ากำจัดไม่ถูกหลักวิชาการหรือไม่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพได้ ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาลประจำปี 2565 [3] ได้มีการกำหนดให้กลุ่มงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลควรมีการตรวจสอบสภาพยาและเวชภัณฑ์เป็นประจำ เพื่อให้แน่ใจได้ว่ายาและเวชภัณฑ์อยู่ในสภาพพร้อมใช้และไม่มีเวชภัณฑ์ยาหมดอายุจ่ายให้ถึงผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีระบบการตรวจสอบยาและเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาหมดอายุที่มีประสิทธิภาพ

ในบริบทของเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุขจำนวน 26 แห่ง คือ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ขนาด 540 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 21 แห่ง หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ(PCU)โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2 แห่ง หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ(PCU) เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ 2 แห่ง และสถานพยาบาลเรือนจำ 1 แห่ง มีจำนวนประชากร 122,415 คน[2]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีรายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาล 692 รายการ งานคลังเวชภัณฑ์ยา กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จ่ายเวชภัณฑ์ยารวมมูลค่าทั้งสิ้น 265,769,672.30 และ 264,094,339.37 บาท ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ตามลำดับ โดยกระจายเวชภัณฑ์ยาไปยังหน่วยบริการจ่ายยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ทั้งสิ้น 98 หน่วย แบ่งเป็นหน่วยบริการจ่ายยาภายในโรงพยาบาลจำนวน 72 แห่ง และหน่วยบริการจ่ายยาภายนอกโรงพยาบาลจำนวน 26 แห่ง พบว่าในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 มีการหมุนเวียนใช้เวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุที่ส่งคืนคลังยาและมีการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุกับผู้จำหน่ายเป็นมูลค่า 70,673.11 และ 90,252.92 บาท ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.03 % ทั้งปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ซึ่งถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับมูลค่าการกระจายยาไปยังหน่วยบริการจ่ายยาในเครือข่าย

ที่ผ่านมาระบบการตรวจสอบเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในแต่หน่วยบริการขาดการตรวจสอบและรายงาน เนื่องจากขาดการแจ้งเตือนข้อมูลสำหรับเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ ไม่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลรายการเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุกับเครือข่ายโรงพยาบาลได้ และไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทำให้หน่วยบริการจ่ายยาในเครือข่ายไม่สามารถเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุได้ทันเวลา และทำให้การบริหารจัดการ

ด้านเวชภัณฑ์ไม่มีประสิทธิภาพ เวชภัณฑ์ยาที่กระจายออกไปสู่หน่วยบริการจ่ายยาในเครือข่ายจึงมีโอกาสที่จะหมดอายุได้ ทำให้เกิดการสูญเสียด้านงบประมาณของหน่วยงานโดยไม่จำเป็น และที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับเวชภัณฑ์ยาที่หมดอายุได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการจ่ายยาในเครือข่ายเข้าถึงข้อมูลมีการสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูลในเครือข่าย สามารถเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุได้ทันเวลา และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือเพื่อให้ระบบการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีประสิทธิภาพ เพิ่มการหมุนเวียนการใช้เวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุและมีการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุกับผู้จำหน่ายมากขึ้น ลดอุบัติการณ์ยาหมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ เกิดความเชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยจะปลอดภัยจากการใช้ยาและสร้างความมั่นใจให้กับผู้มารับบริการในระบบการจัดการความปลอดภัยด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ลดการสิ้นเปลืองงบประมาณของหน่วยงาน และเพิ่มประสิทธิภาพระบบการจัดการด้านยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศที่สามารถตรวจสอบและแจ้งเตือนล่วงหน้าสำหรับยาที่ใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นช่วยลดการสูญเสียทรัพยากรด้านยาและลดต้นทุนในการบริหารจัดการด้านยา

นิยามศัพท์

วันหมดอายุหรือวันสิ้นอายุของยา คือวันที่กำหนดอายุการใช้ยาสำหรับยาที่ผลิตในแต่ละครั้งเพื่อแสดงว่ายาดังกล่าวมีคุณภาพมาตรฐานตามข้อกำหนดตลอดช่วงระยะเวลาก่อนถึงวันสิ้นอายุของยา ซึ่งการกำหนดอายุยานั้นจะขึ้นกับประเภทของยา โดยผู้ผลิตจะพิจารณาจากสารเคมีที่ใช้ข้อมูลการทดสอบความคงตัว หรือส่วนประกอบที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบริษัท

เครือข่ายสาธารณสุข หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตการศึกษา

การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 1 กลุ่ม

กลุ่มประชากรที่มีส่วนร่วมในการประเมินระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ คือเจ้าหน้าที่หรือหัวหน้าหน่วยบริการจ่ายยาที่รับผิดชอบในการเบิกเวชภัณฑ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 98 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่หรือหัวหน้าหน่วยบริการจ่ายยาที่รับผิดชอบในการเบิกเวชภัณฑ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้การคำนวณจาก

เจ้าหน้าที่หรือหัวหน้าหน่วยบริการจ่ายยาทั้งในและนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 80 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง:ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เราสามารถใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%

สูตร: $n = N / (1 + Ne^2)$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (ในที่นี้เท่ากับ 98)

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ในที่นี้ใช้ 0.05)

แทนค่าในสูตร: n = 78.71

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 80 คน (ปัดเศษขึ้น)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม ประเมินประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศในการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ

วิธีหาคุณภาพเครื่องมือ มีดังนี้

1. นำแบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม ที่ผ่านการพิจารณามา ปรับปรุงตรวจสอบ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความ เที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. นำแบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นมาปรับปรุงให้ ถูกต้องอีกครั้ง

3. นำแบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม ที่มีค่าความเที่ยงตรงเชิง เนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93

4. นำแบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม ฉบับสมบูรณ์ไปดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยต่อไป

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. การสำรวจและสังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

- สำรวจปัญหาการจัดการยาใกล้หมดอายุโดยการรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสร้างข้อกำหนดในการพัฒนาระบบที่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานในเครือข่าย

2. การออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศ

ได้ดำเนินตามขั้นตอนของวงจรพัฒนาระบบสารสนเทศ [1] (system development life cycle; SDLC) ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาปัญหา การวิเคราะห์ระบบ การออกแบบระบบ การพัฒนาระบบ การประเมินระบบการติดตั้งและใช้งาน และการบำรุงรักษาระบบ (โดยขั้นตอนการติดตั้งและใช้งานและการบำรุงรักษาระบบนั้นจะไม่ได้กล่าวในที่นี้)

3. การทดลองใช้ระบบในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

- ติดตั้งระบบบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตให้หน่วยบริการจ่ายยาในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ได้ทดลองใช้
- เก็บข้อมูลการใช้งานระบบ รวมถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้งาน
- ใช้ข้อมูลจากการทดลองใช้งานเพื่อปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับความต้องการและประสิทธิภาพการใช้งาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (DescriptiveAnalysis) โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของระบบการบริหารจัดการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาสภาพการณ์การบริหารจัดการจัดการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า หน่วยจ่ายยาให้ผู้รับบริการในเครือข่ายมีจำนวน 98 แห่ง ประกอบด้วยหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล 26 แห่ง แบ่งเป็น รพ.สต.จำนวน 21 รพ.สต. PCU รพ.กาฬสินธุ์ จำนวน 2 แห่ง, PCU เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 2 แห่ง และ สถานพยาบาลเรือนจำ จำนวน 1 แห่ง โดยระยะทางในการขนส่งเวชภัณฑ์ยาจากโรงพยาบาลถึงเครือข่ายหน่วยบริการภายนอกเฉลี่ยเท่ากับ 11.16 กิโลเมตร (Min=1,Max=30,SD = 7.94)[2] และหน่วยบริการจ่ายยาภายในโรงพยาบาลจำนวน 72 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม 5 แห่งและหน่วยบริการภายนอกกลุ่มงานเภสัชกรรม 67 แห่ง

2. ผลการพัฒนาการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

ในขั้นตอนที่ 1. การค้นหาปัญหาขององค์กร เริ่มต้นจากการสำรวจสภาพปัญหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่เครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ เพื่อระบุปัญหาที่สำคัญ เช่น การขาดการแจ้งเตือนและความไม่มีประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า รูปแบบการบริหารจัดการการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ และระบบสารสนเทศที่ใช้ในการสื่อสารและความร่วมมือในการจัดการการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุยังขาดประสิทธิภาพ

ในขั้นตอนที่ 2.การศึกษาความเหมาะสม ได้พิจารณาความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบสารสนเทศในบริบทเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ (คปสอ.) โดยเน้นความคุ้มค่าในการลดงบประมาณจากการจัดการยาและการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในขั้นตอนที่ 3.การวิเคราะห์ มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ประจำหน่วยเบิกหรือหน่วยจ่ายยาต่างๆ เพื่อออกแบบฟังก์ชันที่ตอบสนองต่อปัญหา โดยข้อมูลนี้ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาผังงานและการกำหนดคุณสมบัติของระบบ

ในขั้นตอนที่ 4.การออกแบบ ดำเนินการออกแบบระบบสารสนเทศในรูปแบบ Web Application พร้อมฟังก์ชันแจ้งรายการเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุและตรวจสอบข้อมูล ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย หน่วยจ่ายยา,รหัสยา,รายการยา,ล็อตนัมเบอร์,วันหมดอายุ,ชื่อการค้า,ราคา เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งานในเครือข่าย

ในขั้นตอนที่ 5.การพัฒนาและทดสอบระบบได้รับการพัฒนาโดยใช้เครื่องมือ PHP และผ่านกระบวนการปรับปรุงและทดสอบซ้ำหลายรอบจนได้ระบบที่สามารถประมวลผลและส่งออกข้อมูลอย่างแม่นยำ

ในขั้นตอนที่ 6.การติดตั้ง ระบบถูกนำไปติดตั้งในเครือข่ายบริการ ในรูปแบบ Web Base Application พร้อมกับการจัดอบรมบุคลากรเพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้งานและสร้างความมั่นใจในระบบ

ในขั้นตอนที่ 7.การซ่อมบำรุงระบบ หลังการติดตั้ง มีการติดตามผลการใช้งานและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการทำงานในระยะยาวและเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งานจริง

หลังจากทำการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบแล้ว สิ่งที่ได้จากการดำเนินงานการพัฒนาประกอบด้วย

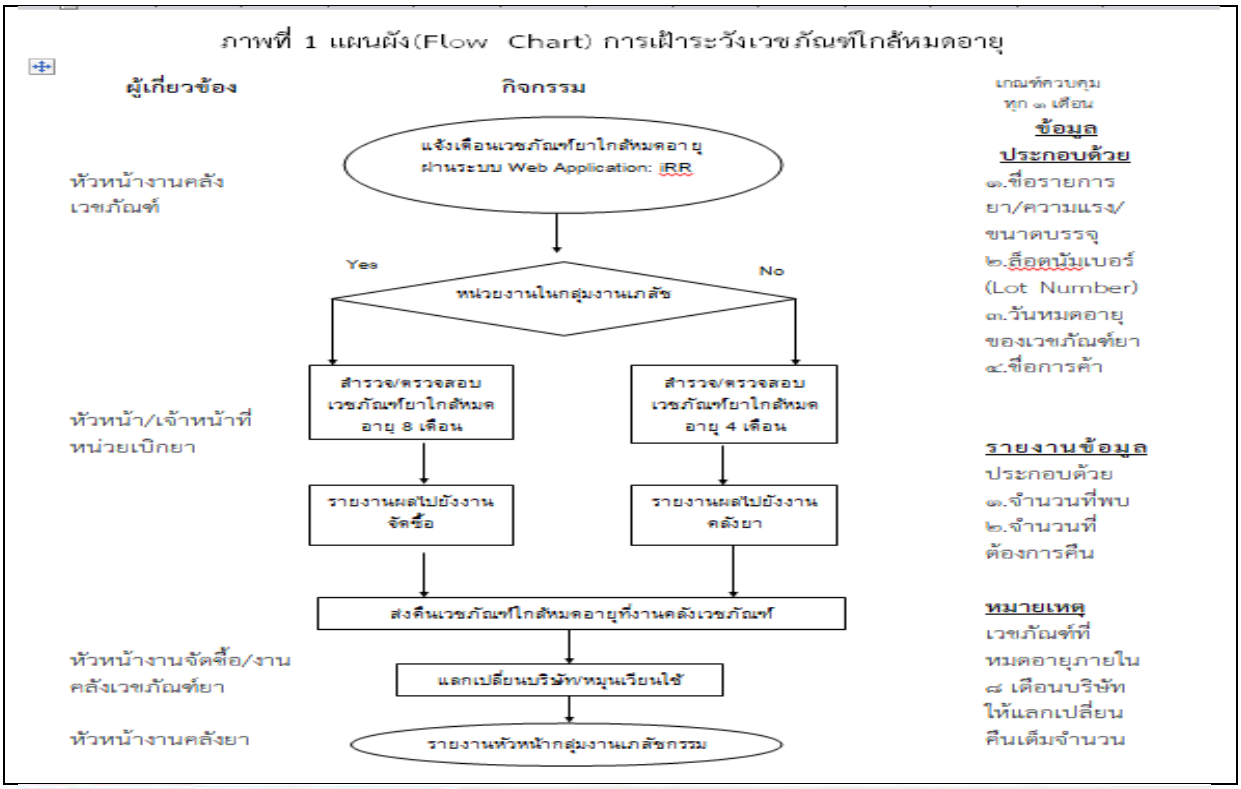
2.1 มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) การจัดการการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

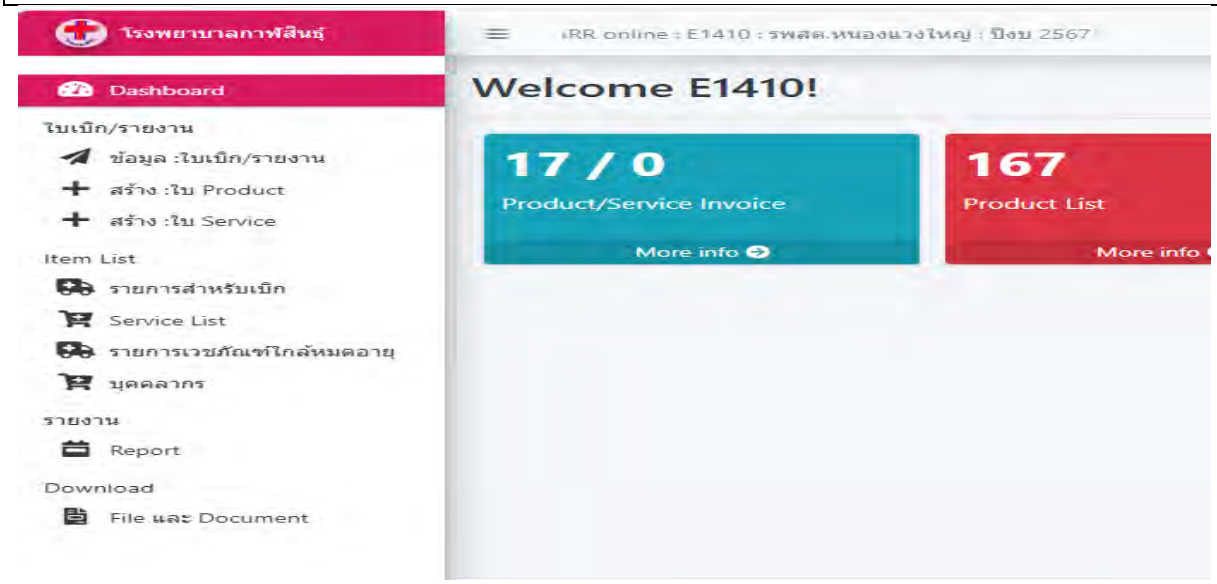
สามารถสรุปเป็นขั้นตอนและผังงาน (Flowchart) ดังภาพที่ 1

2.2 ระบบสารสนเทศในการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จากการดำเนินงาน โปรแกรมพัฒนาเป็นระบบ WEB APPLICATION โดยใช้เครื่องมือ PHP VERSION 5.3 พัฒนา ดังภาพที่ 2 และ 3 ทำให้ได้โปรแกรมสำหรับการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ โดยโปรแกรม สามารถเริ่มลงข้อมูลพื้นฐานได้ตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2566 และมีการปรับปรุงโปรแกรมอยู่ตลอดเวลา จนสามารถประมวลผล ส่งออกข้อมูล สืบค้นข้อมูล และรายงานสำเร็จรูปได้ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 จึงนำมาช่วยประมวลผลและทำรายงานในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง30 กันยายน พ.ศ.2567)

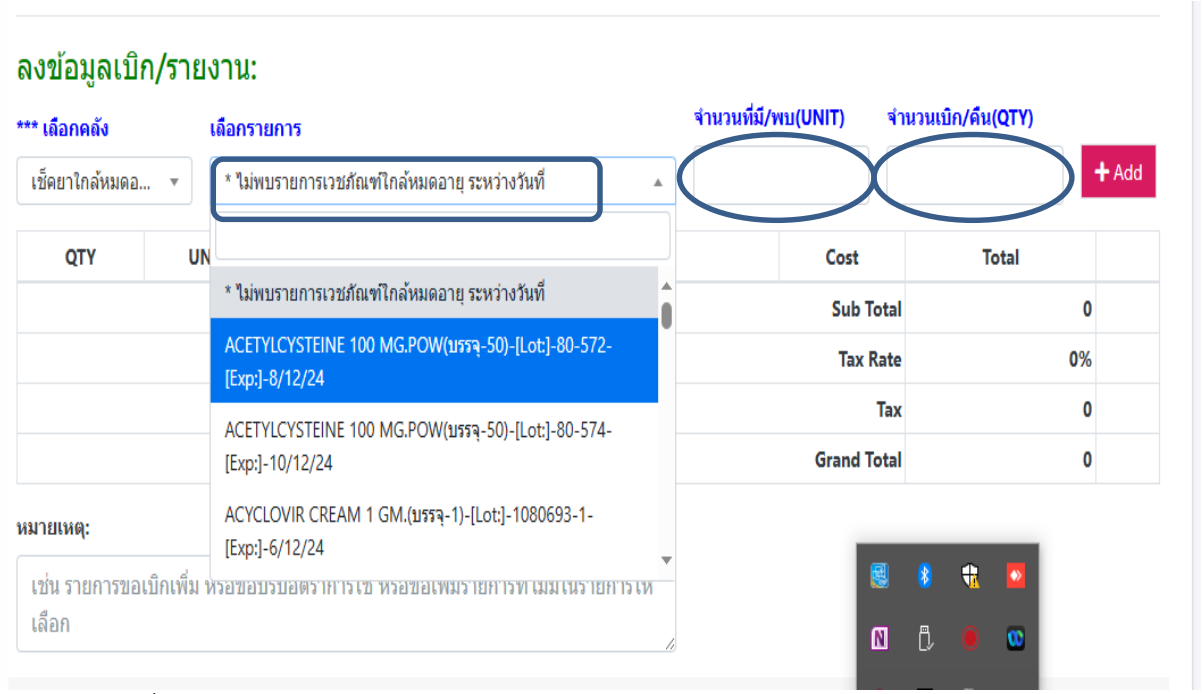
2.3 คู่มือการใช้โปรแกรมสำหรับการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

2.4 ผลการประเมินประสิทธิภาพระบบสารสนเทศในการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.8) โดยมีเพียง ร้อยละ 6.2 ที่เป็นเพศชาย กลุ่มอายุของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 (ร้อยละ 60) ในด้านระดับการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ปริญญาตรี (ร้อยละ 67.5) รองลงมาคืออนุปริญญา/ประกาศนียบัตร (ร้อยละ 12.5) ส่วนตำแหน่งงานพบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค (ร้อยละ 51.2) และเภสัชกร ร้อยละ 6.3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 50) และส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลจังหวัด (ร้อยละ 70) และ ร้อยละ 26.3 ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตารางที่ 1 และ พบว่าผู้ใช้งานพึงพอใจกับความรวดเร็ว ความปลอดภัย และความแม่นยำของระบบอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.27 จาก 5.00) และระดับประสิทธิภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 88.8) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจ (Cost Efficiency) และด้านประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Safety) โดยมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.54 จาก 5.00) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.96 จาก 5.00) ดังตารางที่ 2 และ 3





ภาพที่ 2 แสดงเมนู รายการเวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุของหน่วยบริการจ่ายยาในเครือข่าย



ภาพที่ 3 แสดงหน้าสำหรับรายงานรายการเวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุของหน่วยบริการจ่ายยา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	5	6.2
- หญิง	75	93.8
2. กลุ่มอายุ		
- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	12	15.0
- 31-40 ปี	20	25.0
- 41-50 ปี	48	60.0
- 51 ปีขึ้นไป	0	0.0
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
- อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	10	12.5
- ปริญญาตรี	54	67.5
- ปริญญาโท	4	5.0
- สูงกว่าปริญญาโท	1	1.3
- อื่น ๆ (มัธยมศึกษา)	11	13.8
4. ตำแหน่งงาน		
- นักวิชาการสาธารณสุข	3	3.8
- พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค	41	51.2
- เภสัชกร	5	6.3
- จพง.สาธารณสุข/เภสัช/ทันตะ	5	6.3

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- อื่นๆ (พนักงานราชการ,พนักงานกระทรวง,ลูกจ้าง)	26	32.5
5. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	14	17.5
- 6-10 ปี	10	12.5
- 11-15 ปี	16	20.0
- 15 ปีขึ้นไป	40	50.0
6. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	21	26.3
- โรงพยาบาลจังหวัด	56	70.0
- หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCC)	2	2.5
- เรือนจำจังหวัด	1	1.3
- อิ่น ๆ	0	0.0

ตารางที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศในการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ (n=80)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					Mean	S.D.
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความแม่นยำของข้อมูล (Data Accuracy)								
1	ระบบสามารถแสดงข้อมูลเกี่ยวกับเวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุได้อย่างแม่นยำ	0 (0.0)	1 (1.3)	12 (15.0)	41 (51.2)	26 (32.5)	4.15	.713
ความรวดเร็วในการประมวลผล (Processing Speed)								
2	ระบบมีความรวดเร็วในการแจ้งเตือนการหมดอายุของเวชภัณฑ์	0 (0.0)	1 (1.3)	11 (13.8)	33 (41.3)	35 (43.8)	4.27	.746
การเข้าถึงข้อมูล (Data Accessibility)								
3	ระบบมีความสามารถในการเรียกดูข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา	0 (0.0	0 (0.0)	6 (7.5)	40 (50.0)	34 (42.5)	4.35	.618
การใช้งานง่าย (User-Friendliness)								
4	ระบบใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อนสำหรับผู้ใช้งานทุกระดับ	0 (0.0)	1 (1.3)	14 (17.5)	29 (36.3)	36 (45.0)	4.25	.788
การรองรับการทำงานหลายฝ่าย (Collaboration Support)								
5	ระบบทำให้การสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูลในระบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	0 (0.0	0 (0.0)	8 (10.0)	47 (58.8)	25 (31.3)	4.21	.610

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น					Mean	S.D.
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความน่าเชื่อถือ (Reliability)								
6	ระบบมีความเสถียร ไม่มีปัญหาเรื่องการล่มของระบบบ่อยๆ	0 (0.0)	1 (1.3)	18 (22.5)	44 (55.0)	17 (21.3)	3.96	.702
ความปลอดภัยของข้อมูล (Data Security)								
7	ระบบมีการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต	0 (0.0	0 (0.0)	8 (10.0)	51 (63.7)	21 (26.3)	4.16	.583
ประสิทธิภาพในการวางแผนและตัดสินใจ (Decision Support)								
8	ระบบช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการเวชภัณฑ์ที่ใกล้หมดอายุได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ	0 (0.0	0 (0.0)	10 (12.5)	39 (48.8)	31 (38.8)	4.26	.670
ประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Safety)								
9	ระบบสามารถลดความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย	0 (0.0	0 (0.0)	6 (7.5)	25 (31.3)	49 (61.3)	4.54	.635
ประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจ (Cost Efficiency)								
10	ระบบช่วยลดต้นทุนในการจัดการและลดความสูญเสียที่เกิดจากเวชภัณฑ์หมดอายุ	0 (0.0	0 (0.0)	6 (7.5)	25 (31.3)	49 (61.3)	4.54	.635

ตารางที่ 3 ระดับประสิทธิภาพในภาพรวม (n=80)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (3.68-5.00 คะแนน)	71	88.8
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	9	11.2
ระดับไม่ดี (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.0
Mean=4.27 คะแนน, S.D.=.509, Min=3.00 คะแนน, Max=5.00 คะแนน		

3. ผลการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จ่ายเวชภัณฑ์ยาให้หน่วยบริการจ่ายยารวมมูลค่าทั้งสิ้น 282,452,175.82 บาท มีการหมุนเวียนใช้เวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุที่ส่งคืนคลังยาและมีการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุกับผู้จำหน่ายเป็นมูลค่า 563,473.06 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.2 % เพิ่มขึ้น 566 % เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา (0.03%)

อภิปรายผล

1) ด้านความสำเร็จของระบบสารสนเทศ

ระบบ Web Application ที่พัฒนาขึ้นสามารถเชื่อมต่อข้อมูลและแจ้งเตือนยาใกล้หมดอายุได้ทันเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

. Gebremariam, E.T และคณะ(7) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง Extent of medicines wastage and its contributing factors in public health facilities of south west Shoa Zone, Oromia Regional State [5] พบว่า การออกแบบแพลตฟอร์มที่อำนวยความสะดวกในการสื่อสารระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้สามารถตัดสินใจได้อย่างรอบรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Andini, K.L. และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง Drug management evaluation through expired drug profile analysis at “X” hospital in Bali [7] พบว่า ระบบสารสนเทศมีอิทธิพลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและลดความสูญเสียจากเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุได้

2) ด้านการลดต้นทุนในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาหมดอายุ

การหมุนเวียนใช้ยาใกล้หมดอายุและการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์กับผู้จำหน่าย พบว่าช่วยลดความสูญเสียและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณของหน่วยงาน

3) ผลกระทบต่อความปลอดภัยผู้ป่วย

ระบบนี้ช่วยป้องกันการแจกจ่ายยาหมดอายุ ลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับยาไม่ปลอดภัย ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการเฝ้าระวังด้านความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suratkar และ Dudhe (2023) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง Comparative Study of Expired and Non-expired Medicine. International Journal For Multidisciplinary Research [6] พบว่า ยาที่หมดอายุอาจมีประโยชน์ในการรักษาโรคบางชนิด แต่ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเนื่องจากอาจเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ได้

4) ข้อจำกัดของระบบ

ระบบต้องพึ่งพาบุคลากรที่มีความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและเภสัชกรรม จากการศึกษาในหน่วยบริการจ่ายยาในเครือข่าย พบว่ามีเภสัชกรที่ทำหน้าที่อยู่เพียงร้อยละ 6.3 ซึ่งอาจจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในหน่วยบริการจ่ายยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rahem, A. และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง The impact of pharmacist shortage on the inventory management of medicines at primary healthcare centres in East Java, Indonesia. Pharmacy Education [4] พบว่า เภสัชกรสามารถจัดการสินค้าคงคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยยาเพียง 2% เท่านั้นที่หมดอายุและสูญเสียไป ในขณะที่บุคลากรที่ไม่ใช่เภสัชกรสูญเสียยาไป 16% และยา 18% หมดอายุ

ข้อเสนอแนะ

1.การปรับปรุงระบบ

ควรพัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือเพิ่มเติมเพื่อให้การเข้าถึงข้อมูลสะดวกยิ่งขึ้น และสนับสนุนการแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์

2.การฝึกอบรมบุคลากร

ควรจัดอบรมการใช้งานระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้งานได้เต็มประสิทธิภาพและลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

3.การขยายผลการใช้ระบบ

ควรนำระบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการเวชภัณฑ์ทั่วทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์

4.การวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของระบบนี้ต่อคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับการบูรณาการระบบกับฐานข้อมูลระดับจังหวัดและระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.ดร.แสวง วัชระธนกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภก.ตนุภัทร์ จำนงศรี กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ที่ได้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และดร.อภิชญา อารีเอื้อ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ.(2019).วงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle : SDLC).เข้าถึงได้จาก https://dol.dip.go.th/th/category/2019-02-08-08-57-30/2019-03-15-11-06-29?utm_source=chatgpt.com
2. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. (2567). สภาวะสุขภาพอำเภอเมืองกาฬสินธุ์.
3. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).(2561). มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล.
4. Rahem, A., Athiyah, U., Setiawan, C.D., & Hermansyah, A. (2021). IAI Conference: The impact of pharmacist shortage on the inventory management of medicines at primary healthcare centres in East Java, Indonesia. Pharmacy Education, 21, 8-14.
5. Gebremariam, E.T., Gebregeorgise, D.T., & Fenta, T.G. (2019). Extent of medicines wastage and its contributing factors in public health facilities of south west Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia: A cross-sectional survey. Ethiopian Pharmaceutical Journal.
6. Suratkar & Dudhe (2023). Comparative study of expired and non-expired medicine. International Journal for Multidisciplinary Research.
7. Andini, K.L., & Jaya, M.K. (2023). Drug management evaluation through expired drug profile analysis at “X” hospital in Bali.
8. Njoku, A., Mouloudj, K., Bouarar, A.C., Evans, M.A., Asanza, D.M., Mouloudj, S., & Bouarar, A. (2024). Intentions to create green start-ups for collection of unwanted drugs: An empirical study. Sustainability.

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
Development of a Care System for End-Stage Chronic Kidney Disease Patients in Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province.

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

อัครภูชิทย์ ผลานันต์[1]
Akaraphuchit Phalanan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาวิจัยเดือนมกราคม 2567 ถึง ธันวาคม 2567 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา 60 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง แบบสอบถามการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลการวางแผนล่วงหน้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมด้วยสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า มีการพัฒนาทั้งหมด 3 วงรอบ การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้ 1)ด้านการนำและธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการระบบการดูแล และจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ 2)ด้านการจัดสรรงบประมาณ มีการจัดตั้งศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์ จัดซื้ออุปกรณ์เพิ่มเติม และสนับสนุนค่าตอบแทนทีมดูแลเยี่ยมบ้าน 3)ด้านบุคลากรและเครือข่ายพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ อสม. และนักบริบาลในชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4)ด้านระบบการให้บริการ พัฒนาแนวทางปฏิบัติและโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมคู่มือการดูแลที่ชัดเจน 5)ด้านยาและเวชภัณฑ์ ขยายกรอบรายการยาเพื่อการจัดการอาการในระยะท้ายให้เพียงพอและเหมาะสม 6)ด้านระบบข้อมูลและการสื่อสาร พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล เช่น HOSxP, LINE และโทรศัพท์ เพื่อการประสานงานที่รวดเร็วและแม่นยำ ผลการประเมินการพัฒนาพบว่าป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายได้รับการทำ Advance care plan ทุกราย อาการแทรกซ้อนลดลงร้อยละ 75 คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสติ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจระดับสูง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย ระบบการดูแลรักษา

Abstract

This action research aimed to study, develop, and evaluate a care system for end-stage chronic kidney disease (ESKD) patients who did not receive renal replacement therapy in Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province. The research was conducted from January to December 2024 with the participation of 60 stakeholders including multidisciplinary healthcare teams and local community networks. The objective was to establish a patient-centered palliative care model based on participation and context-appropriate system improvement. Research instruments included a palliative care outcome questionnaire, a perceived peaceful end-of-life scale, and a satisfaction assessment form related to advance care planning. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and paired t-test.

The development process was implemented through three iterative action research cycles. The resulting care system comprised six essential components: (1) Leadership and governance, through the establishment of a district-level steering committee and action plan; (2) Budget allocation, involving the setup of a medical equipment

[1]โรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

service center, procurement of additional supplies, and allocation of funds for proactive home visit teams; (3) Human resources and network, focusing on the development of multidisciplinary professionals, village health volunteers (VHVs), and community caregivers to enhance the capacity for end-of-life care; (4) Service delivery system, including the creation of standardized clinical pathways, a palliative care and advance care planning program, and comprehensive care manuals; (5) Medication and supply management, involving the expansion of essential drug lists for effective symptom control; and (6) Health information and communication systems, involving the integration of platforms such as HOSxP, LINE application, and direct phone coordination to ensure timely and accurate service connection.

The results revealed that all patients received advance care planning. Symptom-related complications were reduced by 75%, and quality of life improved by 50%. The mean palliative care outcome scores, as perceived by both patients and their caregivers, significantly decreased post-intervention, indicating reduced suffering. In contrast, perceived peaceful end-of-life scores reported by caregivers significantly increased after the intervention, confirming the effectiveness of the care model. Moreover, the quality of life of ESKD patients improved significantly from a low to a moderate level ($p < 0.01$). Both patients and caregivers reported a high level of satisfaction with the care process. These findings suggest that a participatory, context-specific care system can effectively improve outcomes and satisfaction among terminally ill patients and their families.

Keywords: End-stage chronic kidney disease, care system

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาวะของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่การดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ คือการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตใด ๆ โดยมุ่งเน้นการบรรเทาอาการ ความไม่สบายกายและใจจากโรค[1] รวมถึงการรักษาคุณภาพชีวิตผ่านการดูแลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว การบริการแบบประคับประคองสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย[2] ให้สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีและตายอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพโดยลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะท้าย ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการเพื่อรองรับกับสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน[3]

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ได้กำหนดนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศมากกว่า 10,000 แห่ง จัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิตทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในช่วงสุดท้ายของชีวิต[4] ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในทุกพื้นที่ โดยเน้นแนวคิด “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงและครอบคลุมความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง การจัดบริการให้มีเอกภาพทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร และคุณภาพการบริการ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน โดยการวางแผนในลักษณะของแผนพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพ (Service Plan) ซึ่งกำหนดระยะเวลาดำเนินการอย่างน้อย 5 ปี[5] กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพส่วนใหญ่นิยมใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) โดยอิงตามองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน (Six Building Blocks)[6] ได้แก่ 1)ระบบการให้บริการ 2)กำลังคนด้านสุขภาพ 3)ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ 4)เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5)ระบบการเงินและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6)ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการแบบบูรณาการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิด Six Building Blocks มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนา และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลนาจะหลวย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนของจังหวัดอุบลราชธานี ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอนาจะหลวยและพื้นที่ใกล้เคียงอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาจะหลวย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 132 ราย 168 ราย และ 210 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Non-dialysis ESRD) คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 24.52, 28.44 และ 29.50 ตามลำดับ[7] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลาดังกล่าว การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากลักษณะของโรคมีความซับซ้อน อาการไม่คงที่ มีทั้งช่วงที่อาการทรงตัวและช่วงที่ทรุดลงอย่างรวดเร็ว อีกทั้งระยะเวลาของการดำรงชีวิตอยู่กับโรคมักยาวนาน จึงต้องอาศัยแนวทางการดูแลที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมมิติต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลกลุ่มผู้ป่วยนี้จึงจำเป็นต้องมีการวางระบบบริการที่ชัดเจน มีความเป็นระบบ และสามารถบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลและชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ การจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองที่มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยรูปแบบการดูแลควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนด้านจิตใจ การจัดการอาการ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว

จากปัญหาและบริบทดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย จึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในพื้นที่อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับพื้นที่ ตลอดจนการประสานงานและสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และบริบทของชุมชนในท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอ นาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kernis & Taggart[8] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ(Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) และใช้แนวคิดในการพัฒนา คือ แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ของ WHO : หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Budling Blocks of A Health System) [6] Us: ประกอบด้วย 1)Service Delivery 2)Health Workforce 3)Information System 4)Medical Products ,Vaccines & Technologies 5)Financing 6)Leadership/Governance

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567, วงรอบที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567, วงรอบที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567) พื้นที่ดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 30 ราย 2.ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 30 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ผ่านการคัดกรอง โดยใช้แนวทางการ คัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดรักษาทางไต เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองด้วย Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2) ที่ PPS 40-70% มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก คือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับความต้องการ ปัญหาอุปสรรคและการสนับสนุนต่างๆ ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน และประเด็นที่ต้องการพัฒนาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในรูปแบบการพัฒนาระบบ การนำระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ ความยุ่งยากซับซ้อนของระบบการดูแลที่สรุปได้

1.2 แบบการประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง

1.3 แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแบบประเมินการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวที่พัฒนาขึ้น

2.เครื่องมือประเมินผู้ป่วย

2.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS)[9] เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว เพื่อแยก

ผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)

2.2 แบบประเมินและติดตามอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System : ESAS) [10] เป็นแบบวัดอาการ 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

2.3 แบบประเมิน Pain Score เป็นมาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale : NRS) [11] เป็นมาตรวัดที่เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลข 0-10 ให้ผู้ป่วยประเมินตามความรู้สึก โดยอธิบายว่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวด และคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ซึ่งคะแนน 0-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง

2.4 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ฉบับใช้สอบถามผู้ป่วยเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค อาการรบกวน ระดับ PPS

2.5 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale : POS) [12,13] แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยศาสตราจารย์จุลี เฮร์น และศาสตราจารย์ไอรีน เจ ฮิกกินสัน ในปี พ.ศ. 2542 ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มี 3 ฉบับ จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนชุดละ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0-4 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแล ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอบบาคได้เท่ากับ 0.82 และ 0.88 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ดี มีอาการรบกวนต่างๆน้อย

2.6 แบบประเมินการรับรู้การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตาม การรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale For Patient :PEOLCS-P) [14] และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale For Caregiver : PEOLCS-C) จำนวนคำถามชุดละ 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยามตัวแปรที่ต้องการวัด คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ต้องการ 0.97 ทั้ง 2 ชุด ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตน้อย

2.7 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ที่ได้รับการสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1-3) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุม (Content Validity Index :CVI) ได้เท่ากับ 0.88 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 คะแนนรวมอยู่

ในช่วง 8-24 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

3.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี ด้านการอยู่ในความสงบและด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม ที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองการวางแผนล่วงหน้าและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แพทย์และมีประสบการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า จำนวน 1 ท่าน นายแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน นายแพทย์ผู้ชำนาญการและมีประสบการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปใช้ในการวิจัยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coeffident) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

3.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายปบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การพัฒนาในวงรอบที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 ดังนี้

ระยะวางแผน (Plan) ดำเนินการ ดังนี้

1.ทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1)การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ (Kemmis & Mc Taggart) 2)แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ.2560-2579) 3)แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) 4)ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ (พ.ศ.2560-2564) 5)แนวคิด 6 เสาหลักด้านสุขภาพ 6)การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง 7)แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและวางแผนล่วงหน้า 8)ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) 9)แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 10)แนวคิดความพึงพอใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ 11)งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง โดย 1)สนทนากลุ่มกับบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงาน NCD Clinic : CKD Clinic, ER, IPD, PCU เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักบริการ และ อสม.2)ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ในช่วงปีงบประมาณ 2563 จำนวน 28 ราย โดยการทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

เพื่อรวบรวมข้อมูลการดูแลก่อนการดำเนินการระบบใหม่ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (FPS) อาการไม่สุขสบาย การรักษาและการให้ยาเพื่อจัดการอาการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 3)สังเกตการณ์การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย

3.วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง โดยใช้กรอบแนวคิด “Six Budling Blocks of A Health System” โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อหาโอกาสพัฒนา

4.ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการ Cup Board คืนข้อมูลการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดรักษาทดแทนไตแบบประคับประคอง จากการคืนข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อบริการจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา เกิดแผนงานโครงการระดับ Cup Board เพื่อพัฒนาทีมให้ผู้บริการวางแผนการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน Syringe Drives ที่นอนเตียงผู้ป่วย จัดตั้งศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้สะดวก

5.เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการ PTC เพื่อเสนอเพิ่มกรอบยา จัดการอาการที่จำเป็นเพิ่มขึ้น คือ Fentanyl Patch Morphine Syrup

6.ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา ให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้เกิดแผนการพัฒนา PCWN ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

ระยะปฏิบัติการ (Action) จัดทำกิจกรรมโครงการตามแผน ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

1.พัฒนาบุคลากรภายนอกหน่วยงานตามแผน โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ แพทย์ 1 คน อบรม Pain and PC for Doctors เภสัชการ 1 คน อบรม Palliative Care for Pharmacists พยาบาลวิชีพ 3 คน อบรม Basic Palliative Care (จัดโดยศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์) ทีมที่ผ่านการอบรมจะเป็นทีมหลักในการดูแลผู้ป่วย

2.ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเชื่อมต่อระหว่างคลินิก CKD กับ Palliative Care และแนวทางปฏิบัติการทางการพยาบาลผู้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบักทดแทนไตแบบประคับประคอง

ระยะสังเกต (Observe) ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวานเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง การใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวานเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองทั้งในตึกผู้ป่วยในและในชุมชน

ระยะสะท้อนผลหรือการประเมินผล (Reflection) 1)ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การนิเทศติดตามยังไม่ต่อเนื่อง 2)การจัดสรรงบประมาณ Syringe Diver เตียงและเครื่องผลิตออกซิเจนยังไม่เพียงพอ 3)ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาล มีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองต่างกัน การพัฒนาบุคลากรยังไม่ครอบคลุมไปถึงเครือข่ายที่อยู่ในชุมชุน เช่น อสม. นักบริบาลชุมชน ซึ่งกลุ่มนี้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 4)ด้านระบบการให้บริการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน 5)ด้านยาและเวชภัณฑ์ พยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และนักบริบาลชุมชนบางพื้นที่ยังขาดความรู้และทักษะในการใช้ Syringe Diver การใช้ยาแผ่นแปะเพื่อลดปวด 6)การสื่อสารข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่มีระบบที่ชัดเจน เช่น การสื่อสารว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธ

การบำบัดทดแทนไตต้องการดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น

การพัฒนาในวงรอบที่ 2 วงรอบที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567 ได้ดำเนินการดังนี้

1.ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและระดมสมองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลชุมชน ทำให้เกิดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม แนวทางการสื่อสารในระบบ HOSXP มี Pop up สื่อสารว่าเป็นผู้ป่วย Palliative Care, Group Line สื่อสารการดูแลผู้ป่วย มีช่องทางการขอคำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง จัดทำสื่อแผ่นพับการให้ยาแก้ปวดทางใต้ผิวหนัง การให้ยาแก้ปวดแบบใช้แผ่นแปะ การนิเทศติดตามในพื้นที่งานในชุมชนเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2.อบรมในโรงพยาบาลเพื่อให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง ได้แก่ พยาบาลทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัดและนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน

3.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม./นักบริบาลในชุมชน เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้สามารถประเมินอาการเบื้องต้น การประเมิน PPS การจัดการอาการในระยะสุดท้าย การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน Syringe Diver การทำแผลและประสารเจ้าหน้าที่ให้ออกดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ หลังฝึกอบรมให้นำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานในชุมชน

การพัฒนาในวงรอบที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567 ได้ดำเนินการดังนี้

1.ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วยปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้เกิดโครงการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

2.ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองและการรับรู้การวางแผนล่วงหน้า โดยทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองและความพึงพอใจการรับรู้การวางแผนล่วงหน้า ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี โดยการนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดซึ่งทฤษฎีอธิบายไว้ว่าบุคคลระยะท้ายจะสงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะ 5 ด้าน คือ 1.ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (Not Being in Pain) 2.ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (Experience of Comfort) 3.ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (Experience of Dignity) 4.ด้านการอยู่ในความสงบ (Being at Peace) และ 5.ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to Significant Other) การดำเนินในวงรอบนี้ กลุ่มเป้าหมาย 30 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยการวิเคราะห์เชิงปริมาณและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการเก็บรวบรวมผ่านแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแล ได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ

(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) เพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้ ได้ใช้ สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อพิจารณาว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ค่า $p < 0.05$

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน นำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้ได้สาระสำคัญที่สะท้อนปรากฏการณ์หรือประเด็นการดูแลที่เกิดขึ้นจริงในบริบทของพื้นที่ศึกษา การใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน ครอบคลุมทั้งมิติของผลลัพธ์เชิงสถิติและความเข้าใจเชิงลึกในบริบทของระบบการดูแลที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายอย่างเป็นรูปธรรม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567 – 2

ผลการวิจัย

1.วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย 30 ราย พบว่าในช่วงปี 2567 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ย 75.38 ปี มีโรคประจำตัวมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง 20 ราย (ร้อยละ 66.66) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60% 11 ราย (ร้อยละ 36.66) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุด คือ อ่อนเพลีย 24 ราย (ร้อยละ 80.00) รองลงมาคือปวด 8 ราย (ร้อยละ 26.66) และบวม 7 ราย (ร้อยละ 23.33) ยาที่การสั่งใช้มากที่สุด คือ Furosemide injection มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 23 ราย (ร้อยละ 76.66) ระบบการดูแลที่ผ่านมา พบโอกาสพัฒนา คือ 1.ด้านการนำ พบว่ามีผู้รับผิดชอบดูแลหลักแต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2.ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจนไม่เพียงพอ 3.ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริหารมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงขาดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 4.ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษายังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชีพการมีส่วนร่วมของทีมพบว่า การประสานเพื่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 5.การจัดหายาและเวชภัณฑ์มีกรอบยาจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6.ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน

2.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา มีศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย มีแนวทางปฏิบัติ และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ต้องเพิ่มกรอบยาจัดการอาการมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

3.ประเมินผลการพัฒนาจากการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 30 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19

ราย (ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวร่วมมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 56.66) รองลงมา คือเบาหวาน 12 (ร้อยละ 40) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60% 10 ราย (ร้อยละ 33.33) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุด คือ อ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมา คือหอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 13.33) และสับสน 3 ราย (ร้อยละ 10) ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลง ร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ร้อยละ 94.74 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า จากการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการทดแทนไตแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลรักษาแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการทดแทนไตแบบประคับประคองและการงางแผนล่วงหน้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 8.61 p<.001) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลรักษาแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงอย่างมีนับสำคัญทางสถิติ(t=9.65, p<.001)ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการทดแทนไตแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=30) p<.05

การรับรู้ผลลัพธ์การดูแล	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	74.06	4.5	64.39	4.66	8.61	29	< .000
ญาติผู้ดูแล	80.05	3.97	69.92	3.64	9.65	29	< .000

จากตารางสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการ จึงทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-10.1, p<.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแลภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสติ (t=-9.2, p<.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=30) p<.05

ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	29.81	2.05	35.56	1.89	-10.1	29	.000
ญาติผู้ดูแล	32.1	1.58	36.07	1.56	-9.2	29	.000

จากตารางสามารถอธิบายได้ความหมายว่า ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) เป็นหลักสำคัญ เพื่อพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยขออธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จากการดำเนินการวิจัยเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาดังกล่าว พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองของโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ด้านการนำและการบริหารจัดการ (Governance): แม้ว่าจะมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังขาดโครงสร้างการบริหารจัดการแบบองค์รวมที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วนของทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย

2) ด้านงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์: การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงการให้ยืมอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ยังขาดความชัดเจนในเชิงระบบ และทรัพยากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอรองรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายของชีวิต

3) ด้านบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ: การพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชนยังไม่ครอบคลุมอย่างทั่วถึง ทีมผู้ให้บริการมีความแตกต่างกันในด้านทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อีกทั้งยังขาดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิตและความสงบในวาระสุดท้าย

4) ด้านการให้บริการ (Service Delivery): แนวทางการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่มีความชัดเจนและขาดรูปแบบที่เป็นระบบหรือมาตรฐานกลาง ทำให้แนวทางปฏิบัติของบุคลากรอาจไม่สอดคล้องกัน และอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย

5) ด้านยาและเวชภัณฑ์: การจัดหายาเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการในผู้ป่วยระยะท้ายยังจำกัดอยู่ในกรอบรายการยาบางรายการเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลให้การควบคุมอาการและความเจ็บปวดอาจไม่สมบูรณ์

6) ด้านระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ: ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ ยังไม่มีความชัดเจนและเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ และขาดข้อมูลสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจทางคลินิก ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้างต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา จันทะนุย และคณะ[15] ที่ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดย

พบว่า ชุมชนประสบปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลายด้าน เช่น ผู้ดูแลขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแล ขาดระบบสนับสนุนด้านเครื่องมือและงบประมาณ รวมถึงไม่มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลและเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ การประชุมเชิงปฏิบัติการกับบุคลากรสุขภาพในพื้นที่จึงเป็นกลไกสำคัญที่ใช้ในการสะท้อนปัญหา และร่วมกันวางแนวทางการปรับปรุงระบบดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2: เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ข้อนี้ พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้ :

1)ด้านการนำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance): มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยคณะกรรมการดังกล่าวประกอบด้วยบุคลากรจากหลายภาคส่วน ทั้งจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน พร้อมกลไกนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2)ด้านการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร (Resource Allocation): มีการจัดตั้งศูนย์บริการเพื่อบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พร้อมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรในการออกเยี่ยมผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

3)ด้านกำลังคนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Human Resources): มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชนอย่างครอบคลุม โดยมีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงนักบริบาลในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการแต่งตั้งพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ พยาบาลประสานการดูแล (PCCN) และพยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (PCWN) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน โดยมีการฝึกอบรมทั้งด้านทักษะการประเมินสุขภาพ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ การให้ยา การทำแผล และการให้การดูแลตามหลักการดูแลแบบประคับประคองอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งมีการจัดทีมออกเยี่ยมในชุมชนเพื่อฝึกภาคปฏิบัติร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

4)ด้านระบบบริการสุขภาพ (Service System): ได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน (Care Flow) อย่างชัดเจน โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่างคลินิกโรคไตและคลินิกดูแลแบบประคับประคอง พร้อมทั้งพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ร่วมกับการจัดทำคู่มือการดูแลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ

5)ด้านยาและเวชภัณฑ์ (Medicines and Supplies): มีการขยายกรอบรายการยาให้ครอบคลุมการจัดการกับอาการที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้ายมากยิ่งขึ้น เช่น ยาควบคุมอาการปวด ยาลดอาการหายใจลำบาก และยาที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

6)ด้านระบบข้อมูลและการสื่อสาร (Information System): ระบบเชื่อมโยงข้อมูลได้รับการพัฒนาให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยใช้ระบบ HosXP ร่วมกับการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน LINE และโทรศัพท์ในการติดตามการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ช่วยให้การประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและในชุมชนเกิดขึ้นอย่าง

รวดเร็ว และมีข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกได้ทันต่อสถานการณ์

การพัฒนาระบบการดูแลดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้แนวทางการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายทุกระดับ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาระบบร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแก้ไขปัญหาโดยอิงข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกัน อันเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นได้ในอนาคต

ผลการดำเนินงานข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ รักชาติ และคณะ[16] ที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในจังหวัดลำปาง โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ “หมู่บ้านปลอดมะเร็ง” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ (1) การเชื่อมโยงระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ (2) การเสริมสร้างความรู้ที่ทันสมัย (3) การประยุกต์หลัก “บวร” ในการบูรณาการการทำงานร่วมกัน (4) การจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ในชุมชน (5) การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามวัฒนธรรมท้องถิ่น และ (6) การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งในชุมชน ทั้งนี้ ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมให้บริการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อระบบบริการและการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลที่อยู่ในระดับสูงมาก

การประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 30 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวร่วมมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 56.66) รองลงมา คือเบาหวาน 12 (ร้อยละ 40) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60% 10 ราย (ร้อยละ 33.33) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุด คือ อ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมา คือหอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 13.33) และสับสน 3 ราย (ร้อยละ 10) ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลง ร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ร้อยละ 94.74 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังได้โปรแกรมแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พบว่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและประเมินในช่วงวันที่ 1-7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลรักษาระยะท้าย พบว่าสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 เช่นกันกับผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์[17] ที่พบว่าหลังการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์[17] และ นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์[18] ที่พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวมี

ความพึงพอใจสูงขึ้น อาการปวด ความเครียด และความกังวลของผู้ป่วยลดลง ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับมาก

จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลอย่างคลอบคุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ เป็นต้น ได้รับการบรรเทาส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้รับการดูแลที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแล รักษาในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล แพทย์หรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการดูแลรักษาระยะท้ายที่ดูแลรักษาได้ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งการออกแบบโปรแกรมการดูแลนั้น มีความครอบคลุในการดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและครอบครัว ได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิต ก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีและเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความ พึงพอใจระดับสูง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การตายดีอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์[18]พบว่าหลังการใช้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยได้รับการปวดลดลง ความเครียดและความกังวลใจลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยยึดหลักทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสุขสบาย ปราศจากความเจ็บปวด การมีศักดิ์ศรี ความสงบ และความใกล้ชิดกับคนที่รัก มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างยิ่ง การบรรเทาความทุกข์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติสามารถยอมรับภาวะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี เป็นไปตามหลัก “การตายดี” (Good Death)

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ซึ่งพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ โดยปรับให้เหมาะสมกับลักษณะปัญหาและบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

2.ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

ทั้งในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อประเมินความต่อเนื่องของระบบการดูแล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงระบบ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานของแต่ละหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย. นนทบุรี: สวรส.; 2562.
3. ศุภพร ไชยคำ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข. 2567;4(1):106–107.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย. นนทบุรี: สวรส.; 2562.
6. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010.
7. โรงพยาบาลนาจะหลวย. รายงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2564–2566. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลนาจะหลวย; 2566.
8. Kemmis, S., McTaggart, R., & Retallick, J. The action research planner (2nd ed.). Revised. Aga Khan University, Institute for Educational Development, Karachi ; 2004 .
9. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat Care. 1996;12(1):5-11.
10. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care. 1991;7(2):6-9.
11. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth. 2008;101(1):17-24.
12. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the POS. J Pain Symptom Manage. 1999;17(4):298–306.
13. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การแปลและทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมิน Palliative Care Outcome Scale (POS) ฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2545.
14. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. Nurs Outlook. 1998;46(4):169–75.
15. กาญจนา จันทะนุย, สุภาวดี ว่องวุฒิกุล, อัจฉรา คำภูมี, วรรณี จันทร์หอม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระบบบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(3):116–30.
16. รัตนาภรณ์ รักชาติ, ธีรารัตน์ ชาติอุดม, วรรณา วรรณศรี. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(2):213–27.
17. ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
18. นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์ . การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(2) 38-45